

Uniwersytet Jagielloński  
Collegium Medicum  
Wydział Nauk o Zdrowiu

Marta Hat

Funkcjonowanie kliniczne i społeczne osób chorujących na schizofrenię  
a satysfakcja z opieki w zespołach leczenia środowiskowego

*Praca doktorska*

Promotor: prof. dr hab. n. med. Andrzej Cechnicki

Pracę wykonano w Zakładzie Psychiatrii Środowiskowej

Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik jednostki: prof. dr hab. n. med. Andrzej Cechnicki

Kraków, 2020

*Podziękowania*

*Bardzo dziękuję Panu Profesorowi dr hab. Andrzejowi Cechnickiemu za szereg inspiracji, nieustające wsparcie, ogromne zaangażowanie, poświęcony czas i cierpliwość.*

*Dziękuję także dr Oli Arciszewskiej-Leszczuk oraz mgr. Arturowi Darenowi za konsultacje statystyczne, doktor Marcie Cichońskiej oraz mgr Agnieszce Karczewskiej-Papaj za pomoc w zebraniu danych, pozostałym członkom Zespołu z Placu Sikorskiego za życzliwość.*

*Bez wsparcia Was wszystkich ta praca nie mogłaby powstać.*

*Dziękuję!*

## Spis treści

WSTĘP.....	5
ROZDZIAŁ I. Psychiatria środowiskowa.....	8
1.1. Wprowadzenie .....	8
1.2. Rozwój psychiatrii środowiskowej w Europie .....	9
1.3. Rozwój środowiskowej opieki psychiatrycznej w założeniach Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego i w pilotażu reformy .....	14
1.4. Rozwój zespołów leczenia środowiskowego (ZLS).....	21
1.4.1. Wprowadzenie .....	21
1.4.2. Miejsce ZLS w leczeniu psychiatrycznym w Polsce.....	26
1.4.3. Badania nad ZLS — ocena skuteczności.....	29
1.4.4. Rola ZLS w leczeniu schizofrenii.....	35
ROZDZIAŁ II. Psychospołeczny kontekst powstania, przebiegu i leczenia schizofrenii .....	40
2.1. Wprowadzenie.....	40
2.2. Biopsychospołeczny model etiopatogenezy schizofrenii .....	40
2.2.1. Model podatność–stres .....	40
2.2.2. Rola zdrowienia w biopsychospołecznym modelu.....	44
2.3. Czynniki wpływające na przebieg choroby i rokowanie.....	49
2.3.1. Rola sieci społecznej w leczeniu schizofrenii.....	53
2.4. Psychospołeczne programy leczenia schizofrenii .....	55
2.5. Rola podejścia systemowego i postawa otwartego dialogu w psychospołecznej terapii schizofrenii .....	57
ROZDZIAŁ III. Satysfakcja z leczenia.....	61
3.1. Wprowadzenie .....	61
3.2. Metody pomiaru .....	65
3.3. Związek satysfakcji z leczenia z wynikami leczenia schizofrenii — przegląd wyników badań.....	66
ROZDZIAŁ IV. Cel badań, hipotezy badawcze i metody badań.....	71
4.1. Cel pracy i hipotezy badawcze .....	71
4.2. Metody badań .....	73
4.2.1. Opis projektu badawczego.....	73
4.2.2. Opis grupy badanej .....	74
4.2.3. Kontekst badania. Charakterystyka trzech badanych zespołów leczenia środowiskowego .....	78
4.2.4. Narzędzia badawcze i metody analizy statystycznej .....	83
ROZDZIAŁ V. Wyniki badań .....	85
5.1. Kliniczne i społeczne wyniki leczenia oraz satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię w badanej grupie (n = 90) .....	85
5.2. Czynniki rokownicze związane z wyższą satysfakcją z opieki pacjentów chorujących na schizofrenię w badanej grupie (n = 90) .....	91
5.3. Kliniczne i społeczne wyniki leczenia oraz satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię. Porównanie międzygrupowe w trzech ZLS (w każdym n = 30).....	95
5.4. Kliniczne i społeczne wyniki leczenia oraz satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię. Porównanie modelu pilotażowego i dwóch tradycyjnych (grupa kontrolna) ...	106
ROZDZIAŁ VI. Omówienie wyników wraz z dyskusją.....	111
6.1. Hipotezy badawcze i stopień ich potwierdzenia.....	123
ROZDZIAŁ VII. Wnioski, wartości aplikacyjne, kierunki dalszych badań i ograniczenia badania.....	125
7.1. Wnioski.....	125
7.2. Wartości aplikacyjne przeprowadzonych badań.....	125

7.3. Kierunki dalszych badań .....	126
7.4. Ograniczenia badania .....	126
Streszczenie .....	128
Summary .....	131
Piśmiennictwo .....	134
Spis tabel i rysunków .....	160
Wykaz skrótów .....	163
Aneks.....	166

## WSTĘP

Prawie siedemdziesiąt lat po wprowadzeniu pierwszych neuroleptyków przez Paula Charpentiera [López-Muñoz i wsp., 2005] i sześćdziesiąt lat po stworzeniu pierwszych centrów zdrowia psychicznego w Louisville, w stanie Ohio, przez Benjamina Pasamanicka [Pasamanick i wsp., 1964] zarówno biopsychospołeczny model zaburzeń psychicznych, jak i organizacja leczenia w oparciu o idee i praktykę psychiatrii środowiskowej znalazły szersze umocowanie. Środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest współcześnie uznawany za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające jej organizację i funkcjonowanie, gdyż sprzyja uzyskiwaniu dobrych wyników w procesie zdrowienia i przywracania uczestnictwa społecznego osób z problemami w zakresie zdrowia psychicznego, a także przeciwdziała zjawisku stygmatyzacji [m. in. Wciórka, 2000; Bustillo i wsp., 2001; Hogarty, 2002; Drake i wsp., 2003; Killaspy, 2006; McQuiston i wsp., 2012].

Praktyka leczenia ostatnich dziesięcioleci czerpała z rozwijającej się wiedzy teoretycznej, która na przestrzeni lat ulegała ciągłemu wzbogaceniu i korekcie. Postęp wiedzy o poważnych schorzeniach psychicznych oraz rozwój skutecznych metod ich leczenia, zarówno farmakologicznego, jak i psychospołecznego, umożliwił chorującym funkcjonowanie w środowisku. Od lat 70. XX wieku sposób rozumienia przyczyn poważnych schorzeń psychicznych, takich jak schizofrenia, uwzględniał te zdobycze i unikał zarówno redukcji zagadnienia do perspektywy biologicznej (upatrującej tych przyczyn jedynie w czynnikach genetycznych) jak i psychologicznej (czyniących jedynie wczesne zaburzenia więzi z matką odpowiedzialnymi za zaburzenia), czy też społecznej (według której znaczenie ma jedynie wpływ wczesnych doświadczeń traumatycznych, czy negatywnych wydarzeń życiowych) integrując wszystkie te zjawiska w biopsychospołeczny model uwzględniający zarówno wpływ czynników biologicznych, jak i psychospołecznych.

W tym samym czasie ewolucja w zakresie organizacji różnych form leczenia i opieki w środowisku oraz ich rozwój uzmysłowiły leczącym potrzebę bliskiej współpracy z systemem wsparcia społecznego i w codziennej praktyce skierowały uwagę osób zajmujących się leczeniem na programy psychoedukacji, uczestnictwo w których pomaga rodzinom współuczestniczyć w programie leczenia, przekazując im kompetencje i wiedzę potrzebną do pokonywania choroby, a chorującym odnaleźć się w nowej roli pacjenta w rehabilitacji psychiatrycznej, obok powszechnie uznanej terapii zajęciowej, rozbudowano psychospołeczne oddziaływania w formie treningów kompetencji społecznych, które dostarczały pacjentom

i rodzinom zarówno wiedzy o chorobie, o prowadzeniu skutecznej farmakoterapii, o korzyściach i objawach ubocznych w czasie stosowania neuroleptyków, o wartości dobrej współpracy z lekarzem, jak również o znaczeniu treningów funkcji poznawczych dla zdrowienia. W programach mieszkaniowych oraz w programach rehabilitacji zawodowej przygotowywano pacjentów do powrotu do pełnego udziału w życiu społecznym. We współpracy z rodziną rozwinięto nowe formy pracy na terenie domu pacjenta, zorganizowano sieć oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego (ZLŚ) coraz bardziej przesuując kierunek opieki z dużych szpitali psychiatrycznych na oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych [Ciompi, 1997; Wciórka, 2000; Liberman i wsp., 2002; Drake i wsp., 2003; Załuska, 2006; Read i Gumpley, 2008, Cechnicki, 2009a; Thornicroft i Transella, 2010b; Mueser i Gingerich, 2011; Mueser i wsp., 2013; Breilmann i wsp., 2020].

W krajach zachodniej Europy mimo ciągłych zmian systemowych zmierzających w stronę psychiatrii środowiskowej i pomimo licznych dowodów jej skuteczności, koszty związane z opieką instytucjonalną pozostają ciągle na zbyt wysokim poziomie, co z kolei ogranicza rozwój form środowiskowych [Marshall i wsp., 1995; Ziguras i Stuart, 2000; Bond i wsp., 2001; Malone i wsp., 2007; Kane i wsp., 2016]. Badanie i porównywanie skuteczności psychospołecznych form leczenia jest utrudnione ze względu na brak spójnych wytycznych dla ich organizacji i celów działania. Szczególnie duża różnorodność dotyczy obszaru interwencji opisywanego w krajach anglosaskich jako „leczenie domowe” (ang. home treatment), a w Polsce jako zespół leczenia środowiskowego [Polak i Kirby, 1976; Thornicroft i wsp., 1999; Burns i wsp., 2001; Prot i wsp., 2005; Załuska, 2006; Załuska i wsp., 2007, Schöttle i wsp. 2019].

Część badaczy uważa, że wprowadzenie czynnika satysfakcji pacjentów z opieki jako wskaźnika wyniku leczenia ze względu na trudności metodologiczne oraz subiektywność oceny jest tematem kontrowersyjnym, jednak wiele innych badań wskazuje równocześnie na jego użyteczność [Lebow, 1983; Aharony i Strasser, 1993; Ruggeri i wsp., 2003; Miglietta i wsp., 2018]. W oparciu o dotychczasowe badania przyjęto, że satysfakcja z leczenia, stanowiąc wskaźnik jego wyników i jakości świadczonej opieki będzie zyskiwać coraz większy wpływ na kształt psychiatrycznej opieki zdrowotnej, również w realizowanym w Polsce Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). To wyzwanie angażuje pacjentów w proces ewaluacji aktualnego systemu leczenia. Niniejsza praca ma na celu zwrócenie większej uwagi na potrzeby pacjentów i ich rolę w procesie leczenia poprzez uwzględnienie ich subiektywnej oceny, obok wskaźników obiektywnych.

Celem pracy jest opis i porównanie trzech różnie umocowanych organizacyjnie zespołów leczenia środowiskowego oraz porównanie wyników leczenia ZLŚ w modelu kapitacyjnym

i tradycyjnym. Pierwszy ZLŚ działa niezależnie na terenie powiatu, drugi w ramach pilotażu, jako jednostka Centrum Zdrowia Psychicznego, a trzeci w jednej z dzielnic miasta powiązanej z oddziałem stacjonarnym szpitala psychiatrycznego.

Następny cel pracy to ocena skuteczności leczenia pacjentów chorujących na schizofrenię będących pod opieką ZLŚ w obszarze klinicznym i społecznym, ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy bezpośrednich beneficjentów oceniających swoją satysfakcję z leczenia. Kolejnym celem jest wyłonienie czynników rokowniczych dla satysfakcji z leczenia, ujętej w tym badaniu jako jego wskaźnik, na podstawie zebranych informacji demograficznych, klinicznych i społecznych. W ostatnich latach rozwinięto liczne narzędzia oceniające satysfakcję pacjentów z leczenia. Najlepiej zbadanym jest wykorzystywana w opisywanym w tej pracy badaniu Skala Werońska (ang. Verona Service Satisfaction Scale) stworzona przez Mirellę Ruggeri i jej współpracowników (Ruggeri i wsp., 1994; Thornicroft i Tansella, 2010a).

Rozdział pierwszy pracy wprowadza informacje dotyczące rozwoju psychiatrii środowiskowej, a także miejsca ZLŚ w programach leczenia. Zawiera przegląd badań nad skutecznością działania zespołów leczenia środowiskowego oraz opisuje rolę ZLŚ w kompleksowym leczeniu schizofrenii. W rozdziale drugim przedstawiono opis biopsychospołecznego modelu i jego znaczenie dla rozumienia powstania i przebiegu schizofrenii oraz dla konstruowania kompleksowych programów leczenia, w których ZLŚ odgrywa istotną rolę. W rozdziale trzecim opisano rosnące znaczenie satysfakcji z leczenia w ocenie jego wyniku oraz przegląd badań z tym tematem związanych. Rozdział czwarty zawiera opis przebiegu badania, cele i hipotezy badawcze, a także wprowadza opis grupy badanej oraz charakterystykę trzech różnych zespołów leczenia środowiskowego. Znajduje się tu również opis narzędzi badawczych oraz metod analizy statystycznej. Prezentacja wyników badania jest umieszczona w rozdziale piątym. W rozdziale szóstym przedstawiono weryfikację postawionych hipotez wraz z dyskusją, a w rozdziale siódmym wnioski, aplikacje praktyczne, ograniczenia oraz zaprezentowano kierunki dalszych badań. Pracę zamyka przegląd literatury, wykaz tabel i rysunków oraz aneks, w którym zamieszczono ankietę danych socjodemograficznych i klinicznych oraz kwestionariusz opisujący działania zespołu leczenia środowiskowego w trzech różnych kontekstach organizacyjnych i finansowych.

# ROZDZIAŁ I. Psychiatria środowiskowa

## 1.1. Wprowadzenie

Według definicji przedstawionej przez Thornicrofta i Szmuklera [2011] termin psychiatria środowiskowa obejmuje zasady i praktyki konieczne do świadczenia usług z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dla lokalnej populacji przez:

- zaspokajanie potrzeb populacyjnych w sposób dostępny i akceptowalny,
- opieranie się na celach i silnych stronach osób doświadczających choroby psychicznej,
- promowanie szerokiej sieci wsparcia, usług i zasobów adekwatnych do potrzeb populacji,
- świadczenie osobom z zaburzeniami psychicznymi leczenia opartego na sprawdzonych dowodach i zorientowanego na proces zdrowienia.

Pojęcie psychiatria środowiskowa jest wieloznaczne i nie ogranicza się jedynie do aspektu medycznego, obejmuje też profilaktykę zdrowia psychicznego i zakres działań dążących do wzmocnienia potencjału zdrowia psychicznego [Pietrzykowska, 2011]. Słownik Języka Polskiego PWN określa psychiatrię środowiskową jako formę organizacyjną współczesnej psychiatrii zmierzającą do podniesienia potencjału zdrowia psychicznego oraz minimalizacji skutków zaburzeń psychicznych przez działania legislacyjne, administracyjne, oświatowe, polityczno-społeczne i medyczne, a także wszelkie formy przeciwdziałania zaburzeniom psychicznym prowadzone w środowisku chorego, traktowane jako przedmiot i narzędzie oddziaływania leczniczego [SJP PWN].

Termin psychiatria środowiskowa wywodzi się z języka angielskiego (ang. community psychiatry), i podkreśla realizację zadań w środowisku życia pacjentów. Docenienie kontekstu społecznego miało umożliwić osobom chorującym psychicznie funkcjonowanie we wspólnocie, bez wykluczenia ze środowiska naturalnego, z uznaniem ich praw obywatelskich i docenienia godności [Wciórka, 2000; Rybakowski i wsp., 2010]. Według Wciórki [2000] wyróżnia się przynajmniej cztery konteksty, w których można rozpatrywać znaczenie tego terminu. Psychiatria środowiskowa jest traktowana jako:

- sposób myślenia, idea, rodzaj moralnego przesłania,
- system organizacji opieki psychiatrycznej,
- kompleksowy program leczenia przez systemowe oddziaływania w obszarze mieszkania, pracy oraz interwencje kształtujące środowisko terapeutyczne np. Soteria, Otwarty Dialog (ang. Open Dialog), różne formy pracy z pacjentami w środowisku domowym



(ang. home treatment) oraz poprzez różnorodne formy oddziaływań, które mogą być prowadzone we wszystkich instytucjach leczniczych jak: psychoedukacja, terapia zajęciowa, różne formy terapii przez sztukę, treningi społecznych kompetencji, sport i grupy samopomocy oraz

- kontekst czy tło działania psychiatrii.

W obecnym momencie wydaje się, że również w Polsce rozumienie terminu „psychiatria środowiskowa” jest już szeroko ugruntowane i opisane np. w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, a opieka psychiatryczna i codzienna praktyka przyswajają go stopniowo coraz szerzej. Psychiatria środowiskowa jest wyzwaniem zarówno w rozumieniu choroby, jak i w podejściu do leczenia ze względu na kompleksowość, wielowymiarowość i obejmowanie wielu obszarów życia. Aby zmiana była w pełni możliwa, psychiatria oparta o zasadę konkurencji i braku odpowiedzialności musi przekształcić się w psychiatrię opartą na zasadzie solidarności, współpracy i przekraczaniu międzysektorowych ograniczeń. Rozumienie psychiatrii środowiskowej wychodzi poza proste definiowanie typu interwencji (np. farmakoterapia vs psychoterapia), miejsca (szpitalna vs. pozaszpitalna), czy instytucji (oddział dzienny vs. zespół leczenia środowiskowego), a jest sposobem myślenia o psychiatrii, rozumienia kontekstu, w jakim osoba doznaje kryzysu psychicznego i zmagają się z chorobą, jak również sposobem funkcjonowania i uprawiania zawodu psychiatry.

## **1.2. Rozwój psychiatrii środowiskowej w Europie**

Pierwsza historyczna wzmianka dotycząca środowiskowej opieki psychiatrycznej sięga korzeniami VII wieku. Według legendy święta Dymfna, córka irlandzkiego króla Damona, musiała uciekać przed swoim ojcem, który „zaczął przejawiać oznaki obłądzenia” i chciał ją pojąć za żonę. Dymfna uciekła wraz ze swoim spowiednikiem do Geel, w Belgii, gdzie została odnaleziona przez ojca i świętego. W miejscu jej śmierci powstał kościół, do którego tłumnie zjeżdżali pielgrzymi szukający cudownego uzdrowienia z choroby psychicznej. Początkowo pielgrzymi znajdowali schronienie w kościele, ale wobec znacznej ich liczby, przyjezdnych zaczęli przyjmować do swoich domów mieszkańcy miasteczka Geel. Goście nierzadko pozostawali w miasteczku przez kilka miesięcy lub lat, dając początek tradycji zintegrowanej opieki środowiskowej. Szacunkowo w latach trzydziestych XX wieku, ponad 3800 osób przyjezdnych żyło wraz z miejscowymi rodzinami w Geel. Dla większości z nich ważne było wsparcie rodziny jako opiekuna, nauczyciela, wspierającego rodzica oraz umożliwienie nauki funkcjonowania w normalnym świecie. Od lat sześćdziesiątych XX wieku Geel jest częścią

systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Belgii – każda rodzina ma do dyspozycji pielęgniarkę psychiatryczną, a jeśli to konieczne istnieje możliwość hospitalizacji psychiatrycznej [Goldstein i Godemont, 2003; McQuiston i wsp., 2012; Geel Mental Health].

Ostatnie dwa stulecia to okres bardziej świadomie kształtowanej opieki psychiatrycznej, w którym wyodrębniono trzy modele: model azylowy, model środowiskowy i model zdrowienia. Dominujący do połowy XX wieku był model azylowy, którego głównym założeniem było umieszczenie chorego w wyspecjalizowanej instytucji (azyłu), co miało zapobiegać negatywnemu wpływowi choroby na ład społeczny, bezpieczeństwo chorych i innych osób [Rybakowski i wsp., 2010]. Początek zmian prowadzących do przekształcania się systemu azylowego w system opieki środowiskowej datuje się na początek lat 50. XX wieku. Na powstanie idei psychiatrii środowiskowej wpłynęło wiele czynników. Zwrócono uwagę na fakt, że problemy chorych w dużej mierze wynikają nie z samej choroby, tylko stawianych im barier, stygmatyzacji i problemów wynikających z samej hospitalizacji psychiatrycznej, które nazwano „chorobą szpitalną”, „hospitalizmem”, czy „nerwicą instytucjonalną”. Przyczyny takiego stanu rzeczy upatrywano w braku kontaktu ze światem zewnętrznym, przymusowej beczynności, brutalności personelu i zastraszaniu przez niego, apodyktyczności zespołu terapeutycznego, utracie przyjaciół, działaniu leków oraz braku perspektyw poza instytucją. U takich pacjentów obserwowano apatię, brak inicjatywy, utratę zainteresowań, uległość, niechęć do planowania przyszłości, utratę indywidualności [Barton, 2013]. W latach 60. XX wieku pojawił się ruch antypsychiatryczny, który podnosił temat stygmatyzacji osób chorujących, sprzeciwiał się wykluczaniu pacjentów ze społeczeństwa, pozbawianiu ich praw, krytykował duży szpital psychiatryczny jako miejsce leczenia, uznając hospitalizację i leczenie psychiatryczne za szkodliwe. Instytucje psychiatryczne były oskarżane o etykietowanie, stygmatyzowanie, izolowanie oraz przemoc w stosunku do osób chorujących psychicznie. Ruch ten doprowadził do większego zainteresowania pacjentem, przewartościowania podstaw myślenia na temat psychiatrii i leczenia psychiatrycznego, a jego największym osiągnięciem było przesunięcie leczenia w kierunku opieki środowiskowej oraz doprowadzenie w wielu krajach do radykalnych zmian w ustawodawstwie psychiatrycznym [Nasser, 1995].

Ważną rolę odegrała idea respektowania praw człowieka i docenienia podmiotowości chorych. W 1908 roku Clifford Beers wydał autobiografię pod tytułem „Umysł, który sam siebie odnalazł”, w której opisał złe warunki i traktowanie w trzech różnych azylach. W 1909 roku zapoczątkował powstanie Ruchu Higieny Psychiczej, który w swoich założeniach miał wpłynąć na zmianę postaw wobec chorób psychicznych i osób chorujących psychicznie, poprawić stan opieki psychiatrycznej i pracować nad prewencją chorób psychicznych [Sadock i wsp., 2009].

W kontekście wydarzeń II wojny światowej i masowej zagłady osób chorujących psychicznie eksterminowanych w dużych szpitalach psychiatrycznych zwrócono uwagę na konsekwencje nierespektowania praw obywatelskich. Miejsce schronienia dla chorych stało się miejscem ich masowej śmierci. Ofiarami polityki eksterminacyjnej byli również psychiatrzy. Kontynuacja pracy na takich samych zasadach stała się trudna, a wręcz niemożliwa zarówno dla pacjentów, jak i personelu, który identyfikowany był z grupą „strażników”. Wpłynęło to bezpośrednio na proces zmian systemowych i propagowanie idei leczenia pacjentów w ich środowisku [Prot, 2011].

Wszystkie powyższe argumenty zostały dodatkowo wzmocnione przez wprowadzenie w latach 50. XX wieku pierwszych leków przeciwpsychotycznych. Była to rewolucja w zakresie możliwości terapeutycznych dla chorujących na poważne schorzenia psychiczne, np. schizofrenię. Farmakoterapia zdjęła z chorób psychicznych piętno „nieuleczalnych”, wpłynęła na integrację psychiatrii z innymi naukami medycznymi, a także zmieniła podejście psychiatrów i społeczeństwa wobec osób chorujących psychicznie. Wcześniej opierano się jedynie na podawaniu środków uspokajających, które nie ograniczały objawów choroby. Dzięki chlorpromazynie wielu chorych uznanych wcześniej za nieuleczalnych osiągało remisję, było wypisywanych ze szpitala i mogło powrócić do funkcjonowania w środowisku [Ban i wsp., 1998].

Prekursorem zmian systemu opieki psychiatrycznej w Europie była Wielka Brytania. W 1930 roku uchwalono tam ustawę o leczeniu psychiatrycznym, zdecydowanie różniącą się od dotychczasowych aktów prawnych. Nowa ustawa zbliżała zakłady psychiatryczne do społeczeństwa, czym odróżniała się od wcześniejszych aktów prawnych nakazujących izolowanie „obłąkanych”. Instytucje mogły prowadzić politykę otwartych drzwi, umożliwić pacjentom wychodzenie z zakładu oraz uzyskiwanie przepustek. Kolejne etapy zmian systemowych były zdeterminowane zmianą sposobu myślenia. W 1939 roku Bierer [1980] wprowadził psychoterapię grupową, a w latach 40–50. XX wieku wprowadzono formułę opieki dziennej. W 1959 roku zdecydowano o zmniejszeniu liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych na rzecz małych oddziałów przy szpitalach ogólnych oraz rozwoju form opieki ambulatoryjnej (Mental Health Act, the Hospital Plan for England and Wales) [Jones, 1993]. W latach 70. XX wieku zauważono potrzebę zwiększenia dostępności opieki psychiatrycznej w środowisku, co zostało zawarte w dwóch aktach prawnych: Department of Health and Social Security, Hospital Services for the Mentally Ill z 1971 roku oraz Better Services for the Mentally Ill z 1975 roku. Mimo tego w praktyce nadal widoczne były niedostatki w zakresie opieki psychiatrycznej. W 1990 roku ponownie podjęto się reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej,

oddając odpowiedzialność za jej realizację władzom lokalnym. Średnia liczba łóżek na 100 000 mieszkańców spadła ze 140 w latach 60. XX wieku do 22 w 2010, a średnia długość pobytu w szpitalu z 355 dni w latach 60. XX wieku do 61 dni w 2010 roku [Turner i wsp., 2015].

We Włoszech deinstytucjonalizacja od początku przebiegała w sposób konsekwentny, tak że udało się doprowadzić do końca reformę instytucji psychiatrycznych, w tym do likwidacji dużych, azylowych szpitali i przeniesienia opieki do środowiska korzystając z oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Największe znaczenie należy przypisać wdrożeniu Ustawy 180 (wł. Legge 180), zwanej także Legge Basaglia, które miało miejsce 1978 roku. Nowe prawo wprowadziło zakaz budowy nowych szpitali psychiatrycznych, zakaz przekształcania szpitali psychiatrycznych w oddziały specjalistyczne szpitali ogólnych, stopniową likwidację szpitali psychiatrycznych, ograniczenie liczby miejsc w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych — miały liczyć maksymalnie 15 łóżek, zaostrzenie kryteriów hospitalizacji przymusowych i wprowadzenie sieci departamentów zdrowia psychicznego (DSM – Dipartimento di Salute Mentale) i centrów zdrowia psychicznego (CSM – Centri di Salute Mentale), które miały być odpowiednikiem angielskich community mental health centers (CMHC) [Tranchina i wsp., 1981]. W latach 1979–1998 liczba pacjentów hospitalizowanych zmniejszyła się z 78 tys. do 7,7 tys., do czego przyczyniły się ograniczenie liczby łóżek i rozwój alternatywnych form hospitalizacji domowych. W 1997 roku średni czas hospitalizacji wynosił 14,5 dni, połowę mniej niż w Wielkiej Brytanii. W efekcie reformy we Włoszech do 1998 roku zlikwidowano wszystkie szpitale psychiatryczne [Burti, 2001].

Przeprowadzona reforma wzbudziła dużo entuzjazmu, ale też kontrowersji. Zarzucano jej głównie administracyjny charakter zmiany, przerzucenie opieki nad chorymi na rodziny, a także niewystarczająco szybkie tworzenie miejsc leczenia alternatywnych dla szpitali psychiatrycznych. Pomimo tych istotnych przekształceń w opiece psychiatrycznej nie nastąpił wzrost liczby samobójstw, umieralności wśród osób chorujących psychicznie, liczby przestępstw popełnianych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, co potwierdzały regularnie przeprowadzane badania monitorujące przebieg reformy [Mokrzycka-Markowska i wsp., 2015]. Liczba łóżek w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych na 100 000 mieszkańców wyniosła 9,5 w 2014 roku [WHO 2014] i 8,96 w 2017 roku [WHO 2017].

W Niemczech początek zmian systemowych w zakresie opieki psychiatrycznej nastąpił po 1970 roku, znacznie później niż miało to miejsce w Wielkiej Brytanii, czy USA. Głównym celem ruchu reformatorskiego była poprawa opieki psychiatrycznej oraz zwiększenie środków na opiekę szpitalną i ambulatoryjną. Najważniejszym krokiem na drodze do zmian było powstanie w 1975 roku rekomendacji dotyczących reformy psychiatrii, zawartych

w Psychiatrie-Enquete [za: Bauer i wsp., 2001]. Wszystkie zmiany zostały jednogłośnie zaakceptowane przez rząd. Głównym założeniem było włączenie oddziałów psychiatrycznych do szpitali ogólnych oraz stworzenie opieki ambulatoryjnej i szpitalnej blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W wyniku reformy szpitale psychiatryczne zmniejszyły liczbę łóżek o około połowę, zamknięto jeden szpital psychiatryczny i otwarto 155 oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Niemiecki system opieki psychiatrycznej różni się od angielskiego — nie ma jednej centralnej instytucji, która przejmuje odpowiedzialność za system, a rząd nie jest uprawniony do ustalania szczegółowych zasad działania. Odpowiedzialność za opiekę psychiatryczną, tak jak za inne obszary opieki zdrowotnej, jest przekazana władzom lokalnym poszczególnych landów, których jest szesnaście. W porównaniu do krajów Europy Zachodniej w 2017 roku Niemcy miały relatywnie wysokie nakłady finansowe na opiekę zdrowotną — prawie 11,3% PKB, co sprawiało, że opieka ta mogła być sprawowana na wysokim poziomie [Bauer i wsp., 2001; Kunze i wsp., 2004; WHO 2017].

Różne warianty organizacyjne zintegrowanej, środowiskowej pomocy psychiatrycznej funkcjonujące w krajach dysponujących nowoczesnymi systemami psychiatrycznej opieki zdrowotnej są dopasowane do miejscowych uwarunkowań historycznych, kulturowych, prawnych i politycznych.

Od lat 60. XX wieku ewolucja idei psychiatrii środowiskowej skierowała się w nie-biologicznym kierunku, uwypuklając znaczenie rehabilitacji i zdrowienia. W latach 60. i 70. XX wieku celem leczenia środowiskowego była kontrola objawów, utrzymanie stanu remisji i brak potrzeby hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym. W latach 80. XX wieku zwrócono uwagę na potrzebę rehabilitacji, która umożliwiłaby pacjentom pełnienie takich ról społecznych, jak małżonka, rodzica, pracownika czy ucznia. W latach 90. XX wieku idea leczenia zwróciła się w kierunku tematu zdrowienia stawiając jako cel dążenie pacjenta do niezależności, możliwości wzięcia odpowiedzialności za swoje życie i poprawy jakości życia. W czasie, kiedy zmieniała się idea i sposób myślenia o celu leczenia, zmieniały się także rodzaje interwencji terapeutycznych [Drake i wsp. 2003]. Obecnie podstawą rozumienia zaburzeń schizofrenicznych jest polietiologiczne uwarunkowanie powstania psychozy i kompleksowa terapia oparta o relację terapeutyczną, zorientowana na pomoc pacjentowi, aby mógł lepiej zrozumieć własne przeżycia i radzić sobie z doświadczeniem choroby psychicznej [np. Liberman i wsp., 1986; Anthony, 1993; Hogarty, 2002; Liberman, 2002; Davidson i wsp., 2005; Namysłowska, 2006; Mueser i Gingerich, 2011; Mueser i wsp., 2013].

Przeprowadzana w wielu krajach reforma psychiatrii jest nie tylko zmianą w zakresie udzielanych świadczeń medycznych, ale głównie w sposobie myślenia i postrzegania osoby

chorującej jako zdolnej do takiego samego udziału w życiu społecznym jak udział osób zdrowych. W związku z tym, że nie ma ścisłych wytycznych co do sposobu organizacji opieki środowiskowej, zasady działania różnią się w różnych krajach, ale też w obrębie tego samego rejonu. W ramach tej pracy autorka podjęła się oceny działania trzech różnych zespołów leczenia środowiskowego jako jednostek realizujących opiekę w środowisku w trzech różnych kontekstach.

### **1.3. Rozwój środowiskowej opieki psychiatrycznej w założeniach Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego i w pilotażu reformy**

W Polsce już w latach 70. XX wieku podjęto działania mające na celu przygotowanie do wprowadzenia reformy opieki psychiatrycznej. Zaproponowano wówczas stworzenie racjonalnego systemu rozmieszczenia szpitali psychiatrycznych, poprawę warunków pobytu w nich, podkreślono rolę działań mających na celu zapewnienie ciągłości leczenia, doprowadzono do wzrostu liczby oddziałów dziennych, a także powstania pierwszego zespołu leczenia środowiskowego. W 1979 roku stworzono raport o stanie opieki psychiatrycznej i kierunkach postulowanych zmian systemowych, którym jednak nie towarzyszyły odpowiednie procesy legislacyjne [Załużka, 2006; Cechnicki, 2009b; Rybakowski i wsp., 2010].

W 1994 r. została uchwalona ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zakładająca m.in. upowszechnienie modelu leczenia środowiskowego. Jednak dopiero w 2008 roku uchwalono jej nowelizację, na podstawie której powstał Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Jego pierwsza edycja została przyjęta przez rząd w grudniu 2010 r. i obowiązywała do roku 2015. Zakładał on poprawę jakości życia i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i zwracał uwagę na konieczność unowocześnienia opieki psychiatrycznej, a także miał na celu podniesienie świadomości społecznej dotyczącej zaburzeń psychicznych. Jego założenia nie zostały spełnione, głównie ze względu na brak określenia odpowiedzialności za jego realizację oraz brak zmian w zakresie finansowania opieki psychiatrycznej w Polsce. W 2009 roku przeznaczone było na nią jedynie 3,4% ogółu wydatków na ochronę zdrowia. Dysproporcja wydatków na opiekę stacjonarną i środowiskową jest istotną barierą dla powstania tak dużych zmian systemowych. Na opiekę ambulatoryjną przypadało wówczas około 20% wszystkich środków przeznaczonych na opiekę psychiatryczną, a na opiekę środowiskową jedynie 0,5%. System opierał się przede wszystkim na hospitalizacjach całodobowych w dużych szpitalach psychiatrycznych, sprzyjając naznaczeniu społecznemu i marginalizacji pacjentów. W dalszym etapie prowadziło to do automatycznego umieszczania pacjentów w systemie opieki społecznej,

bez możliwości rehabilitacji i aktywizacji zawodowej w środowisku, generując dalsze koszty opieki nad pacjentem chorującym psychicznie [Rybakowski i wsp., 2010; Raport RPO, 2014; Realizacja zadań NPOZP]. W 2017 roku nakłady na opiekę psychiatryczną w Polsce wyniosły 2,6% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, co dało średnio 10,72 euro na osobę na rok. W porównaniu do rozwiniętych krajów europejskich, nawet po uwzględnieniu parytetu siły nabywczej euro, jest to wielokrotnie mniejsza kwota [Bauer i wsp., 2001] (Tab. 1.1.).

Tabela 1.1. Porównanie nakładów finansowych na opiekę psychiatryczną w wybranych krajach [WHO 2017]

Kraj	Procent PKB na opiekę zdrowotną w 2017	Procent wydatków przeznaczanych na opiekę psychiatryczną	Roczne wydatki na opiekę psychiatryczną, średnio na osobę [euro]	Parytet siły nabywczej euro w 2017	Roczne wydatki na opiekę psychiatryczną, średnio na osobę po uwzględnieniu parytetu siły nabywczej euro w 2017
Niemcy	11,3	11,27	350,58	0,741	259,78
Wielka Brytania	9,6	9,7	258,08	0,682	176,01
Włochy	8,9	3,5	75,5	0,687	51,87
Polska	6,7	2,6	10,72	1,737	18,62

Oczekiwania i nadzieje związane z upowszechnieniem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w ramach pierwszej edycji NPOZP nie spełniły się. Warunkiem wdrożenia postulowanych w NPOZP zmian jest zastosowanie finansowania sprzyjającego modelowi opieki nastawionemu na kompleksowe zaspokojenie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych na określonym terytorium. Kontynuowanie finansowania hospitalizacji psychiatrycznych według osobodnia nie pozwala na redukcję liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych i nie pociąga za sobą większego zainteresowania instytucji rozwojem form opieki pozaszpitalnej, a w sytuacji ograniczonych środków, wpływa na niedofinansowanie tych ostatnich. Na przykład blisko połowa ZLS ma kontrakty uniemożliwiające objęcie pełną opieką osób potrzebujących [Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, 2016].

Według raportu Rzecznika Praw Obywatelskich w Polsce nad modelem usług świadczonych w środowisku zamieszkania dominuje archaiczny model opieki instytucjonalnej. Stan ten znacząco ogranicza prawa osób z niepełnosprawnościami, w tym osób chorujących psychicznie, do niezależnego życia i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Rzecznik ocenia, że w celu realizacji ich praw niezbędne jest, między innymi, zintensyfikowanie działań dotyczących

odejścia od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności poprzez działania deinstytucjonalizacyjne [Raport RPO, 2014].

Mimo trudności z wdrożeniem założeń NPOZP w latach 2011–2014 największy wzrost liczby pacjentów objętych opieką psychiatryczną odnotowano w opiece środowiskowej w zespołach leczenia środowiskowego, w których ogólna liczba leczonych potroiła się z 9,6 tys. do 29,8 tys. Prawie trzykrotnie zwiększyła się także liczba zespołów leczenia środowiskowego w całym kraju: z 48 w 2010 do 132 w 2014 roku [Dz.U. 2017 poz. 458].

Aktualna edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017–2022 jest kolejną szansą na przeprowadzenie kompleksowej i systemowej reformy opieki psychiatrycznej w Polsce [Dz.U. 2017 poz. 458]. Program zakłada zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnego i powszechnie dostępnego systemu leczenia przez wdrożenie i upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach sieci lokalnych, równomiernie rozmieszczonych centrów zdrowia psychicznego (CZP). Jedno CZP powinno zapewniać opiekę na obszarze obejmującym około 50–150 tysięcy mieszkańców i powinno składać się z zespołu ambulatoryjnego (poradni zdrowia psychicznego), dziennego (oddziału dziennego), środowiskowego (zespołu leczenia środowiskowego, ZLŚ) oraz stacjonarnego (oddziału szpitalnego przy szpitalu ogólnym) [Dz.U. 2017 poz. 458]. Zmiany mają mieć charakter wielowymiarowy i mają uwzględniać działanie na wielu płaszczyznach. Głównym założeniem jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi opieki zdrowotnej i innych form pomocy w środowisku rodzinnym i społecznym. W ramach CZP konieczne jest dostosowanie oferty do potrzeb pacjentów, zapewnienie opieki zróżnicowanej — doraźnej, biernej krótko- i długoterminowej oraz czynnej, a także kompleksowej — zawierającej zespół sprawujący opiekę ambulatoryjną, środowiskową, dzienną oraz całodobową — w obrębie których respektowane będą prawa pacjenta oraz uzgodnione standardy postępowania. Kluczowa musi być też praca nad zmianą postaw: zarówno społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w postaci zapobiegania stygmatyzacji i nierównego traktowania, ale także postaw profesjonalistów w kontekście zrozumienia i akceptacji założeń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej [Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, 2016]. CZP ma na celu koordynację zadań z zakresu zdrowia psychicznego w trzech obszarach: promocji zdrowia i profilaktyki, realizacji świadczeń medycznych, świadczenia oparcia społecznego (w tym: niezbędnej pomocy bytowej i materialnej, usług opiekuńczych, ośrodków wsparcia i samopomocy, chronionych i wspomaganych form wsparcia mieszkaniowego, wsparcia dla

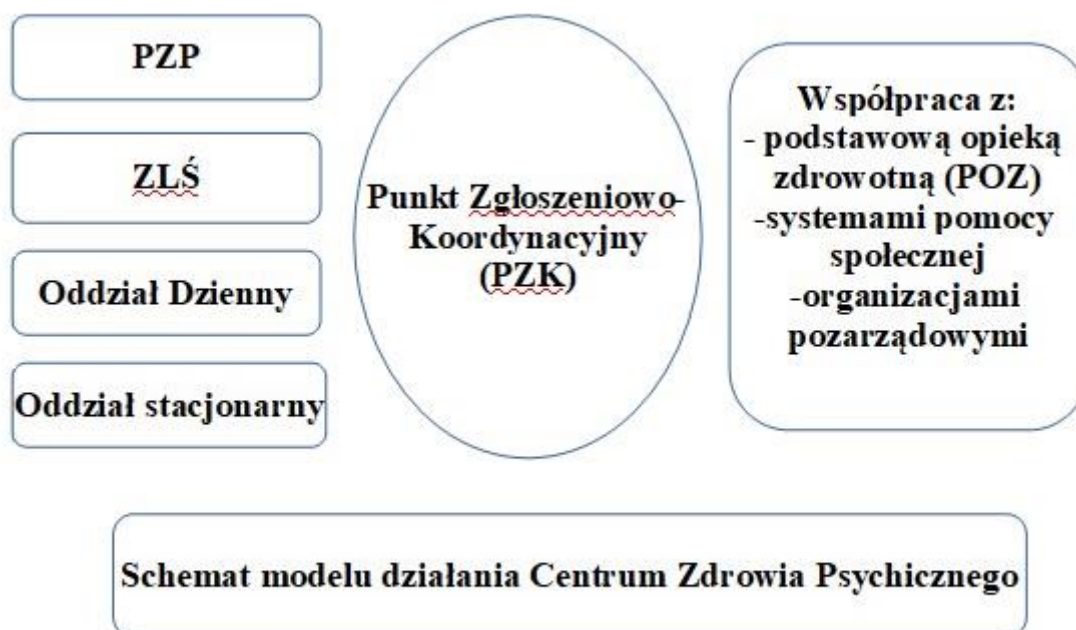


rozwoju ruchów samopomocowych) oraz aktywizacji społecznej i zawodowej (w tym: rehabilitacji zawodowej, zatrudnienia chronionego i wspomaganego oraz przedsiębiorczości społecznej) [Raport RPO, 2014].

Równocześnie dokonuje się radykalna zmiana sposobu finansowania opieki zdrowotnej na model kapitałowy. Wprowadzono nowatorski sposób finansowania: podmiot prowadzący CZP otrzymuje na realizację tego zadania tzw. ryczałt na populację będący iloczynem stawki na mieszkańca i liczby dorosłych mieszkańców obszaru działania. Stawka na mieszkańca podlega corocznej waloryzacji. W 2018 roku wyniosła 75 PLN w skali rocznej, a aktualnie jest zwaloryzowana.

Tak szeroki program realizacji kompleksowej opieki wykracza poza świadczenia medyczne, wymaga wsparcia ze strony pomocy społecznej, oświaty, pracodawców, organizacji pozarządowych. Tylko komplementarna realizacja wszystkich zadań daje szansę na pełne i kompleksowe leczenie oraz wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Przesunięcie ciężaru opieki psychiatrycznej z formy instytucjonalnej na ambulatoryjną ma zapewnić: zwiększenie dostępności i atrakcyjności opieki, ograniczenie negatywnych skutków hospitalizacji i przeciwdziałanie stygmatyzacji chorujących psychicznie.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia (MZ) z dnia 27 kwietnia 2018 roku, w ramach NPOZP na lata 2017–2022, wprowadzono w Polsce pilotaż centrów zdrowia psychicznego. Pilotaż nie obejmuje leczenia uzależnień, opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz psychiatrii sądowej. CZP w ramach pilotażu ma zapewniać natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych, a w przypadkach pilnych — w czasie nie dłuższym niż 72 godziny. Rodzaj udzielanej pomocy można podzielić na pomoc czynną — tj. leczenie i udzielanie wsparcia dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzania rozwiązywania problemów, długoterminową — pomoc innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, krótkoterminową — pomoc osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi, doraźną — pomoc osobom w stanach nagłych i pilnych oraz konsultacyjną — pomoc innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad. W ramach poradni zdrowia psychicznego w każdym CZP funkcjonować ma Punkt Zgłoszeniowo- Koordynacyjny (PZK) czynny w dni robocze w godzinach 8:00–18:00, który realizuje swoje zadania wobec zgłaszających się bez ich wcześniejszego umawiania się. Poniżej przedstawiono model działania CZP (Ryc.1.1).



Rysunek 1.1. Schemat modelu działania CZP

Od 1 lipca 2018 roku w ramach pilotażu w Polsce działało 27 centrów zdrowia psychicznego w 14 województwach (Ryc.1.2.). Nowym sposobem organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej objęto w pierwszym roku programu 10% dorosłych Polaków. Aktualnie w połowie 2020 roku rozszerzenia pilotażu i nowe podpisane umowy obejmują 4,3 mln dorosłych, a w drugiej połowie 2020 roku liczba pilotażów obowiązującym rozporządzeniem MZ ma zwiększyć się do 41 i ma obejmować swoim zasięgiem 16,5% populacji dorosłych Polaków (około 5,2 mln). Pilotaż ma testować nowy system do 30 czerwca 2021 roku, ale jest oczekiwane jego przedłużenie do końca 2022 roku, a następnie rozszerzenie go na cały obszar kraju [Raport biura ds. pilotażu, 2019; Dz. U. z 2018r. Poz. 852; Dz. U. z 2019 r. poz. 2444; Uchwała Rady ds. Psychiatrii z dnia 10.06.2020].

## Obszary objęte pilotażem CZP w 2018 i planowany rozwój pilotażu w 2020

01.07.2018



**27 CZP w 14 województwach**

**Opieką objęto ok. 3,2mln. dorosłych Polaków (ok. 10% populacji)**

II połowa 2020



**41 CZP w 16 województwach**

**W kolejnym etapie rozwoju pilotażu zaplanowano objęcie opieką ok. 5,2mln. dorosłych Polaków (ok. 16,5% populacji)**

Rysunek 1.2. Obszary objęte pilotażem CZP w 2018 i planowany rozwój pilotażu w 2020 roku

Należy przewidywać, że przy próbie wdrożenia systemu opieki środowiskowej w całym kraju mogą pojawić się problemy związane z pozyskaniem adekwatnego finansowania lub propozycją finansowania nieadekwatnego do potrzeb, która mogłaby uniemożliwić wprowadzenie opieki zgodnej z zapotrzebowaniem. Trzeba wziąć pod uwagę też trudności we współpracy między poszczególnymi jednostkami, widocznymi i rozwiązywanymi już na etapie wdrażania pilotażu, zwłaszcza na tzw. obszarach konfliktowych. W związku ze zderzeniem rutynowych schematów funkcjonowania zespołów z jednostkami działającymi na zupełnie innych zasadach i z innym sposobem myślenia na temat opieki psychiatrycznej, konieczne będzie wdrożenie odpowiednich szkoleń oraz stopniowego i monitorowanego wdrażania nowego systemu wraz z intensywną wymianą doświadczeń. Będzie to kluczowe także na etapie pozyskiwania odpowiednio przeszkolonej i zmotywowanej kadry.

W latach 1970–2014 obserwowano systematyczną zmianę w zakresie liczby placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce, przygotowującą spełnienie założeń psychiatrii środowiskowej. Zmniejszyła się liczba szpitali psychiatrycznych i łóżek w nich na rzecz oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. W 1980 roku było ich trzy razy mniej niż w 2014. Bardzo dynamicznie wzrosła liczba jednostek związanych bezpośrednio z opieką

środowiskową: liczba oddziałów dziennych w stosunku do 1970 roku notowała 5-krotny, a zespołów leczenia środowiskowego w stosunku do 1990 roku — 10-krotny przyrost [Zaluska, 2006; Rybakowski i wsp., 2010; Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, 2016] (Tab. 1.2.).

**Tabela 1.2. Liczba placówek lecznictwa psychiatrycznego w Polsce w latach 1970–2014 [Zaluska, 2006; Rybakowski i wsp., 2010; Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, 2016]**

Rodzaj placówki	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2009	2014
ZLŚ	-	-	12	16	17	29	45	138
Oddział Dzienny	33	53	76	99	132	203	259	352
Szpitala psychiatryczne (liczba)	34	42	47	49	54	54	53	48
Szpitala psychiatryczne (łóżka)	39 tys.	37 tys.	31,5 tys.	27,2 tys.	22,2 tys.	18,8 tys.	17,6 tys.	12,8 tys.
Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych (liczba)	26	35	51	55	67	98	94	105
Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych (łóżka)	1,4 tys.	2,4 tys.	3,3 tys.	3,6 tys.	4 tys.	5,1 tys.	5,5 tys.	5,7 tys.

Idea leczenia środowiskowego przeszła „długą drogę” od etapu, który we Włoszech Thornicroft i Tansella nazwali terminem „naiwnej opieki środowiskowej”, kiedy reformatorzy włoscy chcieli opieką w środowisku nagle zastąpić w pełni hospitalizację psychiatryczną. W innych krajach europejskich przekształcenia z opieki azylowej, skoncentrowanej na dużym szpitalu psychiatrycznym w model środowiskowy, podobnie jak w polskim pilotażu, miały charakter długofalowy i kompleksowy [Thornicroft i Tansella, 2004; Thornicroft i wsp., 2011].

W związku z dynamicznym rozwojem środowiskowych form leczenia, brakiem ścisłych wytycznych co do ich funkcjonowania oraz potrzebą ewaluacji wyników leczenia, celowe jest zbadanie i opisanie funkcjonowania tak ważnego jego ogniwa, jakim są zespoły leczenia środowiskowego i różnych kontekstów, w jakich działają one w Polsce.

## **1.4. Rozwój zespołów leczenia środowiskowego (ZLŚ)**

### **1.4.1. Wprowadzenie**

Nazewnictwo zespołów leczenia środowiskowego w Europie Zachodniej oraz w USA jest bardzo zróżnicowane, co utrudnia ich porównywanie, ale równocześnie zachęca do opisywania różnych aspektów organizacji tej jednostki opieki środowiskowej. Na przykład Breslow [2001] pisze o „mobile teams”, w Wielkiej Brytanii wprowadzono pojęcia „mobile crisis teams”, „community outreach care” i „community based early intervention team”. Może się wydawać, że używanie tych terminów na zasadzie synonimów jest możliwe, ale Burns i wsp. [2001] zaznaczyli, że brak uzgodnionej terminologii jest problematyczny przy próbie porównania funkcjonowania ZLŚ w różnych krajach [Catty i wsp., 2002a; Health, 2005]. W Polsce nomenklatura jest jednorodna, natomiast każdy ZLŚ może mieć różny program.

Zespoły leczenia środowiskowego są podstawowym elementem tworzącym opiekę środowiskową, zajmują się terapią pacjentów z poważnymi schorzeniami psychicznymi w ich naturalnym środowisku i są formą leczenia najlepiej przystosowaną do pełnienia opieki czynnej w formie wizyt domowych, czy interwencji środowiskowych [Dz. U. z 2018r. Poz. 852].

Według NPOZP na lata 2017–2022 [Dz.U. 2017 poz. 458] zadania zespołu leczenia środowiskowego to: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności społecznych, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne. Jeden zespół leczenia środowiskowego powinien być utworzony dla populacji 50 tysięcy mieszkańców. Według Załuskiej i Prot optymalny do zapewnienia wystarczającej opieki jest zespół 10–12 osobowy, a w przypadku zespołów hospitalizacji domowej, wczesnej interwencji i kryzysowych — powyżej 20-osobowy — z uwagi na konieczność zapewnienia 24-godzinnej opieki. Autorki podkreślają, że opieka ZLŚ powinna być dostępna co najmniej 5 dni w tygodniu, a struktura zatrudnienia w nich powinna umożliwiać świadczenie: wizyt domowych (lekarza, psychologa, terapeuty środowiskowego, innego terapeuty lub pielęgniarki), w tym wizyt domowych zespołu (tj. co najmniej 2 członków zespołu w sytuacjach szczególnie trudnych, np. nagłych, kryzysowych lub obciążonych ryzykiem), psychiatrycznych porad lekarskich, porad psychologicznych, porad terapeuty środowiskowego, sesji psychoterapii lub sesji wsparcia psychospołecznego, sesji wsparcia dla rodzin pacjentów oraz powiązanych z wymienionymi świadczeń pielęgniarskich i pomocy socjalnej. Kluczowa dla efektywności ZLŚ jest możliwość regularnych spotkań zespołu.

Podstawą pracy ZLS jest strategia sprawowania ciągłej opieki przez stałą odpowiedzialność za różne aspekty zdrowia i życia osoby chorującej. W zakresie tej odpowiedzialności wyróżnia się konieczność dostarczenia odpowiednich świadczeń, leczenia i rehabilitacji pacjenta oraz pracy z jego najbliższym otoczeniem, indywidualizacji świadczeń dostosowanych do potrzeb określonej osoby, aktywnego wychodzenia naprzeciw napotkanym problemom pacjenta w celu zmniejszenia ryzyka zaniechania leczenia, ciągłego długoterminowego leczenia i pracy zespołowej. Terapeuta prowadzący jest wspierany, a jego działania uzupełniane przez innych członków zespołu mających niezbędną wiedzę o pacjencie i jego otoczeniu.

W praktyce obserwuje się dużą różnorodność zespołów leczenia środowiskowego. Kluitter [1997] porzuca próby klasyfikacji zespołów leczenia środowiskowego mówiąc ogólnie o jednostkach opieki środowiskowej. Według Thornicrofta i wsp. [1999] w większości przypadków model zespołu leczenia środowiskowego można postrzegać jako jeden z siedmiu niżej wymienionych:

- ogólny wielospecjalistyczny zespół leczenia środowiskowego
- ogólny zespół leczenia środowiskowego uzupełniony o zespół interwencji kryzysowej/hospitalizację domową
- ogólny zespół leczenia środowiskowego uzupełniony o zespół ACT (assertive community treatment — aktywne leczenie w środowisku)
- ogólny zespół leczenia środowiskowego uzupełniony o zespół ACT (assertive community treatment) i zespół interwencji kryzysowej/hospitalizację domową
- ogólny zespół leczenia środowiskowego powiększony o elementy ACT (assertive community treatment) i interwencji kryzysowej
- oddzielne, specjalistyczne zespoły obejmujące specjalistyczną terapią określone podgrupy pacjentów
- specjalistyczny personel dla określonych podgrup pacjentów w ramach ogólnego zespołu leczenia środowiskowego

Najprostszy model ZLS prezentują angielskie zespoły leczenia środowiskowego (ang. Community Mental Health Teams, CMHTs). Zapewniają one różne interwencje w szerokim zakresie, jak wizyty psychiatry, psychologa, pracownika socjalnego, terapeuty środowiskowego, pielęgniarki psychiatrycznej. Wyniki badań porównujących efekty CMHTs do opieki szpitalnej wskazują na silne zaangażowanie zespołu CMHTs w świadczenie usług, większą satysfakcję pacjentów, poprawę w zakresie współpracy w leczeniu i ujawnieniu niezaspokojonych potrzeb. Nie stwierdzono widocznej poprawy objawowej ani poprawy w zakresie funkcjonowania

społecznego [Thornicroft i wsp., 1998; Tyrer i wsp., 1998; 1999; Burns i wsp., 2001; Simmonds i wsp., 2001].

Według części autorów koordynacja leczenia (case management), która może być użyteczna w obrębie ZLS typu CMHTs jest sposobem realizowania opieki, a nie techniką leczenia samą w sobie. Polega ona na koordynacji i integracji możliwych interwencji w zależności od zasobów zespołu. Koordynacja leczenia według literatury ma umiarkowaną skuteczność w zakresie poprawy jakości życia pacjentów i satysfakcji z leczenia. Dowody na jej wpływ na liczbę hospitalizacji są rozbieżne [Mueser i wsp., 1998; Ziguras i Stuart, 2000; Ziguras i wsp., 2002]. Case management powinien być odróżniany od bardziej specjalistycznego i intensywniejszego aktywnego włączania do leczenia (ang. assertive community treatment, ACT).

Zostały wyodrębnione trzy specjalistyczny podtypy CMHTs:, zespoły wczesnej interwencji (ang. Early Intervention, EI), aktywne leczenie w środowisku (ang. Assertive Community Treatment, ACT) i zespoły leczenia domowego (ang. Mobile Crisis Home Treatment, MCHT).

Zespół wczesnej interwencji w psychozach (EI) skupia się na wczesnym wykryciu, prewencji i interwencji u osób z pierwszymi objawami psychozy. Celem jest skrócenie czasu nieleczonej psychozy (ang. duration of untreated psychosis, DUP), ponieważ opóźnienie w rozpoczęciu leczenia zmniejsza szansę pacjenta na pozytywną odpowiedź na leki oraz na powrót do normalnego funkcjonowania [Marshall i wsp., 2005].

Aktywne leczenie w środowisku (ACT) powstało na bazie eksperymentu Steina i Testa w 1980 roku. Pierwszy model nazywał się treningiem życia w środowisku (ang. Training in Community Living, TCL) i miał być alternatywą dla leczenia w oddziale psychiatrycznym. W randomizowanym badaniu klinicznym stwierdzono, że taki model leczenia zapobiega przyjęciu do oddziału psychiatrycznego [Stein i Test, 1980]. ACT charakteryzuje się wyjątkowo intensywnymi działaniami i szerokim podejściem multidyscyplinarnym. Każdym pacjentem zajmuje się więcej niż jedna osoba, a stosunek liczby świadczeniodawców do liczby klientów jest niski (1:10–1:12). W porównaniu do klasycznego CMHTs w ACT opieką objęta jest mniejsza liczba pacjentów (ok. 80–100), dostępne są szersze godziny świadczenia usług, usługi realizowane są codziennie, a zespół odpowiedzialny jest za wszystkie aspekty życia pacjenta [Health, 2005; Thornicroft i wsp., 2011].

Odmianą ACT jest elastyczne, aktywne leczenie w środowisku (ang. Flexible Assertive Community Treatment, FACT), które charakteryzuje się zwiększaniem i zmniejszaniem intensywności opieki w zależności od samopoczucia pacjenta. Model ten jest najbardziej popularny w Holandii [Nugter i wsp., 2016].

Zespół leczenia domowego (ang. Mobile Crisis Home Treatment, zwany także crisis resolution team (CRT), intensive home treatment team, crisis assessment, treatment team, mobile crisis service) to forma leczenia, która daje alternatywę dla hospitalizacji całodobowej w oddziale psychiatrycznym. Zapewnia krótkotrwałe, intensywne leczenie w domu i dostępność wykwalifikowanego personelu 24 h/dobę, 7 dni w tygodniu [Health, 2005]. W Europie pierwszy taki zespół powstał w Amsterdamie w latach 30. XX wieku z powodu nacisków kładzionych na redukcję kosztów leczenia. Pacjenci, którzy byli kierowani do szpitala, zamiast przyjęcia do oddziału byli obejmowani systemem wizyt domowych realizowanych przez psychiatrę i pracownika socjalnego [Thorncroft i wsp., 2011]. Oparty na analogicznych zasadach serwis ukształtował się w latach 50. XX wieku w Wielkiej Brytanii. W rezultacie zaobserwowano zmniejszenie liczby przyjęć o 55–79% w dwóch lokalnych szpitalach psychiatrycznych [Carse i wsp., 1958].

W 1995 roku John Hoult założył pierwszy pełny Crisis Resolution Team w Wielkiej Brytanii, a od 2000 roku CRT są rutynowo włączane w program opieki psychiatrycznej w Wielkiej Brytanii [The NHS Plan, 2000]. W 2008 roku CRT włączono do programu terapeutycznego w ramach narodowego programu polityki zdrowotnej w drugim kraju europejskim — w Norwegii [Gråwe i wsp., 2005]. W większości krajów Europy dominuje trend integracji interwencji kryzysowej i leczenia domowego z opieką ciągłą w ogólnych ZLS [Katsching i wsp., 1990]. W latach 70. XX wieku, w Denver, Paul Polak rozszerzył inicjatywę leczenia domowego wprowadzając 24-godzinną dostępność usług, integrację leczenia szpitalnego i środowiskowego, a także sieć domów rodzinnych, w których opłacane rodziny przyjmowały pod opiekę do dwóch pacjentów w kryzysie. Tak prowadzone leczenie było wspierane przez zespół leczenia domowego [Polak i Kirby, 1976].

Główne cechy charakteryzujące funkcjonowanie zespołu leczenia domowego to:

- dostępność 24 h/dobę, 7 dni w tygodniu
- możliwość udzielania świadczeń w formie wizyt domowych
- szybka odpowiedź na zgłoszenie
- elastyczne dopasowanie czasu spędzonego z pacjentem i jego otoczeniem w zależności od potrzeby, odbywanie wizyt kilka razy w ciągu dnia, jeżeli istnieje taka konieczność
- podawanie leków i nadzór nad ich przyjmowaniem
- pomoc w praktycznym rozwiązywaniu problemów
- psychoedukacja i wsparcie dla rodzin i opiekunów pacjenta
- zaangażowanie do czasu opanowania kryzysu



- zapewnienie objęcia pacjenta opieką w formie ciągłej [Health, 2005].

Według Kluitera [1997] żadna forma opieki środowiskowej nie może istnieć bez oddziały psychiatrycznego, ale w wielu przypadkach formy środowiskowe mogą być alternatywą dla hospitalizacji. W retrospektywnym badaniu Redinga i Raphelzona [1995] oceniono efekt włączenia do 24-godzinnej zespołu interwencji kryzysowej psychiatry. W okresie trwania projektu, gdy było możliwe natychmiastowe włączenie leczenia, zaobserwowano znaczący spadek w zakresie liczby hospitalizacji psychiatrycznych, które wzrosły do poprzedniego stanu po zakończeniu projektu, gdy zespół interwencji kryzysowej funkcjonował bez psychiatry. Dwuletnia analiza przeprowadzona przez Pigotta i Trott [1993] na ponad 600 pacjentach pokazała, że 80% pacjentów skierowanych do oddziału psychiatrycznego uniknęło hospitalizacji poprzez wdrożenie leczenia domowego. W tym czasie w grupie objętej zespołem interwencji kryzysowej stwierdzono prawie 4 razy mniej nawrotów wymagających hospitalizacji. Forma ta była bardziej skuteczna i mniej kosztowna. Guo i wsp. [2001] poddali ocenie wpływ programu mobilnej interwencji kryzysowej w ramach opieki środowiskowej na częstość i długość hospitalizacji. Mobilny zespół interwencji kryzysowej zmniejszył liczbę hospitalizacji o 8%. U pacjentów korzystających z opieki instytucjonalnej, w porównaniu do osób pod opieką zespołu interwencji kryzysowej, prawdopodobieństwo że w ciągu 30 dni po sytuacji kryzysowej trafią do oddziału psychiatrycznego było o 51% większe.

Burns i wsp. [2001] za pomocą metody delfickiej wyodrębnili kluczowe elementy pozwalające uniknąć hospitalizacji. Dwunastu ekspertów z Wielkiej Brytanii zostało poproszonych o wypisanie 8–10 odpowiedzi na pytanie *jakie są najważniejsze składowe opieki środowiskowej pozwalające pacjentom chorującym psychicznie uniknąć hospitalizacji?*. W ten sposób wyodrębniono sześć kategorii uznanych przez ekspertów za kluczowe: leczenie w domu, zróżnicowane umiejętności zespołu, zaangażowanie psychiatry, koordynacja zespołu, odpowiednio dobrana liczba pacjentów oraz integracja opieki zdrowotnej i socjalnej. Jako bardzo ważne zostały wskazane: godziny pracy, działanie w różnych obszarach (np. współpraca z POZ, WTZ, ŚDS, czy z zakładami pracy chronionej), opieka kryzysowa, pomoc w zapewnieniu mieszkania, wsparcie dla opiekunów, opieka dzienna i krótkie hospitalizacje.

Mimo ciągłych zmian systemowych zmierzających w stronę psychiatrii środowiskowej i opisywanych korzyści, koszty związane z opieką instytucjonalną w Europie pozostają na zbyt wysokim poziomie ograniczając rozwój różnorodnych form środowiskowych. Istnieje uzasadniona potrzeba zarówno opisu formy leczenia jakimi są zespoły leczenia środowiskowego, jak i oceny skuteczności prowadzonych przez nich interwencji

z uwzględnieniem dwóch perspektyw — profesjonalistów i pacjentów. Opis taki jest jednym z celów niniejszej rozprawy.

#### ***1.4.2. Miejsce ZLS w leczeniu psychiatrycznym w Polsce***

Zespoły leczenia środowiskowego w Polsce świadczą opiekę czynną w środowisku życia pacjentów. Obejmuje ona osoby z zaburzeniami przewlekającymi się i nawracającymi, wymagającymi aktywnego zainteresowania i pomocy w rozwiązywaniu problemów, zapewnienia ciągłości leczenia i współdziałania z rodziną, także w sytuacji ograniczonej gotowości pacjentów do współpracy. Zasady funkcjonowania zespołów leczenia środowiskowego, znajdujących się poza pilotażem CZP określają Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku [Dz. U. z 2019, poz. 1285] i Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ]. Funkcjonowanie w ramach pilotażu określają Rozporządzenia Ministra Zdrowia, ostatnia z dnia 14 grudnia 2019 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego [Dz. U. z 2019 r. poz. 2444] i Zarządzenie Nr 55/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego [Zarządzenie Nr 55/2018/DSOZ].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia definiuje leczenie środowiskowe (domowe) jako porady, wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii udzielane w środowisku zamieszkania, ujęte w kompleksowy program terapeutyczny; realizowane przez zespół leczenia środowiskowego lub domowego w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą i jego rodziną. Wyszczególnione są także rozpoznania zgodne z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, które są wskazaniem do realizacji świadczenia gwarantowanego: organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00–F09); schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20–F29); zaburzenia nastroju (afektywne) (F30–F39); całościowe zaburzenia rozwojowe (F84); inne zaburzenia psychiczne (F00–F99) wymagające opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego [Dz. U. z 2019, poz. 1285].

Przepisy regulujące funkcjonowanie opieki środowiskowej w Polsce nie zawsze ułatwiają realizację jej zadań w praktyce. Zapisy rozporządzenia Prezesa NFZ: *w przypadku licznych wizyt/porad domowych/środowiskowych w jednym miejscu w tym samym dniu, dla pierwszego*

*świadczeniobiorcy sprawozdawana jest wizyta domowa, a dla pozostałych: porada diagnostyczna, porada terapeutyczna lub porada kontrolna, zgodnie z faktycznie udzielonymi świadczeniami* [Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ, str.11] sugerują, że finansowanie porad udzielanych zgodnie z duchem opieki środowiskowej, tj. pracą w zespole, będzie niższe niż w przypadku rozliczenia wszystkich wizyt domowych. Z zarządzenia Prezesa NFZ [Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ] wynika, że jedynie terapeuta środowiskowy może odbyć poradę rozliczaną jako *wizyta domowa środowiskowa* w zespole z innym pracownikiem, w pozostałych przypadkach dwie porady w postaci wizyt domowych u jednego pacjenta w ciągu jednego dnia nie zostaną rozliczone jako faktycznie odbyte wizyty domowe. Takie rozwiązania w sposób oczywisty utrudniają ZLŚ pełnienie funkcji alternatywy hospitalizacji całodobowej, ponieważ w sytuacji zaostrzenia objawów stan pacjenta może wymagać leczenia domowego. Ostatnia zmiana zarządzenia Prezesa NFZ zrównała wartość punktową dla wizyt miejscowych i zamiejscowych dla wszystkich przyznając niższą liczbę punktów, co jest znacznym utrudnieniem dla ZLŚ działających w mniejszych miejscowościach.

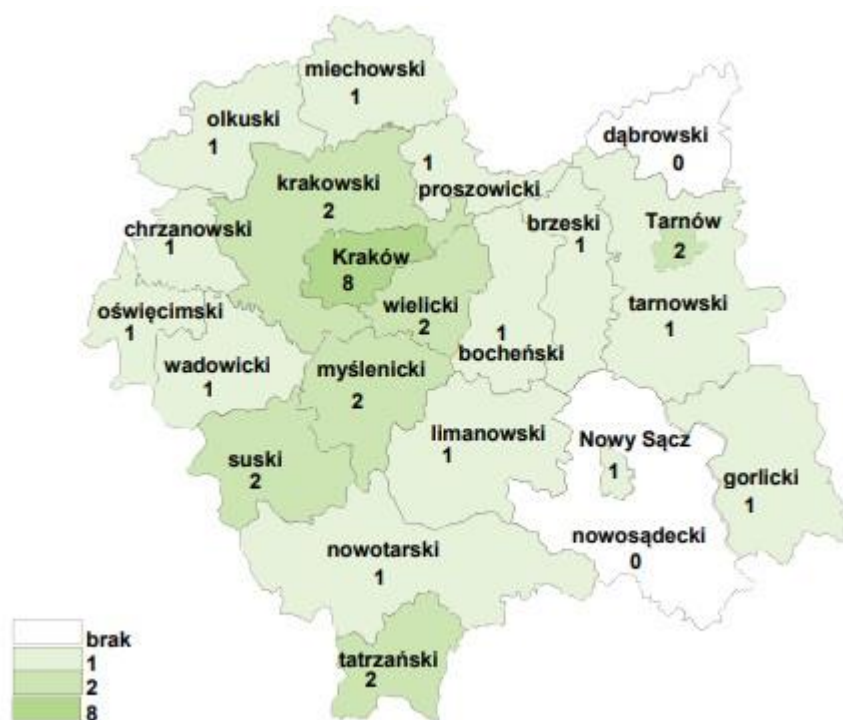
NPOZP w Polsce ma na celu zamienić model opieki psychiatrycznej oparty na dużych szpitalach psychiatrycznych w model środowiskowy, chociaż łóżka ciągle pochłaniają większość środków przeznaczonych na leczenie. Program pilotażowy wymaga przewartościowania myślenia o potrzebach osób leczonych i ich rodzin, wymaga też nowej organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej. Organizacja powiązana jest z odpowiedzialnością za lokalną wspólnotę, z możliwością szybkiego zapewnienia pomocy dla pacjenta i jego rodziny. Decydujące jest szybkie udzielenie pomocy, która od początku musi być zorientowana na leczenie, na psychoterapię, rehabilitację społeczną i zawodową, musi być zintegrowana, kompleksowa. Następuje odwrócenie kolejności, gdyż leczenie zaczyna się od poradni zdrowia psychicznego, zespołu leczenia środowiskowego i oddziału dziennego, a dopiero w dalszej kolejności, w uzasadnionych sytuacjach, odbywa się ono w stacjonarnym oddziale całodobowym, najlepiej zlokalizowanym w szpitalu ogólnym. Finansowanie programu ma charakter kapitałowy, terapia wymaga współpracy i koordynacji, a nie rywalizacji między instytucjami [Cechnicki, 2009c].

W ostatnich latach widoczny jest duży wzrost liczby zespołów leczenia środowiskowego, a co za tym idzie, pacjentów objętych opieką. W 2018 roku w Polsce były 193 zespoły leczenia środowiskowego, które obejmowały swoją opieką prawie 60 000 pacjentów. W okresie od roku 2000 nastąpił 11-krotny przyrost w zakresie liczby ZLŚ w Polsce oraz prawie 27-krotny przyrost liczby pacjentów objętych opieką środowiskową (Tab. 1.3.) [Dane z IPiN; Załuska, 2006].

Tabela 1.3. Liczba ZLŚ oraz pacjentów objętych opieką ZLŚ w Polsce w poszczególnych latach

	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2009	2014	2018
Liczba ZLŚ	-	-	12	16	17	29	45	132	193
Liczba pacjentów w ZLŚ	-	-			2174	3988	6157	29778	58067

W 2017 roku w dwudziestu spośród trzydziestu trzech powiatów województwa małopolskiego, zakontraktowane były usługi (tylko powiat dąbrowski oraz nowosądecki nie miały zakontraktowanej opieki środowiskowej). Najwięcej ZLŚ (8) zakontraktowano wówczas na terenie miasta Krakowa, po 2 ZLŚ znajdowały się w powiatach: krakowskim, myślenickim, suskim, tatrzańskim, wielickim oraz mieście Tarnowie (Ryc. 1.3.). Dla porównania: w 2016 roku zakontraktowano w Małopolsce 27 ZLŚ [Sprawozdanie za 2017 rok z realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022].



Rysunek 1.3. Liczba ZLŚ w województwie małopolskim w 2017 roku

### **1.4.3. Badania nad ZLŚ — ocena skuteczności**

Badania dotyczące skuteczności zespołów leczenia środowiskowego identyfikowano przeszukując bazy MEDLINE i PSYCINFO pod kątem słów kluczowych: *outcome, treatment effectiveness, community mental health teams, community care, community-based care, community treatment, mobile community teams, schizophrenia, psychosis*. w celu rzetelniejszej identyfikacji badań używano naprzemiennie: *outcome, effectiveness*, w kombinacji z kluczowymi słowami: *community mental health teams, community care, community-based care, community treatment, mobile community teams* oraz *schizophrenia, psychosis*. Wybrano badania od lat 80. XX wieku, charakteryzujące różnorodne podejścia do leczenia. Poniżej przedstawiono najbardziej istotne wyniki badań w zestawieniu uwzględniającym obszary, w których opieka środowiskowa wpłynęła na pozytywny wynik leczenia oraz te, w których nie uzyskano zmiany. W żadnym badaniu nie zaobserwowano wpływu negatywnego na wynik leczenia, dlatego w zestawieniu pominięto tę kolumnę (Tab. 1.4.).

Tabela 1.4. Wyniki badań oceniających skuteczność leczenia ZLŚ

Autor	Miara wyniku leczenia	Wynik - pozytywny	Brak różnic
Hoult i wsp., 1981	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obciążenie rodziny i satysfakcja rodziny z opieki</li> <li>• liczba hospitalizacji</li> </ul>	+	
Hoult i wsp., 1983	<ul style="list-style-type: none"> <li>• długość hospitalizacji</li> <li>• <b>satysfakcja z opieki i</b> satysfakcja rodziny z opieki</li> </ul>	+	
Burns i wsp., 1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>• czas hospitalizacji i koszty opieki</li> </ul>	+	
Marshall i wsp., 1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba przyjęć do szpitala psychiatrycznego</li> <li>• ilość potrzeb i jakość życia</li> <li>• <b>status zatrudnienia i warunki mieszkaniowe</b></li> <li>• <b>nasilenie objawów i funkcjonowanie społeczne</b></li> </ul>	+	+
Merson i wsp., 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• koszt opieki</li> <li>• <b>nasilenie objawów</b></li> </ul>	+	+
Tyrer i wsp., 1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba hospitalizacji i koszt opieki</li> <li>• poprawa objawowa</li> </ul>	+	+
Tyrer i wsp., 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>satysfakcja z opieki</b></li> <li>• liczba przyjęć do oddziału psychiatrycznego</li> <li>• poprawa objawowa i długość hospitalizacji</li> </ul>	+	+
Ziguras i wsp., 2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obciążenie rodziny i satysfakcja rodziny z opieki</li> <li>• długość hospitalizacji, liczba hospitalizacji i koszt opieki</li> </ul>	+	
Bond i wsp., 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba hospitalizacji, poprawa objawowa i jakość życia</li> <li>• koszty opieki</li> </ul>	+	+
Słupczyńska-Kossobudzka i wsp., 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• długość hospitalizacji, <b>funkcjonowanie społeczne</b> (kontakty interpersonalne, niezależność, praca),</li> <li>• <b>satysfakcja z opieki</b>, zachowania uciążliwe u pacjentów</li> <li>• liczba przyjęć, <b>funkcjonowanie społeczne</b> (wycofanie, rekreacja, prospołeczność).</li> </ul>	+	+
Harrison-Read i wsp., 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poprawa objawowa, <b>funkcjonowanie społeczne i</b> koszty opieki</li> </ul>		+
Catty i wsp., 2002b	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba dni w szpitalu</li> </ul>		+
Thornicroft i wsp., 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>nasilenie objawów i wpływ na sieć społeczną</b></li> </ul>		+
Malone i wsp., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba samobójstw i liczba hospitalizacji</li> <li>• <b>satysfakcja z opieki</b></li> </ul>	+	+
Killaspy, 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>satysfakcja z opieki i</b> jakość życia</li> <li>• koszty opieki</li> </ul>	+	+
Prot-Klinger i Pawłowska, 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poprawa objawowa, <b>funkcjonowanie społeczne,</b></li> <li>• <b>satysfakcja z opieki</b>, jakość życia, koszty opieki,</li> <li>• liczba hospitalizacji, długość hospitalizacji</li> <li>• obciążenie rodziny</li> </ul>	+	+
Kane i wsp., 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jakość życia i <b>nasilenie objawów</b></li> <li>• liczba hospitalizacji</li> </ul>	+	+
Gandré i wsp., 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• długość hospitalizacji</li> </ul>	+	
Cervello i wsp., 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba hospitalizacji</li> </ul>	+	

Badania pokazują, że skuteczność pracy zespołów jest większa niż pojedynczych osób świadczących usługi zdrowotne. Definicja skuteczności jest wielowymiarowa i może być postrzegana różnorodnie w zależności od perspektywy. Przyjmuje się, że wynik leczenia należy rozpatrywać na poziomie organizacyjnym, zespołowym oraz korzyści indywidualnych dla pacjenta i członków zespołu. Korzyści na poziomie organizacyjnym to skrócenie czasu hospitalizacji oraz redukcja jej kosztów, mniejsza liczba nieplanowanych przyjęć do oddziału oraz lepsza dostępność dla pacjentów. Korzyści dla zespołu to lepsza koordynacja opieki, efektywne wykorzystanie dostępnych zasobów, lepsza komunikacja i różnorodność specjalistów. Korzyści indywidualne ze strony pacjenta to wzrost satysfakcji z leczenia, lepsza współpraca i akceptacja leczenia, a także poprawa w zakresie wyniku leczenia. Członkowie zespołu odnoszą korzyści w postaci większej satysfakcji z pracy, precyzyjniejszego podziału ról i ogólnego dobrostanu [Mickan, 2005].

Według Słupczyńskiej-Kossobudzkiej i Boguszczyńskiej [1998] można wyróżnić cztery grupy obszarów ewaluacji w badaniach nad efektywnością ZLS: wpływ na pacjenta, wpływ na rodziny, wpływ na system opieki i wpływ na koszty. W przedstawionej przez nie metaanalizie dominowała ocena czynników wpływających na stan pacjenta (29 badań), rzadziej zwracano uwagę na wpływ na koszty (15 badań), wpływ na rodziny (8 badań) i wpływ na system opieki zdrowotnej (2 badania).

Cztery elementy pracy zespołu są predyktorami efektywności zespołu: wspólne cele, uczestniczenie, nacisk na jakość i wsparcie dla innowacji. Im jaśniej sprecyzowane cele zespołu, im wyższy poziom zaangażowania członków zespołu, większy nacisk na dobrą jakość pracy i większe wsparcie dla innowacji, tym większa skuteczność zespołu [Borrill i wsp., 2000]. Według Prot-Klinger i Pawłowskiej [2008] skuteczność leczenia środowiskowego można ocenić posługując się modelem odzyskiwania zdrowia lub modelem relacji terapeutycznej.

Z polskich badań oceniających skuteczność ZLS należy wymienić prace zespołu z Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie. Słupczyńska-Kossobudzka i wsp. [2001] porównali skuteczność leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach. Przeprowadzono ocenę funkcjonowania społecznego, satysfakcji z leczenia, liczby przyjęć, czasu hospitalizacji oraz obciążenia rodzin w grupie 107 pacjentów przydzielonych losowo do grupy eksperymentalnej lub kontrolnej. Stwierdzono wyższą skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w następujących wymiarach: czas hospitalizacji, cztery obszary funkcjonowania społecznego (ogółem, kontakty interpersonalne, niezależność, praca), satysfakcja chorych z usług, zachowania uciążliwe pacjentów i obciążenie rodziny. Nie stwierdzono większej skuteczności zespołów w zakresie liczby przyjęć i w trzech obszarach funkcjonowania społecznego

(wycofanie, rekreacja, prospołeczność) [Słupczyńska-Kossobudzka i wsp., 2001]. W badaniu Prot i Pawłowskiej [2009] mierzono liczbę i długość hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym w porównaniu z okresem poprzedzającym przyjęcie do ZLŚ, stan psychiczny, funkcjonowanie i jakość życia pacjentów oraz obciążenie rodziny. Badanie wykonywano przy przyjęciu do ZLŚ oraz po roku pozostawania w opiece w grupie 37 pacjentów i 25 członków rodzin. W uzyskanych wynikach widoczna była poprawa w zakresie stanu psychicznego, poprawa funkcjonowania społecznego, jakości życia, zaobserwowano także spadek liczby i czasu hospitalizacji — a w związku z tym redukcję kosztów leczenia. Wykazano, że leczenie środowiskowe nie zmienia obciążenia rodziny, ale zmniejsza zachowania uciążliwe w ocenie jej członków.

Początkowo badania nad opieką środowiskową skupiały się na weryfikacji jej skuteczności w porównaniu do skuteczności leczenia szpitalnego z ambulatoryjną opieką poszpitalną. W badaniach Hoult i wsp. [1981; 1983] podzielono losowo 120 pacjentów zgłaszających się do przyjęcia do szpitala na dwie grupy. Pierwsza otrzymała standardową opiekę szpitalną i poszpitalną. Pacjenci z drugiej grupy nie zostali przyjęci do szpitala, ale zostali objęci kompleksowym leczeniem środowiskowym i możliwością całodobowej interwencji kryzysowej. Po 12 miesiącach stwierdzono, że 96% pacjentów z grupy pierwszej było przyjętych do oddziału psychiatrycznego, a 51% więcej niż jeden raz. W drugiej grupie odnotowano hospitalizacje psychiatryczne u 40% pacjentów, a tylko u 8% więcej niż jedną. Ponadto długość hospitalizacji w grupie pierwszej wyniosła średnio 53,5 dnia, a w drugiej — 8,4 dnia. Początkowo w grupie leczonej w ZLŚ obciążenie rodziny było wyższe niż w grupie leczonej standardowo, ale po czterech miesiącach znacząco się zmniejszyło. Leczenie środowiskowe było postrzegane zarówno przez pacjentów jak i przez ich bliskich jako znacząco bardziej satysfakcjonujące i pomocne. Osiągnięto też lepszy wynik leczenia oraz mniejsze koszty w porównaniu do opieki standardowej.

Podobnego porównania dokonał Burns i wsp. [1993] — 94 pacjentów zostało objętych eksperymentalnym leczeniem w ramach ZLŚ, a grupa kontrolna złożona z 78 osób otrzymała leczenie standardowe (hospitalizacja i leczenie ambulatoryjne). Stwierdzono znaczną redukcję w zakresie liczby i długości hospitalizacji w grupie eksperymentalnej, a całkowity koszt był o ponad 50% wyższy w ramach leczenia standardowego. W badaniu Marshalla i wsp. [1995] na grupie 80 pacjentów zaobserwowano, że opieka środowiskowa wpływa na zmniejszenie liczby dni hospitalizacji, nie zmniejszając liczby przyjęć do szpitala. Ponadto nie zaobserwowano zmiany w liczbie potrzeb, jakości życia, statusie zatrudnienia i zamieszkania, nasileniu objawów psychotycznych. Odnotowano natomiast redukcję zachowań dziwaczných.



Tematykę kosztu leczenia jako wykładnika efektywności systemu podjął również Merson i wsp. [1996]. Do badania zakwalifikowano 100 pacjentów i porównano, ile kosztuje opieka szpitalna w porównaniu ze środowiskową. Koszt całkowity grupy objętej leczeniem środowiskowym był o połowę niższy niż grupy hospitalizowanej, chociaż mediana kosztów przeznaczonych na pacjenta była wyższa w grupie leczonej w ZLŚ. Podobne wyniki uzyskał Tyrer i wsp. [1998] — w grupie badanych 155 pacjentów mniejszą liczbę hospitalizacji przy podobnym wyniku w zakresie objawów klinicznych uzyskano u pacjentów leczonych w środowisku. Zespoły leczenia środowiskowego poprawiały współpracę w leczeniu przez wzrost akceptacji leczenia, a także zwiększały satysfakcję z opieki zarówno u pacjentów, jak i u personelu ZLŚ. W konsekwencji działanie zespołu przyczyniało się do redukcji samobójstw oraz liczby hospitalizacji [Tyrer i wsp., 1999].

Przegląd systematyczny Catty i wsp. [2002b] także porównywał skuteczność opieki szpitalnej i opieki środowiskowej. Znalezione 91 badań, z czego 18 porównywało leczenie środowiskowe z hospitalizacją. Zróżnicowanie zespołów leczenia środowiskowego, a także ograniczona liczba danych wpłynęły na jakość badania, nie uzyskano znaczącej różnicy między tymi formami leczenia, jednak wyniki mogą sugerować, że regularne wizyty domowe i odpowiedzialność za funkcjonowanie kliniczne i społeczne pacjentów mogą być związane z redukcją hospitalizacji.

Thornicroft i wsp. [2005] porównywali dwie grupy pacjentów — leczonych w ramach opieki środowiskowej i leczonych w ramach długoterminowej opieki instytucjonalnej. Do badania zakwalifikowano pacjentów przewlekłe chorujących na schizofrenię, którzy zostali skierowani do stacjonarnej opieki długoterminowej. 60 pacjentów wypisano i objęto opieką ZLŚ, 131 pozostało w opiece instytucjonalnej. Po roku zaobserwowano poprawę w zakresie funkcjonowania sieci społecznej w obu grupach, bez znaczących różnic między nimi, natomiast nie stwierdzono różnic w zakresie nasilenia objawów.

Malone i wsp. [2007] porównali badania randomizowane, w których zestawiono leczenie środowiskowe ze standardową opieką. Nie wykazano różnic w skuteczności między tymi formami, ale opieka środowiskowa charakteryzowała się większą akceptacją leczenia. Forma leczenia środowiskowego mogła mieć wpływ na redukcję hospitalizacji i zmniejszenie liczby samobójstw. Killaspy [2006] dokonała przeglądu 62 prac dotyczących opieki środowiskowej. Opieka środowiskowa konsekwentnie wiązała się z większą satysfakcją i lepszą jakością życia, natomiast nie mogła być uznawana za tańszą alternatywę hospitalizacji. Bond i wsp. [2001] przeprowadzili analizę na podstawie 25 badań randomizowanych, które porównywały ACT z opieką standardową. ACT znacznie zredukowała liczbę hospitalizacji, zwiększała stabilność

zamieszkania, w średnim stopniu wpływała na poprawę objawową i jakość życia. Koszt ACT był wysoki, jednak z analizowanych badań wynikało, że pozostawał zrównoważony przez redukcję liczby hospitalizacji. Z kolei Harrison-Read i wsp. [2002] weryfikowali skuteczność wariantu koordynacji opieki (ECM — enhanced case management) u grupy pacjentów, którzy najczęściej wracali do szpitala. W Londynie wyselekcjonowano grupę 10% pacjentów, którzy w ostatnich 5–6 latach mieli największą liczbę przyjęć do szpitala oraz dni hospitalizacji. Grupę 193 pacjentów podzielono na grupę leczoną w ramach ECM i standardowo. Po 2 latach nie stwierdzono istotnych różnic między grupami — różnice kosztów niewiele mniejszej liczby hospitalizacji i liczby dni w szpitalu w grupie ECM były zrównoważone wysokim kosztem tego typu opieki. Intensywne leczenie środowiskowe nie zredukowało kosztów opieki ani nie zapewniło poprawy stanu pacjentów najciężej chorujących. McCrone i wsp. [2001] porównali dwa ZLŚ — standardowy i oferujący intensywną formę opieki. Koszt tego drugiego był istotnie wyższy i wiązał się głównie z opieką nad osobami starszymi, z większym poziomem niepełnosprawności. W 2000 roku Ziguras i Stuart dokonali metaanalizy badań oceniających skuteczność koordynacji leczenia. Zanalizowano 44 badania, 35 porównywało ACT lub CM z tradycyjnym leczeniem, a 9 ACT z CM. Oba typy intensywnej opieki środowiskowej, zarówno ACT, jak i CM, były bardziej skuteczne w zakresie redukcji obciążenia rodziny, satysfakcji rodziny z opieki oraz redukcji kosztów. Liczba przyjęć do szpitala była niższa w ACT, a wyższa w CM w porównaniu do opieki tradycyjnej, natomiast w obu przypadkach obserwowano redukcję liczby dni hospitalizacji, znacząco większą w ACT. Obie grupy — ACT i CM — były równie skuteczne w redukcji objawów, poprawie funkcjonowania i wzroście satysfakcji z opieki [Ziguras i Stuart, 2000].

Aktualnie w piśmiennictwie dominują badania porównujące ze sobą różne warianty opieki środowiskowej. Kane i wsp. [2016] porównywali standardową opiekę środowiskową z NAVIGATE – wszechstronnym, wielospecjalistycznym zespołem zajmującym się opieką nad pacjentami po pierwszym epizodzie psychiatrycznym. Do badania zakwalifikowano 404 pacjentów z 34 klinik w USA, z czego 223 było leczonych w ramach NAVIGATE, pozostali w standardowym ZLŚ. Jako główny wynik leczenia przyjęto punktację w skali jakości życia Heinrichsa-Carpentera. Po 2 latach uczestnicy programu NAVIGATE, w porównaniu z grupą kontrolną, dłużej pozostawali w leczeniu, deklarowali lepszą jakość życia, mieli mniej objawów psychopatologicznych oraz lepsze doświadczenia z pracą i szkołą. Wskaźnik hospitalizacji nie był wysoki i nie wykazywał różnic między grupami.

W badaniach francuskich Gandré i wsp., [2017] oceniano, jak sprawdza się rozwój form środowiskowych będących alternatywą dla hospitalizacji w całym kraju. Zaobserwowano duże

zróznicowanie w redukcji długości hospitalizacji w zależności od obszaru, ale była ona istotna statystycznie i zachęca do rozwoju tych form leczenia. W badaniu Cervello i wsp. [2019] wykazano istotny spadek liczby przyjęć do oddziału psychiatrycznego (z 2,06 do 1,48,  $p = 0,01$ ) u pacjentów, którzy znajdowali się pod opieką ZLŚ w porównaniu z opieką tradycyjną. Interwencje zespołu mobilnego obejmowały kontakt telefoniczny, wizyty domowe i koordynację spotkań.

W opisywanym badaniu oceniającym satysfakcję pacjentów z opieki oceny dokonano w powiązaniu z klinicznymi i społecznymi wskaźnikami wyników leczenia, takimi jak: nasilenie objawów psychopatologicznych, liczba hospitalizacji, ocena sieci społecznej, ocena poziomu niepełnosprawności i poczucia osamotnienia. Planowano również analizę wpływu na koszty, jednak ze względu na brak zgody na udostępnienie danych z NFZ odstąpiono od niej. Analiza skuteczności opieki środowiskowej jest trudna z uwagi na dużą różnorodność form opieki, niejednolite nazewnictwo, dużą liczbę możliwych miar skuteczności, dlatego należy traktować je z dużą dozą ostrożności.

#### ***1.4.4. Rola ZLŚ w leczeniu schizofrenii***

Można wyróżnić dwie grupy pacjentów ze schizofrenią, będących klientami zespołów leczenia środowiskowego: grupa pacjentów młodych, z małym wglądem chorobowym, z częstymi nawrotami choroby z powodu braku współpracy w procesie leczenia i druga: pacjenci z objawami rezydualnymi, którzy wymagają dodatkowej pomocy w codziennym funkcjonowaniu [Díaz-Fernández i wsp., 2019]. Dla pierwszej grupy pacjentów szczególnie istotnie znaczenie ma utrzymanie leczenia farmakologicznego. Regularne stosowanie leków, mimo że nie prowadzi do wyleczenia to pozwala utrzymać większą kontrolę nad objawami, poprawić funkcjonowanie i zapewnić lepszą jakość życia [Drake i wsp., 2003]. Dla drugiej grupy ważne są psychospołeczne programy leczenia.

Andrews i wsp. przeanalizowali przyczyny przyjęcia do domów opieki społecznej (DPS) u 7937 pensjonariuszy New Hampshire Medicaid w latach 1996–2005 i okazało się, że pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii trafiają do DPS znacząco wcześniej niż osoby bez schizofrenii (65 lat vs. 80 lat). Aby uniknąć wczesnego kierowania pacjentów ze schizofrenią do DPS należy w szczególności sposób zwrócić uwagę na stan zdrowia pacjentów ze schizofrenią w piątej dekadzie życia, co może wpłynąć na możliwość uniknięcia przez nich opieki instytucjonalnej.

Rozwój form opieki środowiskowej z treningiem umiejętności życia codziennego i umiejętności społecznych dają nadzieję dla tych pacjentów na niezależne życie [Andrews i wsp., 2009]

Świadczenia ZLS to przede wszystkim prowadzenie skoordynowanej opieki (ang. case management) realizowane najczęściej w formie wizyt środowiskowych. Z punktu widzenia pacjentów chorujących na schizofrenię znaczenie mają:

- Wczesna interwencja w nawrocie zaburzeń psychiatrycznych, z możliwością objęcia hospitalizacją domową osób, które z powodu narastającego pogorszenia stanu psychicznego spełniają przesłanki skierowania do oddziału psychiatrycznego, ale jest szansa, że w wyniku doraźnych oddziaływań terapeutycznych i socjalnych w środowisku będzie można zapobiec hospitalizacji nie narażając pacjenta i otoczenia na stres związany z nią i jego następstwa. Brak możliwości interwencji kryzysowej prowadzi do sytuacji, w której osoby w kryzysie psychicznym trafiają do oddziału psychiatrycznego. Ze względu na niechęć pacjentów do leczenia szpitalnego i odwlekanie zgody na hospitalizację, zdarza się, że interwencja ma miejsce późno, kiedy objawy są już bardzo nasilone. Prowadzi to do dłuższego procesu leczenia, co może skutkować wypadnięciem z ról życiowych — czasem na stałe. Badania Muesera i wsp., [1998] pokazują, że opieka środowiskowa wpływa na redukcję długości hospitalizacji, ale nie ma wpływu na liczbę przyjęć do szpitala.
- Aktywne leczenie w środowisku (ang. assertive community treatment, ACT), opisane w rozdziale 1.4.1.
- Metody psychospołeczne, w tym społeczność terapeutyczna, psychoedukacja pacjenta i jego rodziny, treningi: podstawowych umiejętności życiowych, umiejętności komunikacyjnych, społecznych, radzenia sobie w sytuacjach trudnych emocjonalnie, rozwiązywania problemów; treningi funkcji poznawczych; terapia zajęciowa, psychoterapia indywidualna, w tym poznawczo-behawioralna. Badanie Bustillo i wsp. [2001] pokazuje skuteczność terapii rodzinnej oraz aktywnego leczenia w środowisku w zakresie profilaktyki nawrotu objawów psychiatrycznych i zmniejszenia liczby rehospitalizacji psychiatrycznych. Oddziaływania te nie wpływają natomiast na zmniejszenie nasilenia objawów. Z kolei trening umiejętności społecznych zwiększa zakres kompetencji społecznych, natomiast nie wpływa na zmniejszenie ryzyka nawrotu i rehospitalizacji ani na redukcję objawów psychopatologicznych. Według Xia i wsp. [2011] psychoedukacja może zmniejszać ryzyko nawrotu, ponownego przyjęcia do oddziału psychiatrycznego oraz poprawić współpracę w zakresie leczenia farmakologicznego, a także zmniejszyć liczbę dni hospitalizacji.

- Rehabilitacja psychiatryczna — społeczna i zawodowa jest integralnie wpisana w każdy kompleksowy program leczenia i warunkuje proces zdrowienia osoby chorującej i jej jakość życia [Cechnicki, 2009a; Drake i wsp., 2003].
- Współpraca z rodziną. Ważnym elementem interwencji jest praca z członkami rodzin pacjentów, którzy są postrzegani jako potencjalni partnerzy w pomocy z radzeniem sobie z piętnem choroby psychicznej. Modele pracy z rodzinami zakładają włączenie edukacji, wsparcia i zwiększenia umiejętności radzenia sobie z chorobą jej członka. Modele te są efektywne nie tylko w zakresie zwiększenia potencjału rodziny, ale także zmniejszają ryzyko nawrotu i rehospitalizacji [Lucksted i wsp., 2012].
- Wsparcie dla zdrowia somatycznego. Osoby cierpiące na poważne choroby psychiczne, takie jak schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa, żyją przeciętnie od 15 do 20 lat krócej niż populacja. Wskaźnik umieralności dla tych chorych wynosi 1,6, co oznacza, że ryzyko zgonu jest dla nich o 60% wyższe niż średnia w populacji [Harris i Barraclough, 1998; Thornicroft, 2011; Hendrie i wsp., 2014]. Nierzadko opieka środowiskowa musi zająć się problemami somatycznymi pacjentów, którzy nie wychodzą z domów lub nie są w stanie samodzielnie zorganizować sobie procesu diagnostyczno-leczniczego. Pacjenci chorujący psychicznie często nie zwracają uwagi i nie skarżą się na objawy somatyczne, a system opieki zdrowotnej odpowiedzialnością za szukanie pomocy obarcza pacjenta [Robson i Gray, 2007; O’Callaghan i wsp., 2010]. Zwracanie uwagi na somatyczny stan pacjenta oraz leczenie chorób współistniejących jest jednym z elementów opieki nad osobami z poważnymi chorobami psychicznymi w środowisku. Wyznaczanie ostrych granic obszaru leczenia i zajmowanie się tylko aspektem zdrowia psychicznego nie jest w interesie pacjenta. W części zespołów brytyjskich opieka nad zdrowiem somatycznym jest stałym elementem programu leczenia i zajmuje około 15–20% planu terapeutycznego [Burns i Firn, 2017]. Rola opieki środowiskowej może polegać na rozpoznawaniu kluczowych problemów somatycznych oraz współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej [NICE Clinical guideline, 2014], pomocy w ustalaniu terminów wizyt oraz towarzyszeniu w trakcie wizyt u innych lekarzy, monitorowaniu ilości potrzebnych leków stosowanych poza wskazaniami psychiatrycznymi lub konsultację lekarza psychiatry w ZLŚ w razie niemożności konsultacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W kontekście leczenia pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi w najnowszej literaturze podkreśla się większą skuteczność intensywnego, wyspecjalizowanego, dopasowanego do

potrzeb programu terapeutycznego w porównaniu do standardowej opieki środowiskowej [Petersen i wsp., 2005; Díaz-Fernández i wsp., 2019; Schöttle i wsp., 2019].

Badania Díaz-Fernández i wsp. [2019] pokazują, że zintegrowane leczenie środowiskowe chorujących na schizofrenię wpływa na znaczną redukcję prób samobójczych. Według autorów wprowadzenie szeroko dostępnego, kompleksowego leczenia środowiskowego z intensywną koordynacją leczenia oraz stosowaniem leków przeciwpsychotycznych w iniekcjach o przedłużonym działaniu powinny być postrzegane jako leczenie z wyboru dla pacjentów z nasilonymi objawami psychiatrycznymi i ryzykiem samobójczym.

Schöttle i wsp. [2019] udowodnili, że skutkiem leczenia pacjentów ze schizofrenią w ramach aktywnego leczenia w środowisku (ACT) jest znaczący spadek przyjęć do oddziału psychiatrycznego wbrew woli, co może uchronić ich przed potencjalną traumą związaną z tym doświadczeniem. Należy zwrócić uwagę, że badano pacjentów w zintegrowanym systemie, oferującym szeroką gamę rozwiązań dla osób z zaburzeniami psychiatrycznymi, skupionych na koncepcji zdrowienia i zaangażowaniu rodziny, co mogło wpłynąć na pozytywny wynik leczenia. Program leczenia dla osób z rozpoznaniem psychozy powinien opierać się na pracy w małych grupach pacjentów, być dopasowany do ich indywidualnych potrzeb i umożliwiać dużą częstotliwość kontaktów z personelem.

Badanie Petersena i wsp. [2005] opisuje, że bardziej skuteczną formą opieki środowiskowej dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii jest zintegrowane leczenie, składające się z ACT, zaangażowania rodziny i treningu umiejętności społecznych. W grupie 547 pacjentów zrandomizowanych do dwóch grup: standardowej opieki środowiskowej i zintegrowanego ACT po roku i po dwóch latach wykazano większą poprawę objawową i lepszą współpracę w grupie objętej bardziej intensywną opieką. Pacjenci z tej grupy mieli objawy psychiatryczne i objawy negatywne schizofrenii nasilone w mniejszym stopniu, znacznie rzadziej nadużywali substancji psychoaktywnych i byli bardziej zadowoleni z opieki.

Między 2011 a 2014 rokiem odnotowano trzykrotny wzrost pacjentów będących pod opieką ZLŚ w Polsce, a liczba leczonych z rozpoznaniem schizofrenii wzrosła w tym okresie o 75% [Dz.U. 2017 poz. 458] (Tab.1.5.).

**Tabela 1.5. Liczba pacjentów objętych opieką środowiskową w Polsce i Małopolsce w poszczególnych latach z wyszczególnieniem pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii**

Liczba leczonych w ZLŚ	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ogółem (Polska)	9594	22587	37783	29778	39421	41449	46134	58067
Z diagnozą schizofrenii (Polska)	3686	5543	7404	6432	6841	7733	8378	10225
Ogółem (Małopolska)			3756	1934	4117	4149	4517	5261
Z diagnozą schizofrenii (Małopolska)			1170	943	1321	1350	1474	1612

W Polsce badania wpływu leczenia środowiskowego na przebieg schizofrenii są nieliczne, jednak w sposób jednoznaczny pokazują korzyści wynikające z tej formy opieki [Słupczyńska-Kossobudzka i wsp., 2001; Prot i wsp., 2005, 2011; Prot-Klinger i Pawłowska, 2009; Cechnicki, 2011;].

Kluczowym założeniem pracy ZLŚ jest utrzymanie osoby chorującej na schizofrenię w jej środowisku, co stwarza możliwości i potrzebę zaangażowania rodziny w proces terapeutyczny. Rodzina pacjenta pozwala zespołowi terapeutycznemu na uzyskanie innej perspektywy wiedzy o pacjencie i jego lepsze zrozumienie. Praca z rodziną pacjenta może doprowadzić do wzmocnienia zespołu terapeutycznego i uzyskania sojusznika w pracy prowadzącej do poprawy stanu pacjenta, zwłaszcza z ciężkim przebiegiem choroby lub nie współpracującego w leczeniu. Ważną rolę zespołów leczenia środowiskowego jest praca z rodziną, która może wpłynąć pozytywnie na przebieg choroby i funkcjonowanie pacjenta.

## **ROZDZIAŁ II. Psychospołeczny kontekst powstania, przebiegu i leczenia schizofrenii**

### **2.1. Wprowadzenie**

Pojęcie „schizofrenia” zostało zaproponowane w 1908 roku przez Eugena Bleulera, który użył go do opisu grupy psychoz, dla której charakterystyczny jest rozpad osobowości z rozszczepieniem uczuć, napędu i intelektu. Bleuler jako pierwszy zanegował panujące wówczas poglądy Kraepelina o niekorzystnym zejściu choroby, jako jedynej możliwej perspektywie jej przebiegu [Bleuler, 1950].

Obok objawów pozytywnych, objawów negatywnych oraz zaburzeń funkcji poznawczych ważnym aspektem chorowania jest upośledzenie w zakresie funkcjonowania psychospołecznego. Osoby chorujące psychicznie istotnie częściej nie tworzą związków, nie pracują i prezentują wyższy poziom niepełnosprawności w porównaniu do chorych somatycznie. Wyraźne są ich trudności związane z umiejętnością samodzielnego życia, jakością relacji społecznych oraz zdolnością do podjęcia pracy lub nauki, czy pełnienia funkcji rodzicielskich [Gühne i wsp., 2015]. Konsekwencje indywidualne i społeczne schizofrenii są bardzo duże. Szacuje się, że schizofrenia znajduje się w czołówce problemów zdrowotnych prowadzących do niepełnosprawności i wzrostu liczby świadczeń rentowych. Obciążenie ekonomiczne społeczeństwa wiąże się głównie z wysokimi kosztami pośrednimi, zatem kluczowe jest podejmowanie przez zarządzających służbą zdrowia świadomych decyzji dotyczących priorytetów w zakresie leczenia [Chong i wsp., 2016].

Według Muesera i Gingericha [2011] osoby chorujące na schizofrenię, pomimo doświadczania objawów lub ograniczeń mogą osiągnąć dużo więcej niż tylko stabilny stan psychiczny, mogą się rozwijać i prowadzić satysfakcjonujące, produktywne i pełne sensu życie. Istnieje wiele teorii dotyczących etiologii schizofrenii. W tym opracowaniu skupiono się na opisie tych, które wyodrębniają czynniki mogące modyfikować przebieg choroby: modelu podatność–stres i roli zdrowienia.

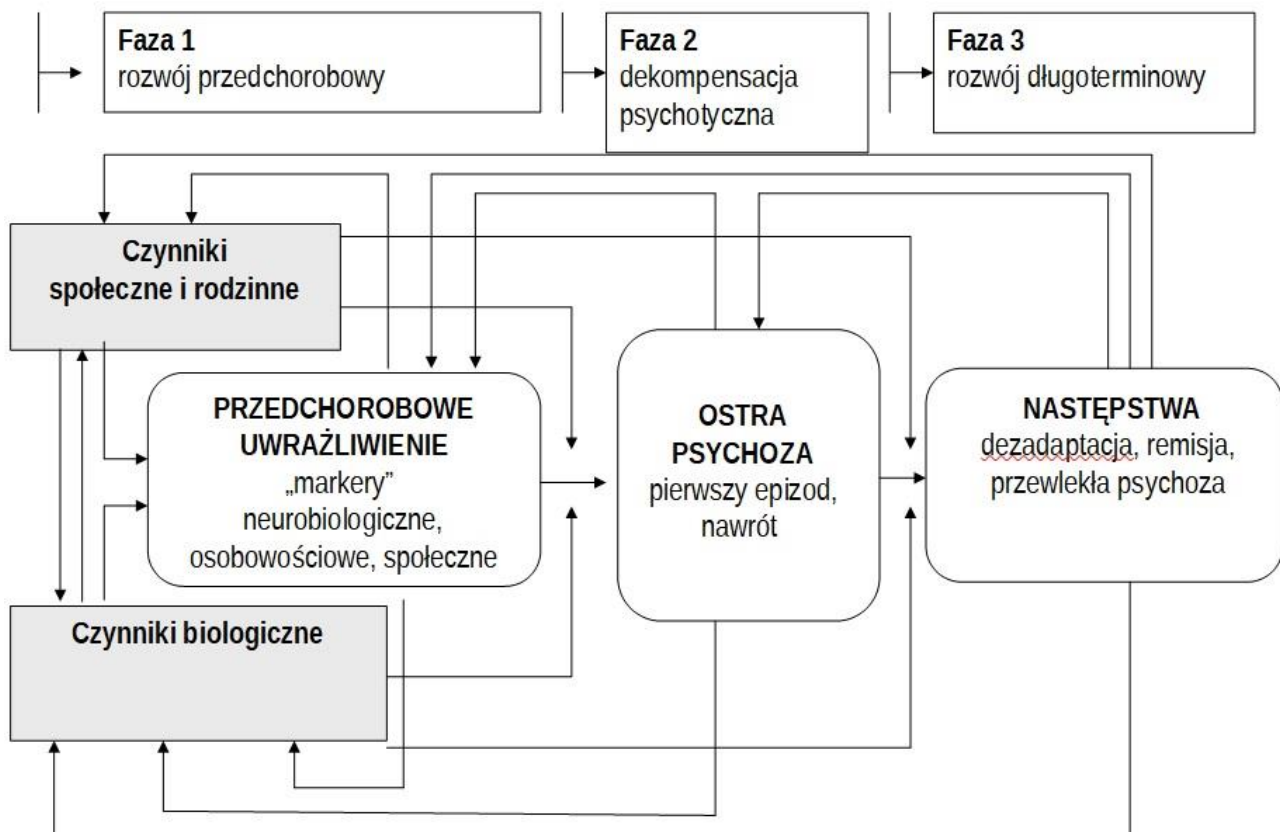
### **2.2. Biopsychospołeczny model etiopateogenezy schizofrenii**

#### **2.2.1. Model podatność–stres**

W modelu podatność–stres (ang. vulnerability–stress, V-S) przyjmuje się, że pierwotną przyczyną poważnych zaburzeń psychicznych, w tym schizofrenii, jest biologiczne uwrażliwienie



na stres powstałe na wczesnym etapie życia w wyniku nieprawidłowości genetycznych i środowiskowych, warunkujące zdolność do radzenia sobie z przyszłymi wyzwaniami. Gdy nasilenie stresu przekracza umiejętności jego pokonywania może dojść do rozwoju objawów chorobowych, w tym objawów schizofrenii. Z drugiej strony kompetencje społeczne oraz wsparcie społeczne mogą chronić przed wybuchem choroby lub zmniejszać prawdopodobieństwo jej nawrotów [Zubin i Spring, 1977]. Luc Ciompi rozwinął powszechnie przyjęty dzisiaj biopsychospołeczny model, który uwzględnia wpływ czynników biologicznych oraz rodzinnych i środowiskowych. Wyróżnił on trzy fazy przebiegu choroby: okres kształtowania się podatności na zranienie, fazę ostrej psychozy i rozwój długoterminowy. Podatność na zranienie współkształtowana jest przez czynniki genetyczne, nabyte uszkodzenia centralnego systemu nerwowego (pre- i postnatalne) oraz wczesne zaburzenia rozwoju poczucia tożsamości. Do wystąpienia dekompensacji psychotycznej przyczyniają się przewlekłe sytuacje stresowe, kumulacja doświadczeń traumatycznych oraz pojawienie się ostrego stresu w wyniku obciążających wydarzeń życiowych. Wystąpieniu fazy trzeciej sprzyja brak stymulacji i brak oczekiwań [Ciompi, 1997] (Ryc. 2.1.).



Rysunek 2.1. Model biopsychosocjalny wg Ciompiego [1984] z modyfikacjami [Ciompi 1984, 1997]

Dowodzono, że osoby z grupy ryzyka schizofrenii i z rozpoznaną schizofrenią wykazują zwiększoną odpowiedź dopaminergiczną na stres psychosocjalny [Howes i Murray, 2014]. Rola czynników biologicznych i społeczno-rodzinnych w tym złożonym modelu zostanie jedynie krótko naszkicowana.

**Rola czynników biologicznych–genetycznych w modelu.** Zaburzenia neurorozwojowe w schizofrenii mają tło genetyczne. Wyodrębniono kilka genów podatności na zachorowanie na schizofrenię, które jednocześnie biorą udział w procesach neurorozwojowych (np. neuregulina1, DISC1, TCF4, mir137, neurogranina, neureksyna1). Geny związane z dopaminą były szeroko badane w schizofrenii, szczególnie geny receptorów dopaminy i katechol-O-metylo-transferazy (COMT), kluczowego enzymu, który bierze udział w rozkładzie dopaminy. Wyniki badań wskazywały na istniejące niespójności [Rapoport i wsp., 2012]. Pośrednim dowodem, że zaburzenia genetyczne są istotne w patogenezie schizofrenii jest obraz zespołu delecji 22q11.2, zespołu DiGeorge’a, związanego z zaburzeniami neurorozwojowymi i jednocześnie około 25-krotnie większym ryzykiem schizofrenii [Grayton i wsp., 2012]. Nadwrażliwość postsynaptyczna na dopaminę może przyczyniać się do wystąpienia psychozy. Jest ona związana z wariantami genów

i zmienioną ekspresją białek uczestniczących w transdukcji sygnału postsynaptycznego, takich jak AKT1, GSK-3 $\beta$  i DARPP-32. Badania przedkliniczne wskazują, że zmiany na tych szlakach mogą radykalnie zmienić funkcję związaną z dopaminą [Kunii i wsp., 2011; Emamian, 2012]. Hipoteza neurorozwojowa sformułowana przez Weinbergera, Murraya i Crowa w latach 80. XX wieku podkreślała, że schizofrenia wynika z deficytów strukturalnych mózgu oraz dysfunkcjonalnej aktywności neuronów, które powstają w trakcie nieprawidłowego rozwoju mózgu w okresie życia płodowego. Teoria ta opierała się wówczas na trzech głównych liniach dowodów. Po pierwsze widoczny był związek między obecnością prenatalnych i okołoporodowych czynników ryzyka i schizofrenii. Po drugie w innych badaniach zaobserwowano występowanie miękkich objawów neurologicznych u dzieci, u których później rozwinęły się objawy schizofrenii. Po trzecie, badania obrazowe u innych badaczy wykazały, że strukturalne wady mózgu były obecne na początkowym etapie rozwoju schizofrenii, podczas gdy badania pośmiertne nie wykazały żadnych oznak neurodegeneracji [Howes i Murray, 2014]. Udowodniono także udział innych biologicznych czynników kształtujących wysoką podatność na stres, takich jak niska masa urodzeniowa, cięcie cesarskie, niedotlenienie i powikłania okołoporodowe. Są one związane ze zwiększonym ryzykiem schizofrenii, podobnie jak prenatalne narażenie na infekcje wirusowe [Crow, 1985; Weinberger, 1986; Murray i Lewis, 1987; Cannon i wsp., 2002; Brown i Derkits, 2010; Khandaker i wsp., 2012; Howes i Murray, 2014; Murray i wsp., 2017].

***Rola czynników środowiskowych.*** Kolejne badania pogłębiły wiedzę nad wpływem czynników psychospołecznych i rodzinnych na rozwój schizofrenii i potwierdziły ich znaczenie w omawianym modelu. Read i Gumley [2008] wskazali cztery grupy czynników psychospołecznych mających szczególnie związek z powstaniem schizofrenii. Według nich są to te same czynniki ryzyka, które wiążą się z powstaniem innych zaburzeń psychicznych, a wiele z nich jest związanych z tworzeniem bezpiecznego przywiązania.

*Bieda, życie w mieście, grupa etniczna, status migranta:* Brytyjskie badanie pokazuje, że dzieci wychowywane w gorszej sytuacji socjoekonomicznej miały osiem razy większe ryzyko rozwinięcia schizofrenii niż grupa kontrolna [Harrison i wsp., 2001]. W innym badaniu wskazano, że dzieci z ubogich rodzin, w których nie było osób chorujących na schizofrenię miały siedmiokrotnie zwiększone ryzyko zachorowania. Pedersen i Mortensen [2001] podkreślają, że osoby mieszkające w obszarze wysoko zurbanizowanym miały większe ryzyko rozwoju schizofrenii. Znaczenie ma też długość mieszkania w takich warunkach: im dłuższy czas, tym większe ryzyko. W ich badaniu ryzyko przy zamieszkaniu 5-letnim było 1,4 razy większe niż w populacji zamieszkałej w obszarze mniej zurbanizowanym, a przy 15-letnim aż 2,75 razy większe. Wskaźnik zapadalności na

schizofrenię u wszystkich mniejszości etnicznych w Wielkiej Brytanii był 3,6 razy większy niż w populacji ogólnej [King i wsp., 1994].

*Nadużycia i zaniedbanie dzieci.* Uśrednione wyniki z sześciu badań osób zdiagnozowanych jako „chorujący na schizofrenię” wskazały, że nadużycia emocjonalne były obecne u 47% badanych, zaniedbanie emocjonalne u 51%, a zaniedbanie fizyczne u 41% [Read i wsp., 2008].

*Utrata rodzica.* Morgan i wsp. [2017] zbadali 390 osób z pierwszym epizodem psychozy i odkryli, iż w porównaniu z grupą kontrolną, w grupie osób badanych 2,4 razy częściej nastąpiło oddzielenie od jednego lub obojga rodziców przed 16 rokiem życia, 3,1 razy częściej wystąpiła śmierć jednego z rodziców i aż 12,3 razy częściej śmierć matki.

*Niechciane ciążę.* Niechciane ciążę często są związane ze słabym funkcjonowaniem społecznym i emocjonalnym [Read i Gumley, 2008]. W fińskim badaniu [Myhrmn i wsp., 1996] na grupie 11 000 osób wykazano, że dzieci matek, które zaszły w niechcianą ciążę 2,5 razy częściej miały diagnozę schizofrenii.

*Kumulacja traumy.* Shevlin i wsp. [2008] pokazali w swoim badaniu, że osoby, które doświadczyły trzech rodzajów traumy (m. in. nadużyć seksualnych, przemocy fizycznej, przemocy psychicznej, zaniedbania fizycznego) 18 razy częściej miały objawy psychotyczne niż osoby bez takich doświadczeń, a osoby, które doświadczyły pięciu rodzajów traumy aż 193 razy częściej miały psychozę. Schmitt i wsp. [2019] zwrócili uwagę na fakt, że osoby ze stanem bardzo wysokiego ryzyka rozwoju psychozy (ang. ultra-high risk, UHR) częściej miały pozytywny wywiad w kierunku traumy dziecięcej, takiej jak nadużycia seksualne i emocjonalne, a także emocjonalne i fizyczne zaniedbanie. Emocjonalne zaniedbanie w szczególności korespondowało z objawami paranoidalnymi. Podobne wyniki uzyskała Frydecka i wsp. [2020]: trauma dziecięca bezpośrednio zwiększała ryzyko wystąpienia doświadczeń podobnych do objawów psychotycznych (ang. psychotic-like experiences; PLEs).

### ***2.2.2. Rola zdrowienia w biopsychospołecznym modelu***

Koncepcja zdrowienia, odzyskiwania zdrowia (ang. recovery) rozwija się od początku lat 60. XX wieku. Termin ten ma dwa podstawowe znaczenia: pierwsze, tradycyjne, to zdrowienie w sensie klinicznym, tj. remisja objawowa oraz powrót do pracy/nauki, zdolność do samodzielnego funkcjonowania oraz utrzymywanie relacji społecznych w okresie przynajmniej 2-letnim. Drugie znaczenie recovery powstało w wyniku chęci uczestniczenia pacjentów w procesie leczenia, a także ich potrzeby zaangażowania w kształtowanie opieki psychiatrycznej. Ta definicja nie odnosi się wyłącznie do modelu stricte medycznego, jest postrzegana jako proces odbudowy znaczenia

przynależności do społeczeństwa i pozytywnego odbioru siebie mimo ograniczeń spowodowanych chorobą [Davidson i wsp., 2007; Amering i Schmolke, 2009; Slade, 2009; Thornicroft i wsp., 2011]. Według Muesera i Gingericha [2011] zdrowienie to proces, w trakcie którego osoba chorująca staje się w pełni zdolna do życia, pracy, nauki i uczestniczenia w życiu społecznym w swoim otoczeniu. Pozwala to na dokonanie pewnych wyborów i wyznaczenie najważniejszych dla siebie celów zdrowienia.

Definicja zdrowienia z perspektywy psychiatrycznej została przyjęta dosyć powszechnie za Libermanem [2002], który widział schizofrenię w jej wielu wymiarach. Wyróżnił cztery kryteria: remisja objawowa, funkcjonowanie zawodowe, niezależne życie i utrzymywanie relacji. Remisja objawowa oznacza poziom objawów pozytywnych i negatywnych określonych za pomocą skali BPRS (Brief Psychiatric Ratings Scale) ocenionych na mniej niż „4” w okresie dwóch kolejnych lat. Funkcjonowanie zawodowe dotyczy zatrudnienia lub nauki przez przynajmniej połowę czasu w ostatnich dwóch latach. Samodzielne funkcjonowanie, brak potrzeby nadzoru, samodzielne zarządzanie pieniędzmi i organizacja podstawowych czynności życia codziennego oznacza samodzielne życie, a utrzymywanie relacji stawia wymóg przynajmniej jednego w tygodniu kontaktu z osobami spoza rodziny. Anthony [1993] podkreślił, że zdrowienie oznacza nie tylko odzyskanie swojej roli życiowej, ale także „zdrowienie” z diagnozy choroby psychicznej, zmierzenie się ze stygmatyzacją, czy negatywnymi skutkami braku zatrudnienia. Według niego jest to problem, który może mieć podobną wagę, co objawy choroby. Z kolei Onken i wsp. [2007] analizowali proces zdrowienia skupiając się na kluczowych elementach z nim związanych: nadziei samostanowieniu, sprawczości, poczuciu sensu/celu i świadomości/możliwościach. Ich rozwój może wpływać na zdrowienie w sposób pozytywny, a ich zaniedbanie w sposób negatywny.

W badaniu Cechnickiego [2011] przedstawiono ocenę przebiegu schizofrenii w perspektywie wieloletniej. Po 20 latach pełne wyzdrowienie — bez brania leków stwierdzono u 11% badanych, a przy poszerzonym kryterium uwzględniającym remisję objawową, posiadanie bliskich relacji społecznych i pracy odsetek pacjentów wyniósł 22%. W ciągu 20 lat prawie połowa pacjentów (45%) z badanej grupy prezentowała cechy okresowego zdrowienia na różnie długi okres czasu. Zaobserwowano również, że udział w środowiskowym programie leczenia w pierwszych trzech latach od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej zwiększał odsetek odległych wyników zdrowienia po dwunastu latach z 36% do 54%, oraz że grupa posiadająca lepszą zdolność do budowania satysfakcjonujących relacji poza kręgiem rodziny wykazywała dwukrotnie więcej przypadków zdrowienia.

Davidson i wsp. [2005] wyróżniają dziewięć podstawowych składowych koncepcji zdrowienia w poważnych chorobach psychicznych:

- wsparcie ze strony innych — proces zdrowienia nie odbywa się w samotności. Istotne jest niezależne funkcjonowanie w społeczeństwie, otrzymywania wsparcia od osób z otoczenia oraz spełnianie ról społecznych — wspierające otoczenie pomaga w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach oraz razem z pacjentem cieszy się z jego sukcesów,
- zachowanie nadziei — nadzieja i wiara w odzyskanie poczucia własnej wartości oraz celu w życiu wzmocnione chęcią i motywacją do zmiany są kluczową częścią procesu zdrowienia,
- zaangażowanie w znaczące aktywności — rozwijanie i zajmowanie ról społecznych oraz dawanie wartościowego wkładu w społeczeństwo,
- nowe zdefiniowanie siebie — uznanie choroby psychicznej jako jednego z aspektów wielowymiarowej tożsamości, a nie przyjmowanie roli osoby chorującej psychicznie,
- uznanie choroby — uznanie i zaakceptowanie ograniczeń wynikających z choroby, co pomaga odkryć talenty i możliwości, pomagające osiągnąć cele życiowe, pomimo obecności niepełnosprawności,
- radzenie sobie ze stygmatyzacją — pacjenci muszą poradzić sobie ze społecznym naznaczeniem choroby tak samo jak z objawami chorobowymi. Koncepcja zdrowienia zawiera w sobie rozwijanie odporności na stygmatyzację i aktywne walczenie z jej przejawami,
- przejmowanie kontroli — pacjenci muszą podjąć odpowiedzialność za swoje życie i leczenie, uznając swój wkład jako kluczowy element mający wpływ na proces zdrowienia. Osoby chorujące muszą mieć szansę, dokonywania wyborów i mieć świadomość podejmowania ryzyka i porażki, nauki na własnych błędach oraz satysfakcji z sukcesów,
- radzenie sobie z objawami — zmiana w kontekście terapeutycznym polega na przesunięciu z korzystania z usług medycznych na aktywne uczestniczenie i korzystanie z leczenia w kontekście kontroli objawów,
- stawanie się mocniejszym, umacnianie (ang. empowerment) — wymaganie takich samych praw i odpowiedzialności jak inni obywatele.

Tak rozumiany proces zdrowienia daje szansę na odzyskanie lub odkrycie satysfakcjonujących obszarów i wpływu na własne życie. Slade i wsp. [2014] wskazują, że zdrowienie powinno być nadrzędnym celem integrującym wysiłki wszystkich jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej i opisuje cztery kluczowe wartości, które wspierają proces zdrowienia: nastawienie na osobę, osobiste zaangażowanie, samookreślenie/wybór i wzrost możliwości. Osoby chorujące bardziej doceniają personel wykazujący zainteresowanie także innymi obszarami ich życia, a nie skupiające

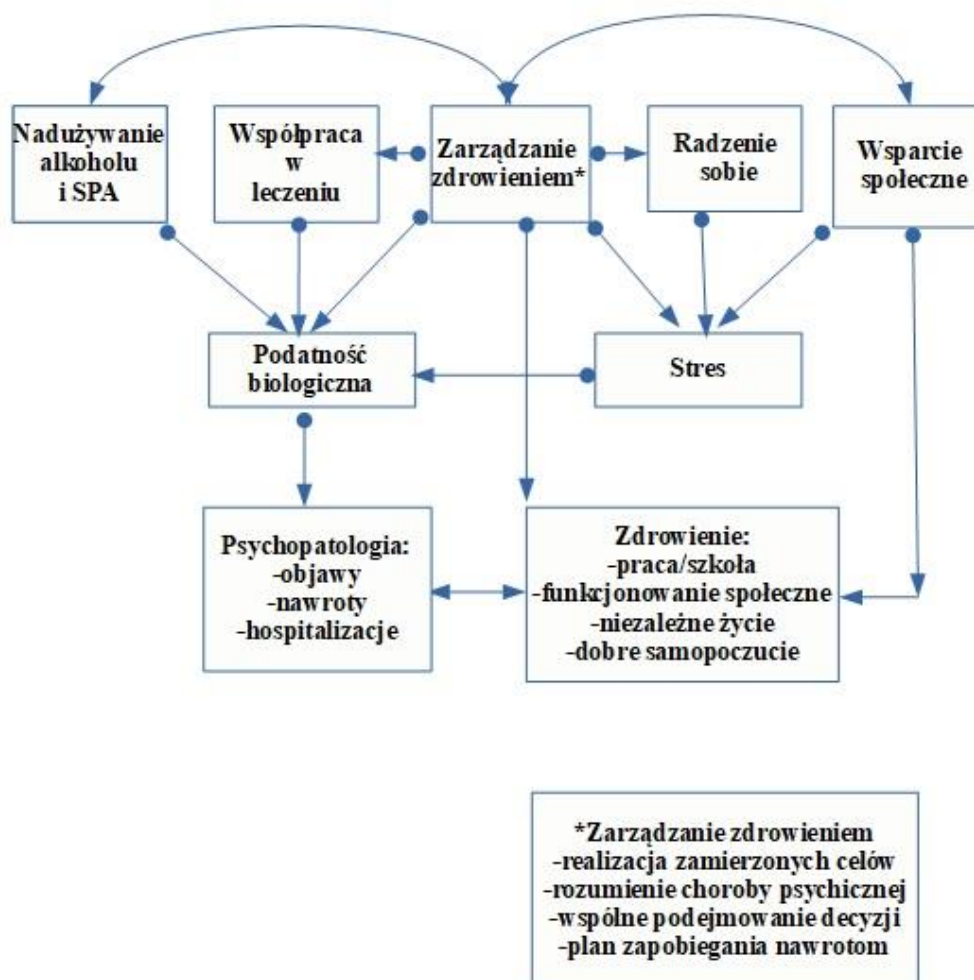
się tylko na ich roli pacjenta. Recovery koncentruje się na wsparciu i rozwoju talentów i mocnych stron, a nie na deficytach. Zorientowanie na osobę oznacza promowanie dostępu do jej zasobów, nie tylko tych związanych ze zdrowiem. Osobiste zaangażowanie oznacza włączenie pacjenta w proces podejmowania decyzji dotyczących jego leczenia — badania donoszą, że aktywni pacjenci mają lepszy wynik leczenia [Carlsson i wsp., 1999; Mueser i wsp., 2013].

Kępiński [1972; 1978] uważa, że by wejść w świat chorego, trzeba przede wszystkim zdobyć jego zaufanie. Psychiatra powinien być dla chorego zawsze tą osobą, przed którą może on się bezpiecznie odstąpić, która nie będzie go osądzała ani potępiała, która będzie starała się go zrozumieć i w miarę możliwości mu pomóc. W jego opinii fundamentalną rolę w leczeniu odgrywa relacja pomiędzy pacjentem a jego terapeutą i tworzenie z chorym wspólnego świata. Kępiński oczekiwał indywidualnego traktowania każdego pacjenta i podejścia terapeutycznego pobudzającego proces zdrowienia. Zachęcał do uczenia chorych, aby kierowali swoim leczeniem i uważał ich za ekspertów od własnych przeżyć. Cechnicki [2009b] odwołując się do podejścia medyczno-społecznego wskazuje niezbędne w procesie zdrowienia elementy, w których zawierają się: rozwijanie relacji z pacjentem i rodziną, wrażliwość w postrzeganiu i reflektowaniu; budowanie poczucia bezpieczeństwa, zaufania i pewności; ostrożne odkrywanie związków pomiędzy chorobą a biografią oraz staranne odnajdywanie i przygotowywanie indywidualnej drogi powrotu z choroby do życia w zdrowiu [Cechnicki, 2009b]. Nawiązując do wspomnianych podstawowych zasad sformułowanych przez Antoniego Kępińskiego psychiatry coraz powszechniej uważają, że empatyczne słuchanie chorego, wyczulenie zarówno na kontakt pozawerbalny, jak i gotowość podążania za tym, co rozmowa wniesie w rozumienie pacjenta, umożliwiają nawiązanie kontaktu z chorym [Kłapciński i Rymaszewska 2015]. Wiesław Łukaszewski w recenzji wydawniczej książki Arnhild Lauveng „Po drugiej stronie lustra. Wygrana wojna ze schizofrenią” [Lauveng, 2008] podkreśla, że psychiatra powinien w swojej postawie wyrażać nadzieję na wyzdrowienie, a cele leczenia formułować szerzej niż tylko w oparciu o poprawę objawową: *Nawet wtedy, gdy nie ma już żadnego wyjścia, kiedy jesteś pod ścianą, warto wierzyć zarówno w siebie samego, jak i w dary ślepego losu.* Jest to myśl, która przyświeca postawie związanej z psychiatrią środowiskową. Ważny jest nie tylko wynik leczenia i redukcja objawów, ale kontakt emocjonalny, więź, zaufanie i dawanie nadziei.

*Związek modelu V-S z modelem zdrowienia.* W oparciu o model V-S można na dwa sposoby oddziaływać na przebieg psychozy: albo wpływając na biologiczną podatność np. poprzez stosowanie leków przeciwpsychotycznych, unikanie substancji psychoaktywnych, albo redukując poziom stresu np. poprzez budowanie wsparcia społecznego i wzmacnianie odporności na stres

[Lieberman i wsp., 1986]. Mueser i Gingerich [2011] rozszerzyli model V-S o model zdrowienia (Rys. 2.2.).

Rozszerzony model podatność - stres



Rysunek 2.2. Rozszerzony o zdrowienie model V-S

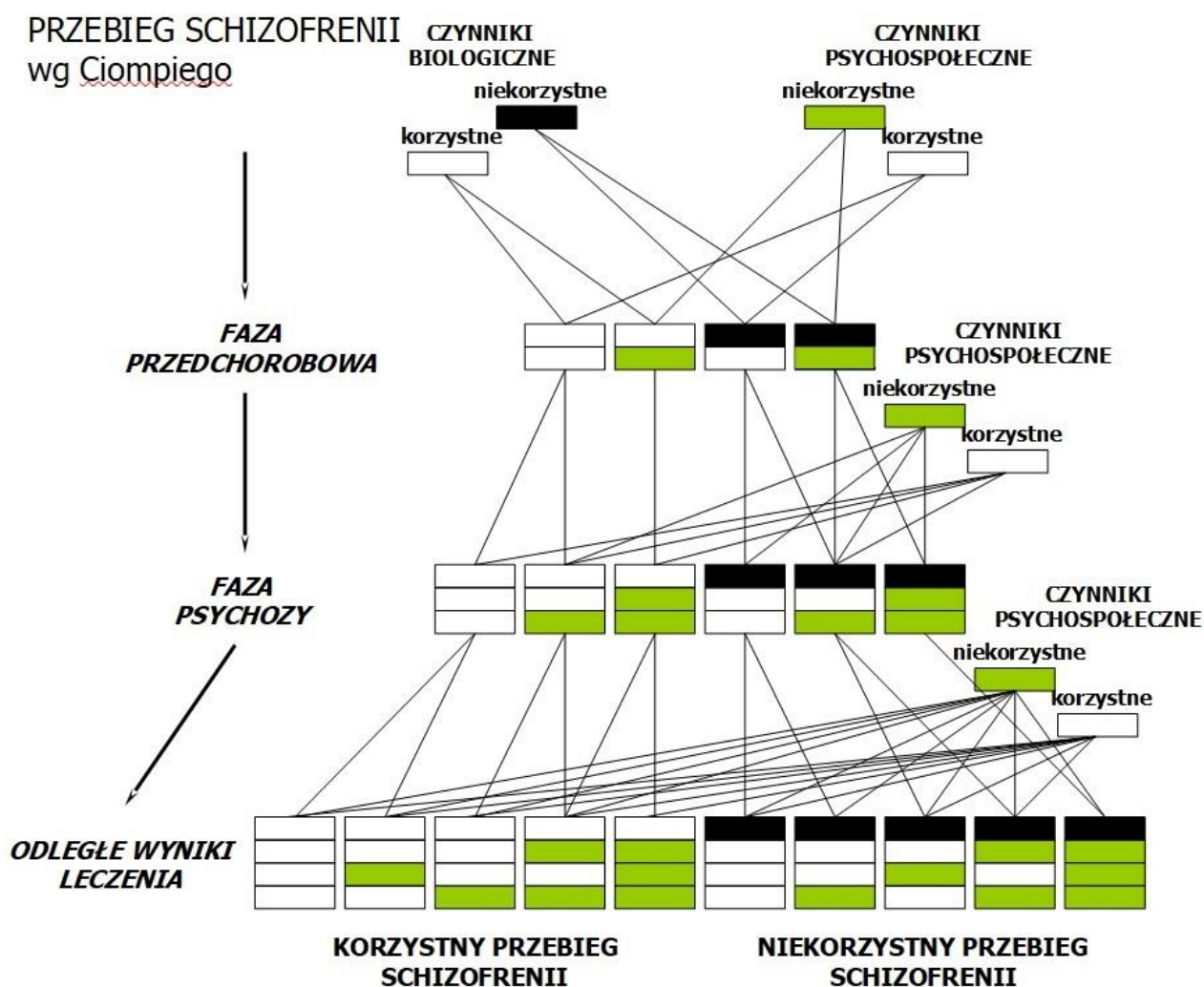
Rozszerzony o zdrowienie model V-S wskazuje na znaczenie wpływu pacjenta na proces leczenia poprzez jego udział w planowaniu celów i metody leczenia, a także rozwoju umiejętności radzenia sobie z chorobą, aby móc osiągać założone cele [Mueser i wsp., 2013]. Jako miary wyniku leczenia, obok poprawy objawowej, przyjęto funkcjonowanie w rolach społecznych i dobrostan psychiczny, a do czynników wpływających na podatności na stres włączono umiejętności zarządzania odzyskiwaniem zdrowia.



## 2.3. Czynniki wpływające na przebieg choroby i rokowanie

Badania nad przebiegiem schizofrenii, które były przeprowadzane w latach 70. i 80. XX wieku pokazywały duże zróżnicowanie przebiegu choroby, ale zwykle nie skupiały się na czynnikach, które wpływały na końcowy wynik leczenia [Harding, 1988]. Różnorodne wyniki leczenia sugerują, że poszukiwanie czynników wpływających na przebieg choroby jest bardzo istotne, zwłaszcza na wczesnym jej etapie [Carpenter i wsp., 1991]. Ich identyfikacja może przyczynić się do zróżnicowania możliwości terapeutycznych w zależności od indywidualnej potrzeby.

Na ryc. 2.3. przedstawiono koncepcję przebiegu schizofrenii według Ciompiego. Przebieg niekorzystny determinuje wystąpienie czynników biologicznych (niemodyfikowalnych). Korzystne rokowanie dają czynniki psychospołeczne (modyfikowalne).



Rysunek 2.3. Przebieg schizofrenii wg Ciompiego [Ciompi, 1984; 1997]

Liberman i wsp. [2002] opisali dziesięć podstawowych czynników związanych z korzystnym rokowaniem w schizofrenii: kontekst rodzinny, abstynencja od substancji psychoaktywnych, krótszy czas nieleczonej psychozy, dobra odpowiedź na neuroleptyki, współpraca w leczeniu, wspierający sojusz terapeutyczny, dobre funkcjonowanie poznawcze, brak objawów deficytowych, dobre funkcjonowanie przedchorobowe, dostęp do wszechstronnego, koordynowanego i ciągłego leczenia.

*Kontekst rodzinny:* Badania wskazują na znaczenie wspierającej rodziny lub opiekunów, którzy zachęcają i pozytywnie wzmacniają stopniowy postęp pacjenta w realizacji realnych oczekiwań co do swojej roli społecznej i emocjonalnej.

Prace Browna i Ruttera [1966] oraz Vaughena i Leffa [1976] dotyczące koncepcji ekspresji emocji (EE) wskazały ważną rolę psychoedukacji w pracy z rodzinami pacjentów chorujących na schizofrenię. W wielu badaniach potwierdzono, że wskaźnik EE ma związek z liczbą nawrotów choroby i rehospitalizacji [Vaughn i Leff, 1976; Miklowitz i wsp., 1986; Marom i wsp., 2005; Cechnicki i wsp. 2010; 2013a; Carrà i wsp., 2012]. Pacjenci, których rodziny charakteryzowały się niższym wskaźnikiem ujawnianych uczuć, zarówno negatywnych (wrogość, krytyczne komentarze, naduwikłanie emocjonalne), jak i pozytywnych (ciepło, pozytywne uwagi) mieli mniej nawrotów [Amaresha i Venkatasubramanian, 2012; Kordas i wsp., 2015]. Wskaźnik ekspresji emocji (ang. expressed emotions, EE) i jego komponenty: krytyczne komentarze (CC — critical remarks), emocjonalne naduwikłanie (EOI — emotional over involvement) i wrogość są związane z wynikami leczenia u pacjentów z rozpoznaniem psychozy. Wysoki poziom ekspresji emocji (EE) w rodzinach osób chorujących na schizofrenię był związany z jej gorszym przebiegiem mierzonym większą liczbą nawrotów, większą liczbą rehospitalizacji i czasu spędzonego w szpitalu, a także większym nasileniem objawów pozytywnych [Vaughn i Leff, 1976; Miklowitz i wsp., 1986; Marom i wsp., 2005; Cechnicki i wsp., 2010; 2013a; Carrà i wsp., 2012]. W badaniach Cechnickiego i wsp. [2010; 2013a] wykazano, że wskaźnik EE jest specyficznym predyktorem nawrotu i rehospitalizacji zarówno we wczesnych, jak i odległym przebiegu schizofrenii.

Wcześniej opisywane i oceniane wskaźniki zaburzonego funkcjonowania systemu rodzinnego — spaczona komunikacja (communication deviance, CD) i styl uczuciowy (affective style, AS) — również mają znaczenie rokownicze. Podjęto próbę wyjaśnienia roli czynników rodzinnych na rozwój schorzeń z grupy schizofrenii u adolescentów i zmierzono odchylenia w komunikacji rodziców (communication deviance, CD) oraz style uczuciowe (affective style, AS). Wyniki oceniono po 5 latach. Brak patologicznych stylów komunikacji rodziców był związany z łagodnym przebiegiem choroby, natomiast u dzieci rodziców, u których zaobserwowano zarówno spaczoną

komunikację (CD) jak i patologiczny styl uczuciowy (AS) w wieku dorosłym pacjentów częściej obserwowano występowanie schorzeń z grupy schizofrenii [Doane i wsp., 1981].

Trudności w funkcjonowaniu rodzinnym mogą być dodatkowo związane z brakiem wsparcia, bezradnością, stygmatyzacją chorego członka rodziny, a praca nad nimi jest jednym z celów działania opieki środowiskowej.

*Abstynencja od substancji psychoaktywnych.* Problem używania substancji psychoaktywnych u pacjentów chorujących na schizofrenię jest znacznie częstszy niż w populacji ogólnej i wynosi około 47% [Regier i wsp., 1990]. Ta szczególna grupa pacjentów wymaga większej uwagi. Nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych pogarsza rokowanie oraz zwiększa częstość nawrotów [Swofford i wsp., 1996].

*Krótszy czas nieleczonej psychozy.* Czas nieleczonej psychozy (ang. duration of untreated psychosis, DUP) jest potencjalnie modyfikowalnym czynnikiem, który wpływa na wynik leczenia schizofrenii. Dłuższy czas trwania nieleczonej psychozy determinuje gorszy kliniczny, funkcjonalny i poznawczy wynik leczenia [Loebel i wsp., 1992; Cechnicki i wsp., 2013a; 2013b; Penttilä i wsp., 2014; Díaz-Caneja i wsp., 2015].

*Dobra odpowiedź na neuroleptyki.* Dobra odpowiedź na neuroleptyki w pierwszym okresie leczenia jest pozytywnym czynnikiem rokowniczym. Według Corrella i wsp. [2003] pacjenci z minimalną poprawą w zakresie objawów pozytywnych w pierwszym tygodniu leczenia prawdopodobnie nie odpowiedzą na leczenie również po 4 tygodniach. W badaniu Awada i Hogana [1985] wykazano, że pacjenci, którzy odpowiedzieli na leczenie po 24 i 48 godzinach od rozpoczęcia podawania leków mieli lepszy dalszy wynik leczenia.

*Współpraca w leczeniu.* Skuteczność leków przeciwpsychotycznych w leczeniu schizofrenii jest dobrze udokumentowana. Brak współpracy w leczeniu jest negatywnym czynnikiem rokowniczym: odstawienie zaleconych leków wpływa negatywnie na krótkoterminową i długoterminową stabilizację stanu psychicznego, a w szczególności na wystąpienie objawów psychotycznych, zwiększenie liczby hospitalizacji, ma negatywny wpływ na relacje społeczne, zwiększa prawdopodobieństwo spożywania substancji psychoaktywnych oraz zachowań agresywnych [Weiden i wsp., 1997].

*Wspierający sojusz terapeutyczny.* Według Libermana i wsp. [2001] istnieją cztery grupy kompetencji niezbędnych do tego, aby świadczyć opiekę opartą na evidence-based medicine (EBM): postawy i emocje, mądrość i doświadczenie kliniczne, ogólne umiejętności terapeutyczne i umiejętności utrzymywania relacji oraz wiedza i umiejętności w zakresie diagnozy, psychopatologii, psychofarmakologii, systemów rodzinnych i społecznych, kompetencji kulturowych, interwencji psychospołecznych i innych aspektów dotyczących diagnozy i leczenia.

Trzy pierwsze dotyczą zasobów osobistych terapeutów i ich umiejętności tworzenia relacji, bez których nie da się stworzyć dobrego sojuszu terapeutycznego. Do kluczowych umiejętności w relacjach należą: empatia, tolerancja, troska, ciepło i entuzjizm oraz realistyczny optymizm co do perspektyw, a także szacunek dla zasobów i celów pacjenta.

*Dobre funkcjonowanie poznawcze.* Funkcjonowanie poznawcze pacjentów na wczesnym etapie schizofrenii jest szczególnie interesujące dla badaczy, ponieważ interwencje w tym zakresie mogą zapobiegać rozwojowi przewlekłej niepełnosprawności. W badaniu Nuechterleina i wsp. [2011] oceniano wpływ czynników poznawczych na rozwój choroby u pacjentów, którzy przeżyli pierwszy epizod psychozy. Uzyskano potwierdzenie, że ich rola w procesie zdrowienia, a w szczególności w umożliwieniu powrotu do pracy/nauki jest kluczowa. Interwencje wpływająca na poprawę wczesnych deficytów poznawczych są bardzo istotne w perspektywie próby zapobiegania przewlekłej niepełnosprawności [Nuechterlein i wsp., 2011]. Według Díaz-Caneja i wsp. [2015] niski iloraz inteligencji i niski poziom antyoksydantów determinują niższy poziom wglądu i gorsze wyniki funkcjonalne leczenia. Według tych autorów należy zwrócić uwagę na czynniki modyfikujące funkcjonowanie poznawcze pacjentów.

*Brak objawów deficytowych.* Ocena występowania objawów negatywnych w pierwszym roku leczenia schizofrenii pozwala przewidzieć funkcjonowanie w ciągu kolejnych 12 miesięcy, a także występowanie objawów negatywnych 8 lat później. Objawy negatywne wydają się być kolejnym ważnym celem interwencji determinujących proces zdrowienia [Ventura i wsp., 2015].

*Dobre funkcjonowanie przedchorobowe.* McGlashan [1988] uważa, że funkcjonowanie przedchorobowe jest jednym z istotnych czynników wpływających na wynik leczenia. Wśród czynników determinujących gorszy wynik leczenia wyróżnia się płeć męską, wczesny wiek zachorowania, podstępny początek, mniejszą aktywność zawodową, gorsze funkcjonowanie społeczne i długi okres występowania objawów prodromalnych. W badaniu Heinssena i wsp. [2000] oceniano skuteczność treningu umiejętności społecznych i możliwość wpływu na czynniki związane z funkcjonowaniem przedchorobowym. Wyniki są zachęcające, natomiast temat wymaga dalszych badań.

*Dostęp do wszechstronnego, koordynowanego i ciągłego leczenia.* Jak już wspomniano w podrozdziale 1.4.5. niniejszej pracy w najnowszej literaturze [Petersen i wsp., 2005, Díaz-Fernández i wsp., 2019; Schöttle i wsp., 2019] w leczeniu pacjentów chorujących na schizofrenię podkreśla się większą skuteczność intensywnego, wyspecjalizowanego, dopasowanego do potrzeb programu terapeutycznego w porównaniu do standardowej opieki środowiskowej.

### ***2.3.1. Rola sieci społecznej w leczeniu schizofrenii***

Sieć społeczna ma znaczenie zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego, pomaga radzić sobie ze stresorami społecznymi i wpływa na poprawę jakości życia [Cohen i Wills, 1985]. Badania Holta-Lunstada i wsp. [2010; 2015] pokazują, że izolacja społeczna wpływa na zwiększenie współchorobowości i śmiertelności, także u osób, które nie leczą się psychiatrycznie. Mimo tych niewątpliwych korzyści relacje społeczne nie zawsze pełnią funkcję wspierającą, mogą być źródłem konfliktów i stresu [Throits, 2011], a u pacjentów chorujących na schizofrenię mogą wpływać na nawrót choroby i rehospitalizację (podkreślić należy znaczenie opisywanego w rozdziale 2.2. niniejszej pracy wskaźnika ekspresji emocji, EE). Szczególnie ważną rolę u chorujących na schizofrenię pełni właściwie rozwinięta sieć społeczna: wpływa na komfort psychiczny, funkcjonowanie społeczne i częstotliwość korzystania z opieki zdrowotnej [Becker i wsp., 1997]. Przez sieć społeczną pacjenci mogą otrzymywać wsparcie społeczne: emocjonalne — które obejmuje przekazywanie emocji podtrzymujących, uspokajających, okazywanie troski; ma na celu budowanie poczucia bezpieczeństwa, opieki i przynależności, informacyjne — polegające na wymianie informacji mających polepszyć poprawę zrozumienia swojej trudnej sytuacji życiowej przez osobę wspieraną i instrumentalne — przyjmujące formę instruktażową, dotyczące przekazywania wiedzy na temat sposobów postępowania [Pinto, 2006]. Cohen i Sokolovsky [1978] wskazują, że istnieją dwa kluczowe czynniki wpływające na ryzyko hospitalizacji: poziom objawów i sieć społeczna. Becker i wsp. [1997] pokazują, że zapewnienie odpowiedniej sieci społecznej i wsparcia społecznego zmniejszało prawdopodobieństwo hospitalizacji i zwiększało potrzebę korzystania z form opieki ambulatoryjnej. Z kolei Hammer [1963] odkrył, że pacjenci byli hospitalizowani częściej, kiedy ich sieć społeczna miała dużą gęstość, a jej członkowie wykazywali postawy krytyczne.

Becker i wsp. [1998] wskazali na zależność między wielkością sieci społecznej a jakością życia — większa sieć społeczna korelowała z lepszą jakością życia. Bengtsson-Tops i Hansson [2001] opisali sieci społeczne 120 pacjentów chorujących na schizofrenię oraz ich relację z jakością życia. Wyższy poziom satysfakcji z kontaktów społecznych był bezpośrednio związany z lepszą jakością życia. Także w badaniu Cechnickiego i wsp. [2007] uzyskano podobny wynik — wyższy poziom wsparcia społecznego wiązał się z lepszą subiektywną satysfakcją z jakości życia. Według Gayer-Anderson i Morgana [2013] wycofanie społeczne może pełnić funkcję mechanizmu obronnego, ale na dłuższą metę ogranicza dostępność wsparcia społecznego, co w konsekwencji zwiększa ryzyko niekorzystnego przebiegu schizofrenii. Z kolei Beels [1981] podkreśla, że sieć społeczna nie wiąże

się ze stwierdzeniem „im więcej tym lepiej”, a liczne relacje mogą być dla części pacjentów bardziej przeciążeniem niż wsparciem.

Sieć społeczna osób chorujących na schizofrenię ma szczególne właściwości: jest mniejsza niż u osób zdrowych oraz składa się głównie z członków rodziny. Pacjenci zwykle mają trudności w tworzeniu i utrzymaniu relacji społecznych, ich relacje nie charakteryzują się wzajemnością [Cohen i Sokolovsky, 1978; Pattison i Pattison, 1981; Macdonald i wsp. 2000]. Pattison i Pattison [1981] podkreślają, że do sieci chorujących na schizofrenię często włączone są osoby, z którymi pacjenci pozostają w krótkotrwałym związku: np. pielęgniarka, czy znajomy z oddziału, a jednocześnie wykluczane są z nich inne, np. przyjaciele. Duża grupa pacjentów nie była zadowolona ze swoich kontaktów i wskazywała potrzebę posiadania większej liczby przyjaciół, którzy mogliby ich odwiedzać, czy większej liczby osób, do których mogliby się zwrócić z problemem [Bengtsson-Tops i Hansson, 2001]. W tym samym badaniu jedna trzecia pacjentów nie miała relacji, w których mogliby dzielić się szczęściem, odczuwać zaufanie czy wdzięczność.

Badania pokazują, że hospitalizacje przyczyniają się do negatywnych zmian w sieci społecznej; wpływają zarówno na jej zmniejszenie, jak i na utratę bliskich relacji [Lipton i wsp., 1981]. Cechnicki i Wojciechowska [2007] analizowali związek między właściwościami sieci społecznej a subiektywną satysfakcją z leczenia siedem lat od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej i wykazali, że pacjenci z większą siecią, o wyższym poziomie oparcia społecznego mieli większą subiektywną satysfakcję z leczenia. Pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinni skupić się na interwencjach wpływających na rozwój sieci społecznej pacjentów, co może spowodować, że będą oni lepiej radzić sobie z chorobą [Pinto, 2006], a także poczują większą satysfakcję z kontaktów społecznych [Benngtsson-Tops i Hansson, 2011]. Interwencje psychospołeczne, które pomagają zbudować i utrzymać sieć społeczną mogą wpływać na pozytywny wynik leczenia schizofrenii [Degnan i wsp., 2018].

Tee i wsp. [2020] zwracają uwagę na aspekty, które mogą pomóc pacjentom z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych w rozwinięciu sieci społecznej: znalezienie odpowiedniego członka zespołu i jego przeszkolenie, dyskusja na temat negatywnych postaw społecznych i wcześniejszych doświadczeń pacjenta, podjęcie tematu ambiwalencji, ustalenie, w jaki sposób najlepiej dostarczyć informacji na temat aktywności, ułatwienie dostępu do aktywności społecznych, uzyskanie balansu między wsparciem i niezależnością. Według autorów podejście skoncentrowane na pacjencie i umiejętności komunikacyjne stanowią podstawę do realizacji określonych technik, które mogą pomóc w przezwycięzeniu negatywnych doświadczeń z przeszłości i barier motywacyjnych.

## 2.4. Psychospołeczne programy leczenia schizofrenii

W ciągu ostatnich dziesięcioleci definicja zdrowienia przeszła dużą metamorfozę: w latach 60. i 70. XX wieku celem leczenia była kontrola objawów, utrzymanie stanu remisji i brak potrzeby hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym, w latach 80. XX wieku zwrócono uwagę na potrzebę rehabilitacji, która umożliwiłaby pacjentom pełnienie ról społecznych, jak małżonek, rodzic, pracownik czy uczeń. Od lat 90. XX wieku idea leczenia zwróciła się w kierunku tematu zdrowienia stawiając sobie jako cel dążenie do niezależności, możliwości wzięcia odpowiedzialności za swoje życie i poprawy jego jakości [Drake i wsp., 2003].

Interwencje psychospołeczne zwykle towarzyszą farmakoterapii i mają kluczowe znaczenie w poprawie funkcjonowania i uczestniczenia w życiu społecznym [Mueser i wsp., 2013]. Wyniki badań naukowych dowodzą, że większość interwencji psychospołecznych jest efektywna, a najlepiej udowodniona jest skuteczność psychoedukacji rodzin, treningu umiejętności społecznych i wpływu podjęcia pracy w warunkach chronionych. Obiecujące wydają się interwencje dotyczące art terapii, terapii zajęciowej i terapii ruchem [Gühne i wsp., 2015]. Badania niemieckie pokazują, że mimo wprowadzenia wytycznych co do standardowego zastosowania interwencji psychospołecznych w leczeniu schizofrenii, pacjenci są niedostatecznie informowani na temat tego typu interwencji, a ich zastosowanie jest raczej rzadkie [Breilmann i wsp., 2020]. Breilmann i wsp. wyróżniają siedem obszarów, na które mogą wpływać interwencje psychospołeczne: poprawa wiedzy, poprawa postaw i doświadczeń pacjenta i jego rodziny na temat choroby i leczenia, lepsze wykorzystanie możliwości opieki psychiatrycznej przez pacjenta, poprawa satysfakcji z opieki u pacjenta i opiekunów, zwrócenie uwagi na potrzebę podjęcia leczenia, poprawa jakości życia, wzrost QALY (ang. quality-adjusted life year) — lat życia skorygowanych o jego jakość oraz redukcja obciążenia rodziny. Poniżej szerzej opisano główne rodzaje interwencji psychospołecznych istotne dla pracy zespołów leczenia środowiskowego:

*Psychoedukacja:* Termin psychoedukacja został po raz pierwszy użyty przez Andersona i wsp. [1980], którzy w ten sposób opisali koncepcję terapeutyczną złożoną z czterech elementów: informowanie pacjenta, trening w rozwiązywaniu problemów, komunikacji i pewności siebie. Kolejny kluczowy element w rozwoju psychoedukacji dołożyli McFarlane i wsp. [2003], którzy uwzględnili włączenie rodziny do tego procesu. Równolegle psychoedukacja rozwinęła się w Niemczech, gdzie została zdefiniowana jako działania mające na celu udzielenie pacjentowi i jego opiekunom informacji na temat choroby i możliwości leczenia umożliwiających jej zrozumienie oraz podjęcie osobistej odpowiedzialności za radzenie sobie z nią [Gühne i wsp., 2015]. Bäuml i wsp. [2006] przeprowadzili wielośrodkowe badanie z randomizacją

uwzględniające działania psychoedukacyjne, uzyskując w okresie dwóch lat po zakończeniu psychoedukacji zmniejszenie liczby rehospitalizacji oraz liczby dni spędzonych w szpitalu w grupie nią objętej. Efekt psychoedukacji utrzymywał się po siedmiu latach od jej zakończenia.

W podejściu środowiskowym i w codziennej pracy ZLS największe znaczenie ma właśnie psychoedukacja. Spełnia ona kilka ról, ale głównym jej celem jest osiągnięcie jak najlepszego wyniku leczenia u osoby chorującej na schizofrenię przez wspólne zaangażowanie pacjenta, rodziny oraz zespołu terapeutycznego oraz zmniejszenie obciążenia/cierpienia rodziny pacjenta przez wspieranie jego dążeń do poprawy stanu zdrowia osoby bliskiej. Psychoedukacja dostarcza wiedzy na temat objawów zaburzenia psychicznego, możliwości leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego. Zwraca się uwagę na fakt, że sposób komunikacji między osobą chorującą, a bliskimi może mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na wynik leczenia oraz uczy się opiekunów pacjenta jak poprawić komunikację między członkami rodziny. Ważne jest zwrócenie uwagi na fakt, że opieka nad pacjentem jest obciążająca, więc istotnym elementem psychoedukacji jest pokazanie sposobów radzenia sobie z trudnościami, poszukiwania wsparcia i odbarczenie z trudnych emocji. W okresie remisji ważne jest, aby nauczyć rodzinę jak rozpoznawać objawy zwiastujące nawrót choroby, co daje szansę na wczesne im zapobieganie [McFarlane i wsp., 2003; Cechnicki, 2009a; McFarlane, 2016].

Wyniki metaanaliz i przeglądów systematycznych [Pekkała i Merinder, 2002; Lincoln i wsp., 2007; NICE Clinical guideline; 2009] wskazują na skuteczność psychoedukacji głównie w zakresie redukcji liczby nawrotów i rehospitalizacji (tylko metaanaliza NICE nie wykazała zmian), nie dając zmiany w zakresie stanu psychicznego, funkcjonowania społecznego oraz współpracy w leczeniu. Analizie poddano także program psychoedukacji skierowany dla rodzin. Badania Pitschela-Walza i wsp. [2001], Pillinga i wsp. [2002], Pflammattera i wsp [2006] oraz Pharoa i wsp. [2010] jednoznacznie wskazały na wpływ psychoedukacji rodzin na zmniejszenie liczby nawrotów i rehospitalizacji, a także, w poszczególnych badaniach, na poprawę współpracy [Pilling i wsp., 2002; Pharoah i wsp., 2010], poprawę stanu psychicznego i funkcjonowania społecznego [Pflammatter i wsp., 2006] oraz zmniejszenie obciążenia rodzin [Pilling i wsp., 2003]. Wytyczne sugerują, że program psychoedukacyjny dla rodzin powinien być stosowany powszechnie [Gühne i wsp., 2015].

*Trening umiejętności społecznych:* Pacjenci chorujący na schizofrenię często borykają się z upośledzeniem codziennego funkcjonowania. Według rozszerzonego modelu V-S umiejętności radzenia sobie oraz wsparcie społeczne — oba bezpośrednio związane z umiejętnościami społecznymi — mogą wpływać na zmniejszenie wpływu stresu na pojawienie się nawrotu choroby [Addington i wsp., 2010]. Cechnicki [2009a] wymienia wiele celów, które pacjent może osiągnąć



poprzez trening umiejętności społecznych: przyjęcie współodpowiedzialności za leczenie, trening udanej komunikacji w grupie, trening umiejętności życiowych, trening w zakresie rozwiązywania problemów rodzinnych, trening znoszenia stresu, trening funkcji poznawczych, rozszerzenie ekspresji własnej oraz tworzenie sieci społecznej, która jest bazą dla przyszłego przenoszenia doświadczeń treningowych do realnego życia. Rezultaty metaanaliz dotyczących treningu umiejętności społecznych wskazują na ich skuteczność w zakresie poprawy umiejętności społecznych i funkcjonowania społecznego [Pfammatter i wsp., 2006; Roder i wsp., 2006; Kurtz i Mueser, 2008]. Trening umiejętności społecznych powinien być stosowany zawsze, gdy u pacjenta stwierdza się deficyty w tym obszarze.

*Praca chroniona:* Aktywność zawodowa osób chorujących na schizofrenię ma istotny wpływ na ich funkcjonowanie. Praca wiąże się z szeregiem korzyści — począwszy od wsparcia finansowego, przez wpływ na samoocenę, poczucie posiadania celu, po redukcję objawów [Mueser i wsp., 1997]. Marhawa i Johnson [2004] oraz Kaszyński i Cechnicki [2011] podkreślają, że wskaźnik zatrudnienia osób chorujących psychicznie w Europie i Ameryce Północnej od lat utrzymuje się w przedziale 10–20%. H. Kaszyński [2006] wymienia cztery podstawowe przyczyny wykluczania osób chorujących psychicznie z rynku pracy: niedostateczna liczba miejsc pracy odpowiednich do zapewnienia zatrudnienia dostosowanego do indywidualnych potrzeb beneficjentów; zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji, długotrwała zależność od pasywnych form pomocy społecznej oraz zależność pacjentów od własnych rodziców. Badania wskazują na znaczną przewagę pracy chronionej nad tradycyjnym zatrudnieniem: średnio 65% vs. 26% pacjentów otrzymało pracę [Bond i wsp., 1995; Drake i wsp., 1996; 1999].

*Art terapia, terapia zajęciowa, terapia ruchem:* formy te są bardzo zróżnicowane pod kątem stosowanych technik, ale wszystkie skupiają się na komunikacji niewerbalnej oraz alternatywnych sposobach wyrażania emocji [Gühne i wsp., 2015]. Nieliczne badania z randomizacją [Ruddy i wsp., 2005; Gold i wsp., 2005; Xia i wsp., 2009] pokazują, że dodanie tych form terapii do terapii standardowej może wpływać na poprawę w zakresie redukcji objawów negatywnych schizofrenii.

## **2.5. Rola podejścia systemowego i postawa otwartego dialogu w psychospołecznej terapii schizofrenii**

Powstanie podejścia systemowego w psychiatrii zbiega się w czasie z erą antypsychiatrii oraz próbami podjęcia leczenia schizofrenii. Początkowo w literaturze dominowały koncepcje oskarżające rodzinę — przykładowo Frieda Fromm-Reichman opisała model schizofrogennej matki — które z biegiem czasu ewoluowały w modele opisujące funkcjonowanie rodziny. Za ojca

terapii rodzin uznaje się Nathana Ackermana, ale w rozwoju tego nurtu kluczowe były wpływy wielu prekursorów. Gregory Bateson opisując rodziny chorujących na schizofrenię opracował teorię podwójnego wiązania, Murray Bowen również pracując z takimi rodzinami rozwinął teorię systemów rodzinnych i triangulacji [za: Barbaro, 1997; za: Alanen, 2000].

Według Deisslera i wsp. [1995] i Kellera [2002] zaburzenia psychiczne mogą wynikać z nierozwiązanych problemów, w tym trudności powstałych w toku zmieniającego się cyklu życia i rodziny. Bez dialogu między członkami rodziny nie ma możliwości pełnego zrozumienia przyczyny kryzysu, a tym samym wpływu na możliwość poprawy bieżącego stanu i zapobiegania kryzysom w przyszłości. Autorzy postulują poszukiwania obiecujących rozwiązań „we współpracy”, zamiast „w zgodności”. Zgodność oznacza, że pacjent postępuje zgodnie z instrukcjami ekspertów, z kolei współpraca obejmuje partnerstwo w dialogu i szacunek specjalistów do wiedzy pacjentów i ich krewnych.

Razem ze zmianą systemu opieki psychiatrycznej na opiekę środowiskową zwrócono większą uwagę na rolę rodzin osób chorujących na schizofrenię. Członkowie rodzin osób chorujących psychicznie zapewniają im wsparcie emocjonalne, pomoc przy zarządzaniu ich sprawami, pomoc finansową, wsparcie i pomoc mieszkaniową. Może to być satysfakcjonujące, ale też często jest obciążeniem dla rodzin [Dixon i wsp., 2001; Pitschel-Walz i wsp., 2001]. Z literatury wynika, że około dwie trzecie rodzin i opiekunów czuje się znacznie obciążonych [Kuipers, 1993; Winefield i Harvey, 1993], a równocześnie, że wynik leczenia pacjentów poprawia się, gdy rodziny/opiekunowie mają dostęp do informacji na temat choroby, radzenia sobie z nią, leczenia oraz otrzymują odpowiednie wsparcie [Dixon i wsp., 2001]. Warto zwrócić uwagę również na fakt, że najbliższa rodzina jest często najważniejszą częścią sieci społecznej, co powinno skłonić do zwrócenia szczególnej uwagi na relacje w rodzinie i odpowiednie interwencje systemowe [McGlashan, 1988].

Podejście do pracy z rodzinami ulegało zmianie w ostatnich dziesięcioleciach, aż do dostrzeżenia w opiekunach partnerów w leczeniu, którzy potrzebują odpowiednich narzędzi, żeby właściwie spełniać swoją rolę [Corrigan i wsp., 1990]. Badania pokazują, że wkład rodziny może poprawić współpracę w leczeniu [Lefley i Johnson, 1990]. W związku z potrzebą zapewnienia rodzinom pacjentów chorujących na schizofrenię terapii dostosowanej do potrzeb rozwinięto kilka interwencji terapeutycznych: konsultację rodzinną [Solomon i wsp., 1996], terapię rodziny, psychoedukację, poradnictwo rodzinne, grupy wsparcia [Dixon i wsp., 2001; Pitschel-Walz i wsp., 2001].

Obecnie w terapii rodzin pacjentów chorujących na schizofrenię najpowszechniejsze jest podejście integracyjne, które uznaje, że rodziny osób chorujących również powinny być

zaangażowane w proces leczenia, zwłaszcza w kontekście psychoedukacyjnym (podrozdział 2.5.) oraz psychoterapii wspierającej.

Przykładem integracji koncepcji systemowych z psychodynamicznymi jest model opisany przez Alanena, który był w Finlandii prekursorem Otwartego Dialogu. Skupił się on na badaniu zagadnień związanych z przyczynami schizofrenii oraz na modelu terapeutycznym, zapewniającym leczenie dostosowane do potrzeb chorych. W efekcie prac Alanena został wdrożony model leczenia, zapewniający pacjentom interwencje terapeutyczne, które w danym momencie ich choroby i potrzeb psychologicznych są najbardziej adekwatne, a tym samym najbardziej skuteczne. Metoda Alanena zakładała szybką interwencję we wczesnej fazie kryzysu, dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny oraz postrzeganie leczenia jako procesu wykorzystującego różne metody terapeutyczne. Kluczową rolę odegrało wprowadzenie spotkań rodzinnych, które miały potrójną rolę: zebranie wywiadu na temat funkcjonowania pacjenta, diagnozę potrzeb systemu rodzinnego oraz udzielenie wsparcia pacjentowi i jego bliskim. Wyniki badań pokazały, że po włączeniu rodziny w proces terapii objawy psychozy ulegały redukcji, co było uwidocznione w poprawie objawowej oraz zmniejszeniu długości hospitalizacji. Za kluczowe uznano możliwie jak najrzadsze stosowanie leków przeciwpsychotycznych. Istotne stało się wprowadzanie superwizji zespołu, wspólne omawianie przypadków w gronie personelu oraz opracowywanie planów terapeutycznych dla chorych, a także stawianie na otwartość komunikacji i relacje terapeutyczne [Alanen i wsp., 1991; Alanen 2000; Kłapciński i Rymaszewska, 2015]. Wypracowany przez Alanena paradygmat nazwano leczeniem dostosowanym do potrzeb (need adapted approach – NAA), a jego dalsze rozwijanie zaowocowało sformułowaniem przez Seikkulę i Alakarę zasad metody Otwartego Dialogu (Open Dialogue Approach – ODA) [Seikkula i wsp., 2006; Kłapciński i Rymaszewska, 2015].

Filozofia Otwartego Dialogu może się okazać inspirującym podejściem w pracy ZLS. Postawa terapeutów Otwartego Dialogu opiera się na rodzinie i sieci społecznej, a głównym celem jest odnalezienie nowego zrozumienia poprzez dialog, w którym biorą udział wszystkie osoby zaangażowane we wsparcie pacjenta. Rozmowę prowadzi moderator, któremu towarzyszy tzw. zespół reflektujący (ang. reflecting team – RT), a wszystkie decyzje są podejmowane otwarcie w obecności pacjenta. Opierając się na wnioskach z przeprowadzonych badań badacze fińscy wyodrębnili siedem głównych zasad stosowanych w Otwartym Dialogu:

- natychmiastowa pomoc — pierwsze spotkanie odbywa się w ciągu 24 godzin od informacji o kryzysie;
- włączenie sieci społecznej — do udziału w pierwszych spotkaniach oprócz pacjenta zaprasza się także jego rodzinę oraz kluczowych członków jego sieci społecznej;

- elastyczność i mobilność — leczenie powinno stanowić odpowiedź na konkretne i zmieniające się potrzeby pacjenta i jego rodziny;
- odpowiedzialność — osoba, z którą nawiązano pierwszy kontakt jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania; zespół jest w całości odpowiedzialny za analizę problemu i zaplanowanie leczenia;
- zapewnienie ciągłości terapii — zespół jest odpowiedzialny za cały proces leczenia tak długo, jak to konieczne;
- tolerancja niepewności — przez codzienne spotkania z pacjentami przeżywającymi kryzys psychotyczny buduje się poczucie bezpieczeństwa, co pozwala zmobilizować zasoby psychiczne pacjenta i jego rodziny i pozwala uniknąć podejmowania przedwczesnych decyzji oraz stosowania leków przeciwpsychotycznych, dając więcej czasu na zrozumienie istoty problemu;
- dialogowość — największy nacisk kładzie się na dialog, a dopiero w dalszej kolejności na zmianę.

Wyniki badań lapońskich obejmujące pacjentów z pierwszym epizodem psychotycznym są bardzo zachęcające: w ciągu 5-letniej obserwacji u 85% pacjentów nie pojawiły się żadne objawy psychotyczne i 85% powróciło do pełnego życia zawodowego. Tylko jedna trzecia pacjentów stosowała leki przeciwpsychotyczne [Seikkula i wsp., 2006; 2011; Aaltonen i wsp., 2011]. w innych badaniach [Seikkula i wsp., 2003; Błądziński i wsp., 2014] podkreślane są także ograniczenia tych badań: brak metodologicznej poprawności oraz niewielka liczebność pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w analizowanych grupach, przez co w opinii autorów badania mają wartość kazuistyczną i nie można ich odnosić do całości populacji [Seikkula i wsp., 2003; Błądziński i wsp., 2014].

## ROZDZIAŁ III. Satysfakcja z leczenia

### 3.1. Wprowadzenie

Idea zaangażowania pacjentów w planowanie i ocenę opieki psychiatrycznej rozwijała się przez ostatnie 30 lat, w szczególności w krajach, w których odbyła się reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej i opieka instytucjonalna została zastąpiona środowiskowymi formami leczenia [Thornicroft i Tansella, 2005; 2010]. Wcześniej pojawiały się wątpliwości czy pacjenci chorujący psychicznie są w stanie wypowiedzieć się świadomie na temat swoich potrzeb związanych z procesem leczenia oraz podejmować „prawidłowe” decyzje dotyczące swojego życia. Przez wiele lat system opieki psychiatrycznej przyjmował rolę kontrolowania życia osób chorujących psychicznie, których jedyna forma zaangażowania polegała na pasywnym przyjmowaniu decyzji podjętych przez inne osoby. Zaangażowanie pacjentów w ewaluację wyników leczenia jest sposobem gwarantującym przeprowadzenie prawdziwych zmian. Jeżeli w modelu organizacyjnym są aspekty, które są postrzegane jako niesatysfakcjonujące lub nie pokrywają się z potrzebami pacjentów, to ich opinia powinna być podstawą do wprowadzenia zmian. W przeciwnym razie ewaluacja — z udziałem pacjentów, czy bez nich — przestaje mieć znaczenie [Chamberlin, 2005; Thornicroft i Tansella, 2010].

Na znaczenie satysfakcji z opieki medycznej w perspektywie ewaluacji wyników leczenia zwrócono uwagę już w latach 60. XX wieku w USA [Attkinson i Pascoe, 1983]. W Europie zainteresowanie wpływem satysfakcji z opieki na wynik leczenia pojawiło się znacznie później, bo dopiero w połowie lat 90. XX wieku. Według Donabediana [1966] skuteczność opieki w osiągnięciu i zapewnianiu zdrowia oraz satysfakcji jest ostatecznym potwierdzeniem jej jakości. Z kolei Locker i Dunt [1978] podkreślają, że jakość opieki może stać się synonimem jakości życia i satysfakcji z opieki. Na ocenę satysfakcji z opieki jako miary wyniku leczenia wpływ może mieć wiele czynników: oczekiwania od instytucji, samoocena, diagnoza, nasilenie objawów choroby, poprzednie doświadczenia z opieką zdrowotną [Ware i wsp., 1983; Thornicroft i Tansella, 2010]. Podobnie uważa Ruggeri [1994], która podkreśla, że z biegiem czasu zwraca się coraz większą uwagę na satysfakcję pacjentów i ich rodzin z opieki psychiatrycznej i wskaźnik ten może sam w sobie określać miarę wyniku leczenia lub być czynnikiem wpływającym ten wynik. Bartlett i wsp. [1984] uważa, że pacjent, który jest zadowolony z opieki jest bardziej skłonny do uczestnictwa w leczeniu i współpracy w zakresie zażywania leków oraz udzielania niezbędnych informacji.

Badania nad znaczeniem związku satysfakcji z leczenia z jego wynikiem nie dają jednoznacznych wyników. Ruggeri i wsp. [2003] zwróciła uwagę na fakt, że ocena satysfakcji z opieki przez osoby chorujące psychicznie była relatywnie zanedbywana, ponieważ uważano, że brak wglądu może wpłynąć na wynik oceny. Voruganti i wsp. [1998] wskazują, że pacjenci z zaburzeniami psychiatrycznymi są w stanie udzielić użytecznych i wiarygodnych informacji i nie ma podstaw, aby uważać, iż nie są w stanie wyrazić swojego zdania, czy opisać doświadczeń. Vuori [1987] z kolei podkreśla, że istnieje wiele czynników, które potencjalnie ograniczają znaczenie oceny satysfakcji z opieki. Według niego pacjent nie posiada wiedzy eksperckiej, aby właściwie ocenić profesjonalizm personelu medycznego. Ponadto stan psychiczny lub fizyczny może w łatwy sposób wpływać na ocenę. Pacjent może jej dokonywać pod wpływem czynników „niemedycznych” — na przykład mieć na uwadze głównie umiejętności interpersonalne świadczeniodawcy. Z powodu uczucia zależności pacjenci nie zawsze chętnie ujawniają to co naprawdę myślą, także z powodu obaw przed możliwymi konsekwencjami wyrażenia swojego niezadowolenia. Z kolei według Cleary’ego i McNeila [1988] pacjent może odgrywać ważną rolę w definiowaniu jakości opieki przez określenie, które czynniki są związane z różnymi wynikami leczenia. Mimo, że pacjenci nie posiadają niezbędnej wiedzy, aby dokładnie ocenić ściśle medyczny aspekt leczenia, to z całą pewnością doceniają jego znaczenie.

W badaniu Barletta i wsp. [1984] zwrócono uwagę na to, że umiejętności interpersonalne lekarza wpływają na wynik leczenia bardziej niż edukowanie pacjenta i ilość zaleceń. Udział czynników niemedycznych, takich jak postawa wobec pacjentów oraz relacja lekarz–pacjent mogą wpłynąć na redukcję dawek leków przeciwbólowych, skrócenie hospitalizacji oraz poprawę w zakresie współpracy w leczeniu [Press i wsp., 1991]. Lebow [1983] uważa, że mimo wielu trudności metodologicznych jest możliwe właściwe przeprowadzenie oceny satysfakcji z opieki. Wyróżnia szereg problemów związanych z oceną satysfakcji w badaniach. Pierwszym z nich jest problem z użyciem narzędzi — od braku precyzyjnej nomenklatury, przez dużą różnorodność skal, po brak stosownych norm. Kolejnymi są trudności z zebraniem danych, brakami odpowiedzi, brakiem różnicowania odpowiedzi, czy odpowiedziami tendencyjnymi. Podobnego zdania są Aharony i Strasser [1993]. Zwracają uwagę na brak uznanej metody pomiaru satysfakcji, brak jasności i spójności w zrozumieniu wyznaczników satysfakcji, także brak modelu czy koncepcji oraz roli jaką miałyby odgrywać satysfakcja w ocenie jakości opieki.

Istotnym tematem podejmowanym przez badaczy jest określenie predyktorów satysfakcji z opieki. Jak wskazuje Ruggeri [2003] część badań ma słabą wartość metodologiczną, a wyniki nie są jednoznaczne. Rozbieżne wyniki są przedstawiane w kontekście związków satysfakcji z opieki z danymi demograficznymi, rozpoznaniem i nasileniem objawów. W badaniu Bjørngaarda i wsp.

[2007] większe zadowolenie z opieki wykazywały kobiety, osoby starsze, pacjenci z lepszym wynikiem leczenia i lepszym funkcjonowaniem, w innym badaniach bardziej usatysfakcjonowani byli mężczyźni [Bener i Ghulum, 2013], osoby młodsze [Eytan i wsp., 2004]. Perreault i wsp. [1996] wskazują, że najmniejszą satysfakcję z opieki wśród pacjentów z czterech różnych grup diagnostycznych (zaburzenia lękowe, zaburzenia afektywne, schizofrenia, inne niż schizofrenia zaburzenia psychotyczne) wyrażali pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii, podobnie w badaniu Gigantesco i wsp. [2002] – rozpoznanie psychozy wiązało się z mniejszą satysfakcją z opieki. Inaczej było u Rohland i wsp. [2000] -osoby z rozpoznaniem schizofrenii deklarowały większą satysfakcję z opieki. W badaniach Ruggeri i wsp. [1998; 2002] główną zmienną, która była związana z satysfakcją z opieki była jakość życia. W pierwszym badaniu zanalizowano wyniki 194 pacjentów będących pod opieką CMHT w Veronie. Oceniano funkcjonowanie, nasilenie objawów, poziom niepełnosprawności w dwóch punktach: na początku badania i po sześciu miesiącach oraz jakość życia i satysfakcję z opieki po 6 miesiącach. Wykazano, że satysfakcja z opieki mocno korelowała z jakością życia. W drugim badaniu na tej samej grupie wyodrębniano predyktory jakości życia i określono, że satysfakcja z opieki wyjaśnia największą ilość rozbieżności niż jakakolwiek inna zmienna. Podobne wyniki uzyskali również inni badacze. Rohland i wsp. [2000] na podstawie ankiet wysyłanych przez e-mail oceniała związek między satysfakcją z opieki, jakością życia i stanem psychicznym. Na 2520 wysłanych ankiet otrzymała 815 zwrotnych. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii deklarowały lepszą jakość życia niż pacjenci z innymi rozpoznaniem, a satysfakcja z opieki była związana z jakością życia. W badaniu Berghofer i wsp. [2001] zrekrutowano 420 pacjentów, zarówno leczonych w szpitalu, jak i w trybie ambulatoryjnym. Wykazano, że satysfakcja z opieki jest związana z jakością życia, funkcjonowaniem społecznym oraz oczekiwaniami co do leczenia. Istotną rolę w determinowaniu satysfakcji z opieki odgrywa także specyfika zespołu — z badań wprost wynika, że pacjenci objęci opieką środowiskową wyrażają większe zadowolenie z opieki niż pacjenci hospitalizowani w oddziałach psychiatrycznych. W badaniu Hoult i Reynoldsa [1984] zarówno pacjenci, jak i ich rodziny uznali opiekę środowiskową za bardziej satysfakcjonującą w porównaniu do leczenia szpitalnego. Henderson i wsp. [1999] porównali opiekę środowiskową w Veronie i opiekę instytucjonalną w Londynie za pomocą oceny satysfakcji z opieki mierzonej Skalą Werońską VSSS-54. Uzyskano wyższe wyniki we wszystkich siedmiu kategoriach oceny na korzyść Verony. Różnice w danych socjodemograficznych w badanych grupach nie były wystarczające, aby wyjaśnić rozbieżność ocen, autorzy sugerują więc, że pacjenci preferują leczenie w warunkach środowiskowych.

Próbie wyodrębnienia czynników wpływających na satysfakcję z opieki w CMHT podjęli Resende i wsp. [2018]. Wśród wyodrębnionych czynników znalazły się: wiek pacjenta w momencie

badania, wiek w momencie zachorowania, długość ostatniej hospitalizacji, typy interwencji terapeutycznych, płeć, powód skierowania do szpitala, samodzielne zażywanie leków, posiadanie źródła dochodu, rodzaj zażywanych leków, choroby współistniejące — jedynym, który okazał się mieć związek z satysfakcją był wiek w momencie zachorowania — osoby, którym rozpoznano chorobę w późniejszym wieku były bardziej zadowolone z opieki. Stamboglis i Jacobs [2020] przeprowadzili analizę prawie 30 000 ankiet dotyczących jakości opieki w CMHTs w Anglii i uzyskali interesujące wyniki: wyodrębniono kilka czynników demograficznych wpływających na satysfakcję z opieki: osoby starsze, mające pracę i zdolne do niej były bardziej zadowolone z leczenia, natomiast mniejszą satysfakcję z opieki zadeklarowały kobiety. Dłuższy okres leczenia w ramach CMHT, dłuższy czas od ostatniej wizyty, gorszy stan psychiczny oraz hospitalizacja psychiatryczna w czasie dotyczącym oceny były predyktorami gorszej satysfakcji z opieki. Sposób leczenia również wpływał na satysfakcję: bardziej zadowoleni z opieki byli pacjenci będący w kontakcie terapeutycznym, ale też leczeni lekami.

Kolejny rezultat to związek między ciągłością leczenia, zaangażowaniem w proces terapii, posiadaniem planu terapeutycznego z wyższą satysfakcją oraz powiązanie kontaktu z pielęgniarką psychiatryczną i pracownikiem socjalnym — z wyższą satysfakcją z opieki. W tym samym badaniu podkreślono istotę integracji różnych usług, ponieważ pacjenci mający problemy finansowe, mieszkaniowe lub związane ze zdrowiem somatycznym byli mniej zadowoleni z opieki.

W badaniu Epsilon [Ruggeri i wsp., 2003] największy wpływ na większą satysfakcję z opieki u pacjentów ze schizofrenią miało włączenie rodziny. Pokazuje to, że jej zaangażowanie w leczenie jest istotnym elementem w kontekście zapewnienia wielowymiarowej opieki. Pacjenci, którzy oceniają leczenie bardziej negatywnie mają tendencję do mniejszej poprawy w zakresie objawów oraz dłuższych hospitalizacji [Priebe i wsp., 1999]. Autorzy przeprowadzili badanie na grupie 85 pacjentów chorujących na schizofrenię. Pacjent oceniał, czy leczenie jest dla niego właściwe, poza tym oceniano liczbę i długość hospitalizacji w ciągu 24 miesięcy. Pacjenci, którzy zrezygnowali z leczenia (21 osób) oceniali leczenie bardziej negatywnie niż pozostałe osoby. Pacjenci, którzy nie byli hospitalizowani w okresie badania również wykazywali bardziej negatywną ocenę satysfakcji z leczenia w porównaniu do osób, które w tym czasie przynajmniej raz były w szpitalu. W tej drugiej grupie pacjenci z negatywnym nastawieniem do opieki mieli dłuższe hospitalizacje.

Satysfakcja z opieki ma znaczenie jako wynik leczenia z dwóch różnych perspektyw: pacjenta i poziomu usług. Pomiar satysfakcji jest także postrzegany jako istotne źródło informacji o jakości opieki — wysokie wskaźniki satysfakcji są postrzegane w badaniach jako oznaka dobrej organizacji i świadczenia usług [Miglietta i wsp., 2018]. Według Ruggeri [Thornicroft i Tansella, 2010] satysfakcja z opieki ma dwa kluczowe znaczenia: determinuje skuteczność interwencji oraz wpływa



na lepsze ich zrozumienie z perspektywy pacjenta. Wysoka satysfakcja z opieki psychiatrycznej jest ważnym celem do osiągnięcia dla świadczeniodawców, a jej pomiar jest istotny z perspektywy ewaluacji usług.

### **3.2. Metody pomiaru**

Wyniki badań oceniające pomiar satysfakcji pacjenta z opieki pokazują duże rozbieżności zarówno w perspektywie wyników, jak i opinii ekspertów na temat tego wskaźnika. Pomiar satysfakcji z opieki różni się znacznie w zależności od przyjętej metody, a wiedza w tym zakresie jest raczej nieusystematyzowana. Obecnie w literaturze można znaleźć 28 różnych skal oceniających satysfakcję z opieki psychiatrycznej [Ruggeri i wsp., 1994; Miglietta i wsp., 2018].

Pierwsze skale do oceny satysfakcji z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej powstały w latach 70. i 80. XX wieku. W 1979 roku Love i wsp. [1979] opracowali skalę USS (User Satisfaction Survey), która powstała w odpowiedzi na wprowadzenie idei opieki środowiskowej. Zwrócono uwagę na fakt, że wcześniej opinia pacjentów na temat sposobu leczenia była ignorowana lub pomijana. Skala miała być próbą pokazania znaczenia osoby pacjenta w systemie opieki psychiatrycznej. W 1981 roku powstała skala SMHC (Satisfaction with Mental Health Care), która wspierała potrzebę ewaluacji opieki psychiatrycznej z perspektywy pacjenta i przyczyniła się do rozwoju tego kierunku badań [Slater i wsp., 1981].

Duży wkład w rozwój narzędzi do pomiaru satysfakcji z opieki ma zespół z University of California. Pierwszą opracowaną przez nich skalą jest CSQ (Client Satisfaction Questionnaire) [Larsen i wsp., 1979], która powstała w kilku wersjach i ocenia ogólną satysfakcję z opieki. To jedno z nielicznych narzędzi, które było szeroko stosowane w badaniach, także dotyczących satysfakcji z opieki psychiatrycznej. Minusem skali jest jej jednowymiarowość i ograniczona użyteczność poza oceną ogólną. Drugą opracowaną przez ten zespół skalą jest SSS-30 (Service Satisfaction Scale) [Attkisson i Greenfield, 1994], w której uwzględniono wielowymiarową ocenę opieki zdrowotnej, także psychiatrycznej, ale brakuje walidacji narzędzia pod kątem użycia do oceny satysfakcji z opieki psychiatrycznej i jest ona używana rzadziej niż ta pierwsza.

Dla pacjentów hospitalizowanych najczęściej stosowaną skalą jest CAT (Client Assessment of Treatment). Ma tylko siedem pytań, pozwala na ocenę ogólną i koncentruje się na odczuciach pacjenta w stosunku do opieki. Skala ma dobre właściwości psychometryczne i według wyników badań skutecznie ocenia wpływ na późniejszy wynik leczenia [Richardson i wsp., 2011b]. W 1995 roku w Szwecji powstała skala SPRI (Self-rating Patient Satisfaction Questionnaire), która jest dość szeroko stosowana w badaniach skandynawskich. Stworzono odrębne wersje dla pacjentów

hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie. Skala jest wielowymiarowa i ocenia 6 różnych obszarów [Hansson i Höglund, 1995].

Narzędziem opracowanym bezpośrednio do oceny satysfakcji z opieki psychiatrycznej jest Skala Werońska (Verona Service Satisfaction Scale, VSSS) [Ruggeri i wsp., 1994]. Jest ona wielowymiarowa (ocenia siedem różnych obszarów) i została dostosowana do oceny konkretnego zakresu usług oraz zwalidowana pod kątem wrażliwości i rzetelności na odpowiednio licznej grupie pacjentów. Skala ma odpowiednie właściwości psychometryczne i jest stworzona w wersji pełnej (82 pytania), pośredniej (54 pytania) oraz skróconej (32 pytania). Istnieje także wersja kwestionariusza dla rodzin oraz dla personelu medycznego. Skala została przetłumaczona na kilkanaście języków, w tym na polski i jest wykorzystywana w licznych badaniach. Jest narzędziem, które wydaje się najbardziej dostosowane do oceny satysfakcji z opieki środowiskowej [Thornicroft i Tansella, 2010].

### **3.3. Związek satysfakcji z leczenia z wynikami leczenia schizofrenii — przegląd wyników badań**

Dla zidentyfikowania dostępnych badań nad związkiem satysfakcji z opieki z wynikami leczenia schizofrenii dokonano przeglądu bazy MEDLINE. Bazę przeszukiwano pod kątem słów kluczowych: *satisfaction with treatment*, *satisfaction with care*, *schizophrenia*, *psychosis*, *outcome*. W celu rzetelniejszej identyfikacji źródeł używano naprzemiennie kombinacji wcześniej wymienionych zwrotów. W tabeli 3.1. przedstawiono wyniki wybranych badań opisujących związek satysfakcji z opieki z wynikami leczenia schizofrenii.

Tabela 3.1. Związek satysfakcji z opieki z wynikami leczenia – przegląd badań

Badanie	Liczba badanych	Narzędzia	Wyniki
Priebe i wsp., 1995	34 pacjentów	Ocena leczenia, BPRS	- pacjenci oceniający leczenie bardziej negatywnie mieli wyższy wskaźnik nawrotów hospitalizacji
Leese i wsp., 1998	131 osób	Pomiar satysfakcji z opieki i potrzeb	- satysfakcja z opieki negatywnie koreluje z zaspokojonymi i niezaspokojonymi potrzebami
Blenkiron i Hammill, 2003	120 pacjentów ZŁŚ (różne diagnozy)	CUES-U	- najwyższej oceniono relację w pracownikami opieki somatycznej, najniżej kategorię życie społeczne - satysfakcja z opieki koreluje z wiekiem, zadowoleniem z warunków mieszkaniowych i finansowych i relacji rodzinnych - pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi deklarują większą satysfakcję z opieki
Ruggeri, Lasalvia i wsp., 2003	404 osoby	VSSS_EU, BPRS, GAF, LQL-EU, CAN-EU	- niższa satysfakcji z opieki: emerytura lub brak zatrudnienia, więcej hospitalizacji, większe nasilenie objawów psychopatologicznych, więcej niezapokojonych potrzeb i niska satysfakcja z życia
Prot i wsp., 2005	55 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii	VSSS-54	- najwyższej oceniane są kompetencje personelu - najniższe jest zadowolenie z udzielanych informacji, włączania rodziny i typów interwencji
Garety i wsp., 2006	144 osoby w dwóch grupach	VSSS, PANSS, GAF, MANSA	- w grupie objętej leczeniem przez zespół wczesnej interwencji w psychozach lepsze funkcjonowanie, większa satysfakcja z opieki, lepsza współpraca w leczeniu, lepsza jakość życia w porównaniu w tradycyjną opieką. Brak różnic w objawach psychopatologicznych.
Prot i wsp., 2011	97 pacjentów (różne diagnozy) i 38 członków rodzin	VSSS, skala jakości życia QS, skala Frankfurcka	- wysoki poziom satysfakcji z opieki - ujemna korelacja satysfakcji z nasileniem objawów - brak korelacji między satysfakcją a jakością życia
Lanfredi i wsp., 2014	139 osób	VSSS, WHOQoF, BPRS	- satysfakcja z opieki może być predyktorem jakości życia, wyższa satysfakcja z leczenia determinuje lepszą jakość życia - brak wpływu objawów psychopatologicznych na jakość życia
Köhler i wsp., 2015	217 osób z depresją i 75 osób ze schizofrenią	ZUF-8, BPRS, CGI	- brak różnic w satysfakcji z opieki w grupach pacjentów z depresją i schizofrenią - negatywna korelacja satysfakcji z opieki z ilością przepisanych leków
Vermeulen i wsp., 2018	654 osoby	CAT-8, WHOQoL, PANSS	- wyższa satysfakcja z leczenia koreluje z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych i lepszą jakością życia - wyższa satysfakcja z opieki determinuje redukcję w zakresie objawów pozytywnych w kolejnych 3 latach

Legenda: BPRS — Brief Psychiatric Rating Scale, CAN-EU — Camberwell Assessment of Need, CAT-8 — Client Satisfaction Questionnaire, CGI — Clinical Global Impression Scale, CUES-U — Carers' and Users' Expectations of Services, User Version, GAF — Global Assessment of Functioning, HRSD — Hamilton Depression Scale, LQL-EU — Lancashire Quality of Life Profile, MANSA — The Manchester Short Assessment of quality of life, QS — skala jakości życia, VSSS-EU — European version of the Verona Service Satisfaction Scale, WHOQoF — WHO quality of life, ZUF — 8-Zurich Satisfaction Questionnaire

W Polsce są dostępne dwa badania związane z oceną satysfakcji z opieki środowiskowej. W 2005 roku Prot i wsp. [2005] opisali ocenę satysfakcji z opieki u 55 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii będących pod opieką oddziału dziennego, ZLŚ lub poradni zdrowia psychicznego. Do oceny użyto Skali Werońskiej VSSS-54. Pacjenci najlepiej ocenili profesjonalizm i zachowanie personelu, najniżej włączenie rodziny do leczenia i informację na temat stanu zdrowia i leczenia. W 2008 ci sami autorzy zbadali 97 pacjentów i 38 członków ich rodzin w ramach 5 zespołów leczenia środowiskowego w Warszawie. Oceniano satysfakcję pacjenta i opiekuna z opieki środowiskowej za pomocą Skali Werońskiej w wersji dla pacjenta i dla rodziny, jakość życia, nasilenie objawów za pomocą Skali Frankfurckiej oraz model organizacji pięciu badanych ZLŚ. Satysfakcja z opieki zarówno wśród pacjentów, jak i rodzin była bardzo wysoka (powyżej 80% usatysfakcjonowanych). Badani pacjenci najniżej ocenili dostępność usług i włączenie rodziny do leczenia. Nasilenie objawów psychotycznych korelowało ujemnie z satysfakcją z opieki, nie było natomiast związków satysfakcji z jakością życia. Nie wykazano także różnic w ocenie satysfakcji między poszczególnymi ośrodkami [Prot i wsp., 2011].

Priebe i Gruyters [1995] zweryfikowali, czy istnieje związek między oceną leczenia ze strony pacjenta, a liczbą i długością hospitalizacji. Przebadano 34 pacjentów, którzy mieli określić, które formy leczenia są dla nich właściwe. U pacjentów, którzy byli mniej usatysfakcjonowani z opieki obserwowano wyższy wskaźnik hospitalizacji w obu okresach kontrolnych (12 i 30 miesięcy).

W badaniu EPSILON [Ruggeri i wsp., 2003], które przeprowadzono wśród 404 pacjentów chorujących na schizofrenię w pięciu europejskich miastach (Amsterdam, Londyn, Kopenhaga, Santander, Verona) za pomocą Skali Werońskiej VSSS-54 oceniano satysfakcję z opieki środowiskowej. Badanie pokazało, że większe nasilenie objawów choroby wiąże się z mniejszą satysfakcją z leczenia, w szczególności w obszarach oceniających zaangażowanie rodziny, i subiektywnie postrzeganej skuteczności leczenia. Wyniki badań różniły się w poszczególnych miastach (najwyższa satysfakcja z opieki w Kopenhadze, najniższa w Londynie). We wszystkich miejscach najniżej oceniane były obszary zaangażowania rodziny w opiekę oraz informacji na temat choroby. Podkreślono znaczenie kilku szczególnych czynników związanych z odczuwaniem niższej satysfakcji z opieki: emerytura lub brak zatrudnienia, więcej hospitalizacji, większe nasilenie objawów psychopatologicznych, więcej niezaspokojonych potrzeb i niska satysfakcja z życia, natomiast nie zaobserwowano wpływu danych demograficznych nie tylko na satysfakcję ogólną, ale też na poszczególne domeny. Leese i wsp. [1998] zbadali 131 pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi w dwóch różnych ZLŚ w Londynie (standardowym i specjalistycznym). Wykazano, że u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, w tym ze schizofrenią, niska satysfakcja z opieki psychiatrycznej wiąże się z większą liczbą niezaspokojonych potrzeb. Köhler

i wsp. [2015] porównali dwie grupy pacjentów: ze schizofrenią i z depresją, nie stwierdzając różnic z odczuwanej satysfakcji z opieki. Wykazano jednak wpływ większej ilości zalecanych leków na niższą satysfakcję z opieki.

Blenkiron i Hammill [2003] podjęli się oceny czynników wpływających na satysfakcję z opieki psychiatrycznej. Zbadano 120 pacjentów, w tym z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych, używając skali oceniającej jakość życia i satysfakcję z opieki Carers' and Users' Expectations of Services (CUES-U). Pacjenci najniżej ocenili swoje życie społeczne (49% usatysfakcjonowanych), najwyżej relacje z pracownikami opieki zdrowotnej somatycznej (88% usatysfakcjonowanych). Satysfakcja z opieki psychiatrycznej korelowała z wiekiem badanych, a także z ich zadowoleniem z warunków mieszkaniowych, finansowych i z relacji. Pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi wykazywali większe zadowolenie z opieki psychiatrycznej niż pozostali badani. Ani płeć, ani czas trwania choroby nie miał wpływu na ocenę satysfakcji z opieki. Autorzy uznali, że może być ona uznawana jako wskaźnik wyniku leczenia.

Garety i wsp [2006] porównali standardowe leczenie środowiskowe oraz opiekę zespołu wczesnej interwencji w psychozach. Do badania włączono 144 pacjentów losowo przydzielonych do jednej z grup. Oceniano nasilenie objawów, współpracę w leczeniu, funkcjonowanie społeczne, satysfakcję z opieki oraz jakość życia. W badaniu kontrolnym po 18 miesiącach nie wykazano różnicy w zakresie objawów psychopatologicznych, natomiast w ramach zespołu wczesnej interwencji zaobserwowano znaczącą poprawę w funkcjonowaniu społecznym, w satysfakcji z opieki, jakości życia i współpracy w leczeniu. Autorzy podkreślali, że siłą ich badania było określenie wielu czynników oceniających wynik leczenia, bez skupienia się tylko i wyłącznie na poprawie objawowej. Poprawa w zakresie funkcjonowania, lepsza jakość życia i lepsza współpraca w leczeniu są postawione w jednym rzędzie z oceną satysfakcji z opieki, która została uznana za równie istotny czynnik oceniający wynik leczenia.

Kolejnym badaniem, w którym podkreślono, że wynik w postaci redukcji objawów nie jest najważniejszym elementem leczenia jest badanie Lanfredi i wsp. [2014]. W grupie 139 pacjentów ze schizofrenią oceniono jakość życia, satysfakcję z opieki oraz stan kliniczny. Wykazano, że na jakość życia pacjentów większy wpływ ma satysfakcja z opieki niż mniejsza liczba objawów psychopatologicznych.

Nieco inny pogląd w zakresie wpływu satysfakcji z opieki na wynik leczenia ma Vermeulen i wsp. [2018]. Wyższa satysfakcja z leczenia jest czynnikiem rokowniczym (predyktorem) redukcji objawów pozytywnych. Pacjenci z wyższą satysfakcją z leczenia częściej osiągnęli remisję objawową w kolejnych 3 latach leczenia. Ponadto, podobnie jak w poprzednich opisywanych

badaniach, wyższa satysfakcja z leczenia korelowała z lepszą jakością życia. Autorzy podkreślali rolę satysfakcji z opieki jako wartościowego wskaźnika oceniającego wynik leczenia.

W opisywanym badaniu satysfakcja z opieki jest obok klinicznych i społecznych ocen uznanym i szeroko przyjętym uzupełniającym wskaźnikiem skuteczności rozwijanych obecnie programów leczenia.

## **ROZDZIAŁ IV. Cel badań, hipotezy badawcze i metody badań**

W ciągu ostatnich kilkunastu lat doszło w Polsce do dynamicznego rozwoju środowiskowych form leczenia psychiatrycznego. Aktualnie u progu reformy mającej na celu zmianę systemową i uznanie leczenia środowiskowego jako wiodącego systemu wsparcia osób chorujących psychicznie należy zwrócić szczególną uwagę na sposób funkcjonowania zespołów leczenia środowiskowego. W związku z tym, że istnieją jedynie ogólne rekomendacje co do ich funkcjonowania poszczególne systemy opieki mogą się znacznie różnić od siebie.

Do celów badania wyodrębniono i opisano trzy typy ZLŚ, różniące się sposobem zarządzania i koordynacji opieki, a także sposobem finansowania. Pierwszy z nich to ZLŚ działający w dużym mieście, w ramach pilotażowego Centrum Zdrowia Psychicznego w oparciu o regionalną odpowiedzialność i finansowanie kapitałowe, drugi to ZLŚ funkcjonujący w dzielnicy miasta wojewódzkiego, związany z dużym szpitalem psychiatrycznym, finansowany na zasadzie płatności za usługę (ang. fee for service) i trzeci to ZLŚ działający w mieście powiatowym, niezależnie od szpitala/oddziału psychiatrycznego ze względu na brak zintegrowanego modelu leczenia w tym powiecie, finansowany jak ZLŚ drugi. W każdym z ZLŚ zbadano po jednej 30-osobowej grupie pacjentów chorujących na schizofrenię, dokonując analizy kliniczno-demograficznej, oceny nasilenia objawów, funkcjonowania społecznego oraz satysfakcji z opieki w sumie 90 osób chorujących. Następnie porównano wyniki otrzymane w tych trzech ZLŚ, aby odpowiadając na ostatnie pytanie badawcze porównać wyniki leczenia w ZLŚ działającym w pilotażowym CZP (regionalna odpowiedzialność, finansowanie kapitałowe) z wynikami dwóch pozostałych zespołów.

### **4.1. Cel pracy i hipotezy badawcze**

Głównym celem badania jest ocena wyników leczenia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w trzech różnych ZLŚ w obszarze klinicznym (nasilenie objawów) i społecznym (ocena niepełnosprawności, sieci społecznej, poczucia osamotnienia) oraz ich satysfakcji z opieki. Przed sformułowaniem hipotez pogrupowano szczegółowe pytania badawcze wokół trzech zagadnień: dotyczących całej 90-osobowej badanej grupy (pytania 1–4), porównań międzygrupowych w trzech podgrupach (czyli trzech ZLŚ) (pytania 5–7), a następnie porównań pomiędzy podgrupą leczoną w modelu pilotażowym a pozostałymi dwoma podgrupami leczonymi w opiece tradycyjnej (pytania 8–11). Szczegółowe pytania badawcze dotyczyły:

1. Oceny nasilenia objawów schizofrenii w całej badanej grupie n = 90.
2. Oceny społecznych wyników leczenia w całej badanej grupie n = 90.
3. Oceny satysfakcji z opieki pacjentów w całej badanej grupie n = 90.
4. Oceny związków pomiędzy wybranymi czynnikami rokowniczymi a satysfakcją z opieki w całej badanej grupie n = 90.
5. Oceny i porównania nasilenia objawów schizofrenii u pacjentów w trzech podgrupach, w trzech różnych ZLŚ, 3 x n = 30.
6. Oceny i porównania wyników leczenia w obszarze społecznym w trzech podgrupach, w trzech różnych ZLŚ, 3 x n = 30.
7. Oceny i porównania satysfakcji z opieki w trzech podgrupach, w trzech różnych ZLŚ, 3 x n = 30
8. Porównania charakterystyki pacjentów leczonych w modelu pilotażowym CZP z charakterystyką pacjentów leczonych według modeli tradycyjnych (płatność za usługę, fee for service).
9. Porównania oceny nasilenia objawów schizofrenii u pacjentów w modelu pilotażowym CZP i modelach tradycyjnych.
10. Porównania społecznych wyników leczenia w modelu pilotażowym CZP i modelach tradycyjnych.
11. Porównania satysfakcji z opieki w modelu pilotażowym CZP i modelach tradycyjnych.

Na podstawie analizy literatury sformułowano następujące hipotezy badawcze:

**Hipoteza 1.** W konstelacji czynników wyjaśniających wysoką satysfakcję z opieki najbardziej istotnym wskaźnikiem jest funkcjonowanie społeczne.

**Hipoteza 2.** Czynniki rokownicze ujęte w badaniu wyjaśniają ponad 30% zmienności satysfakcji z opieki w ZLŚ.

**Hipoteza 3.** Pacjenci chorujący na schizofrenię, leczeni w różnych ZLŚ, nie różnią się w zakresie wskaźników socjodemograficznych, nasilenia objawów i funkcjonowania społecznego.

**Hipoteza 4.** ZLŚ działający w ramach pilotażowego Centrum Zdrowia Psychicznego chroni ciężej chorujących pacjentów przed hospitalizacją.

**Hipoteza 5.** Pacjenci leczeni w ZLŚ odczuwają wysoką satysfakcję z opieki zdrowotnej, niezależnie od kontekstu, w jakim organizacyjnie umocowany jest ZLŚ.



## 4.2. Metody badań

W każdym z trzech ZLS zbadano po jednej 30-osobowej grupie pacjentów chorujących na schizofrenię, dokonując w pierwszym kroku oceny socjodemograficznej, danych klinicznych oraz nasilenia objawów schizofrenii, funkcjonowania społecznego i satysfakcji z opieki całej 90 osobowej grupy, następnie porównując wyniki w trzech różnych ZLS. Porównano również nasilenie objawów schizofrenii, społeczne wyniki leczenia oraz satysfakcję z opieki pacjentów w dwóch grupach, biorąc pod uwagę ich sposób finansowania: ZLS Śródmieście — działający w ramach pilotażu został uznany za grupę eksperymentalną (grupa pilotażowa), dwa ZLS niebędące częścią pilotażu – ZLS Nowa Huta i ZLS Olkusz — jako grupa kontrolna. Opisano system pracy w każdym z trzech badanych ZLS, biorąc pod uwagę zasoby kadrowe oraz formy oferowanej opieki, a także liczbę wizyt i liczbę pacjentów będących pod opieką. Dodatkowo podjęto próbę wyodrębnienia czynników rokowniczych związanych z satysfakcją pacjentów z opieki w ZLS. Jako miarę nasilenia objawów schizofrenii przyjęto ocenę w skali PANSS, funkcjonowanie społeczne oceniano za pomocą trzech wskaźników: kwestionariusza oceny niepełnosprawności WHODAS, wskaźnika sieci społecznej SNI, poziomu osamotnienia mierzonego skalą samotności UCLA. Satysfakcję pacjentów z opieki ocenianą przez wielowymiarową skalę VSSS-54 potraktowano jako wskaźnik wyników leczenia. Dla porównania wyników leczenia w grupie pilotażowej i kontrolnej użyto dwóch wskaźników: oceny satysfakcji pacjentów z opieki oraz liczby hospitalizacji w 2019 roku. Przyjęto, że dla oceny satysfakcji pacjenta z opieki w ramach zespołu leczenia środowiskowego istotne znaczenie będą miały czynniki demograficzne, historia dotychczasowego leczenia psychiatrycznego pacjenta, poziom aktualnego nasilenia objawów psychopatologicznych schizofrenii oraz poziom jego funkcjonowania społecznego.

### 4.2.1. Opis projektu badawczego

Badaniem zostali objęci pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii, będący pod opieką trzech Zespołów Leczenia Środowiskowego:

1. Zespołu Leczenia Środowiskowego Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Psychicznego im. Prof. Antoniego Kępińskiego, ul. Kopernika 21a, Kraków (ZLS Ś)
2. Zespołu Leczenia Środowiskowego Kraków Nowa Huta Szpitala Klinicznego im. Dr. J. Babińskiego w Krakowie, os. Piastów 40, Kraków (ZLS NH)
3. Zespołu Leczenia Środowiskowego, Centrum Psychoterapii i Rozwoju Osobistego, Olkusz, ul. Kazimierza Wielkiego 64 (ZLS O)

Badanie przeprowadzono w okresie od 01.03.2019 do 31.12.2019 po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Collegium Medicum UJ i kierowników każdej z jednostek. Przeprowadzono je równocześnie w trzech grupach pacjentów leczonych w badanych zespołach leczenia środowiskowego. W każdym zespole zbadano 30 pacjentów, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Przyjęto następujące kryteria włączenia i wykluczenia z badania:

Kryteria włączenia:

- wiek powyżej 18 lat,
- rozpoznanie schizofrenii według klasyfikacji ICD–10,
- pozostawanie pod opieką jednego z trzech badanych zespołów leczenia środowiskowego.

Kryteria wykluczenia:

- ubezwłasnowolnienie częściowe lub całkowite,
- upośledzenie umysłowe,
- organiczne uszkodzenie CSN.

W każdym z trzech badanych ZLŚ stworzono listę pacjentów z zachowaniem kryteriów włączenia i wykluczenia, a następnie za pomocą generatora liczb losowych dobrano grupę badaną. Pacjenci zostali zaproszeni na badanie do siedziby zespołu lub alternatywnie poproszeni o wyrażenie zgody na badanie w ich domu. Badanie zostało przeprowadzone przez dwóch lekarzy specjalistów psychiatrów. Aby zapewnić wysoki poziom rzetelności i wiarygodności badania dodatkowo przeprowadzono weryfikację spójności uzyskanych wyników — wyodrębniono losową grupę pacjentów, którzy zostali zbadani przez obu badaczy. W obu ocenach uzyskano zbieżne wyniki. Każdemu z badanych udzielano szczegółowej instrukcji odnośnie do zasad udziału w badaniu i wypełniania poszczególnych kwestionariuszy.

#### ***4.2.2. Opis grupy badanej***

Uzyskano pełne dane od 90 pacjentów, po 30 w każdym z trzech badanych ZLŚ. W ZLŚ Nowa Huta dwóch pacjentów odmówiło udziału w badaniu, w ZLŚ Olkusz również otrzymano dwie odmowy udziału w badaniu, w ZLŚ Śródmieście wszyscy zakwalifikowani do badania wyrazili zgodę na udział w nim. W miejsce osób, które odmówiły badania zakwalifikowano kolejne, które spełniały kryteria włączenia, aby uzyskać grupę badawczą równą 90 osób, po 30 w każdym z trzech ZLŚ. Poniżej przedstawiono charakterystykę socjodemograficzną i kliniczną badanej grupy.

#### ***Charakterystyka socjodemograficzna i leczenia badanych grup***

Poniżej przedstawiono charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy  $n = 90$  z uwzględnieniem porównania trzech opisywanych ZLS  $3 \times n = 30$  (Tab. 4.1.).

Tabela 4.1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy z uwzględnieniem porównania trzech badanych ZLS

	n = 90	ZLS Ś n (%)	ZLS NH n (%)	ZLS O n (%)	Wynik testu	p
<b>Płeć</b>						
kobieta	46 (51,1)	15 (50,0)	16 (53,3)	15 (50,0)	$\chi^2(2) = 0,09$	p = 0,957
mężczyzna	44 (58,9)	15(50,0)	14 (46,7)	15 (50,0)		
<b>Miejsce zamieszkania</b>						
miasto	72 (80,0)	22 (73,3)	29 (96,7)	21 (70,0)	$\chi^2(2) = 7,92$	<b>p = 0,019</b>
wieś	18 (20,0)	8 (26,7)	1 (3,3)	9 (30,0)		
<b>Stan cywilny</b>						
żonaty/zamężna	18 (20,0)	9 (30,0)	4 (13,4)	5 (16,6)	Test Fishera = 10,44	p = 0,323
w związku nieformalnym	4 (4,5)	1 (3,3)	1 (3,3)	2 (6,7)		
w separacji	2 (2,2)	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (3,3)		
rozwódzony/a	7 (7,8)	4 (13,4)	1 (3,3)	2 (6,7)		
wdowiec/wdowa	3 (3,3)	0 (0,0)	3 (10,0)	0 (0,0)		
kawaler/panna	56 (62,2)	16 (53,3)	20 (66,7)	20 (66,7)		
<b>Wykształcenie</b>						
podstawowe	6 (6,7)	1 (3,3)	3 (10,0)	2 (6,7)	Test Fishera = 12,15	p = 0,249
gimnazjalne	5 (5,6)	2 (6,7)	1 (3,3)	2 (6,7)		
zawodowe	22 (24,4)	9 (30,0)	8 (26,7)	5 (16,7)		
średnie	34 (37,8)	7 (23,3)	11 (36,7)	16 (53,3)		
policealne	10 (11,1)	3 (10,0)	3 (10,0)	4 (13,3)		
wyższe	13 (14,4)	8 (26,7)	4 (13,3)	1 (3,3)		
<b>Praca*</b>						
praca	20 (22,2)	8 (26,7)	4 (13,3)	8 (26,7)	Test Fishera = 6,91	p = 0,317
renta	70 (77,8)	23 (66,7)	24 (80,0)	23 (76,7)		
emerytura	13 (14,4)	3 (10,0)	5 (16,7)	5 (16,7)		
<b>Dzieci</b>						
tak	30 (33,3)	12 (40,0)	8 (26,7)	10 (33,3)	$\chi^2(2) = 1,2$	p = 0,549
nie	60 (66,7)	18 (60,0)	22 (73,3)	20 (66,7)		

Tabela 4.1. cd. **Charakterystyka miejsca zamieszkania i leczenia badanej grupy z uwzględnieniem porównania trzech badanych ZLŚ**

	n = 90	ZLŚ Ś n (%)	ZLŚ NH n (%)	ZLŚ O n (%)	Wynik testu	p
<b>Zamieszkanie*</b>						
z partnerem	19 (21,2)	9 (30,0)	5 (16,7)	5 (16,7)	Test Fishera = 11,99	p = 0,372
z dziećmi	16 (17,8)	6 (20,0)	5 (16,7)	5 (16,7)		
w pojedynkę	21 (23,3)	5 (16,7)	10 (33,3)	6 (20,0)		
z rodzicami	43 (47,8)	12 (40,0)	15 (50,0)	16 (53,3)		
z rodzeństwem	16 (17,8)	6 (20,0)	3 (10,0)	7 (33,3)		
inne	7 (7,8)	1 (3,3)	3 (10,0)	3 (10,0)		
<b>Warunki bytowe</b>						
bardzo dobre	2 (2,2)	1 (3,3)	1 (3,3)	0 (0,0)	Test Fishera = 11,09	p = 0,128
dobre	39 (43,3)	11 (36,7)	12 (40,0)	16 (53,3)		
dość dobre	31 (34,4)	11 (36,7)	14 (46,7)	6 (20,0)		
mierne	14 (15,6)	7 (23,3)	2 (6,7)	5 (16,7)		
złe	4 (4,5)	0 (0,0)	1 (3,3)	3 (10,0)		
<b>Skierowany do ZLŚ przez:</b>						
oddział psychiatryczny	49 (54,5)	13 (43,3)	16 (53,3)	20 (66,7)	Test Fishera = 13,16	p = 0,053
PZP	21 (23,3)	11 (36,7)	6 (20,0)	4 (13,3)		
rodzinę	3 (3,3)	1 (3,3)	2 (6,7)	0 (0,0)		
zgłosił się sam	3 (3,3)	3 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
inne	14 (15,6)	2 (6,7)	6 (20,0)	6 (20,0)		
<b>Zajęcia</b>						
WTZ	4 (4,4)	2 (6,65)	1 (3,3)	1 (3,3)	Test Fishera = 3,17	p = 0,895
ŚDS	5 (5,6)	2 (6,65)	2 (6,7)	1 (3,3)		
nie uczęszcza	80 (88,9)	26 (86,7)	26 (86,7)	28 (93,4)		
inne	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)		
<b>Leki w postaci depot</b>						
nie	57 (63,3)	20 (66,7)	18 (60,0)	19 (63,3)	$\chi^2(2) = 0,29$	p = 0,865
tak	33 (36,7)	10 (33,3)	12 (40,0)	11 (36,7)		
<b>Choroby współistniejące</b>						
nie	46 (51,1)	17 (56,7)	8 (26,7)	21 (70,0)	$\chi^2(2) = 11,83$	<b>p = 0,003</b>
tak	44 (48,9)	13 (43,3)	22 (73,3)	9 (30,0)		

\* nie sumuje się do 100, bo możliwe są odpowiedzi wielokrotne

Legenda: PZP – poradnia zdrowia psychicznego, WTZ – warsztaty terapii zajęciowej, ŚDS – środowiskowy dom samopomocy

Zbadano 46 kobiet i 44 mężczyzn, 72 osoby mieszkały w mieście, a 18 na wsi. Ponad połowa badanych (62,2%) było stanu wolnego (kawaler/panna), większość miała wykształcenie średnie (37,8%) lub zawodowe (24,4%). Tylko 22,2% pacjentów było aktywnych zawodowo, prawie połowa (47,8%) mieszkała z rodzicami. Jedna trzecia badanych miała dzieci. Większość pacjentów uznała swoje warunki bytowe za dobre (43,3%). Ponad połowa była skierowanych do ZLŚ przez oddział psychiatryczny. Tylko 11,1% pacjentów uczestniczyła w zajęciach m. in. w ŚDS lub WTZ, ponad jedna trzecia była leczona neuroleptykami w iniekcjach o przedłużonym działaniu, a prawie połowa miała choroby współistniejące.

Dokonano porównania charakterystyki socjodemograficznej i wskaźników związanych z leczeniem. Aby zweryfikować istotność różnic między grupami użyto testu  $\chi^2$  i dokładnego testu Fishera. Badane grupy istotnie różniły się pod kątem miejsca zamieszkania: ZLŚ NH miał istotnie mniej pacjentów mieszkających na wsi ( $p = 0,019$ ) oraz więcej badanych obciążonych chorobami somatycznymi ( $p = 0,003$ ). W porównaniach parami między poszczególnymi ZLŚ za pomocą testu  $\chi^2$  w ZLŚ NH było istotnie więcej chorób współistniejących niż w ZLŚ O ( $p < 0,001$ ) oraz więcej niż w ZLŚ Ś ( $p = 0,018$ ). Brak było różnic między grupami w zakresie pozostałych danych socjodemograficznych: płci, stanu cywilnego, wykształcenia, pracy, zamieszkania w pojedynkę lub z innymi osobami, oceny warunków bytowych, udziału w zajęciach m.in. w WTZ lub ŚDS i stosowania leków w postaci iniekcji o przedłużonym działaniu. Graniczną istotność statystyczną uzyskano w odpowiedzi na pytanie, skąd pacjent został skierowany do ZLŚ ( $p = 0,053$ ), co może sugerować, że istnieją różnice w zakresie skierowań pacjentów w różnych zespołach leczenia środowiskowego.

Poniżej przedstawiono statystyki opisowe oraz wynik testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla danych ilościowych: wieku oraz danych klinicznych opisujących historię chorowania w całej badanej grupie (Tab. 4.2.).

Tabela 4.2. Charakterystyka kliniczna badanej grupy (n = 90)

N = 90	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	P
Wiek	47,90	45,50	13,37	0,09	-1,05	18,00	75,00	0,959	0,007
Długość leczenia psychiatrycznego	19,68	18,00	12,05	0,66	0,16	0,50	56,00	0,959	0,007
Długość leczenia w ZLŚ	5,31	4,00	4,37	1,73	4,45	0,50	25,00	0,844	<0,001
Całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych	5,93	3,00	7,56	3,26	12,17	0,00	40,00	0,618	<0,001
Liczba zażywanych leków psychiatrycznych	2,32	2,00	1,19	0,74	0,30	0,00	6,00	0,898	<0,001
Liczba zażywanych leków przeciwpsychotycznych	1,63	2,00	0,74	0,54	1,20	0,00	4,00	0,819	<0,001

Legenda: M — średnia, Me — mediana, SD — odchylenie standardowe, Sk. — skośność, Kurt. — kurtoza, Min. — minimum, Maks. — maksimum, w — statystyka testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka, p — istotność

Wiek badanych zawierał się w przedziale od 18 do 75 lat, średnio 47,9 roku. Średnia długość leczenia psychiatrycznego wynosiła prawie 20 lat, a średnia długość leczenia w ZLŚ ponad 5 lat. Badani pacjenci byli hospitalizowani psychiatrycznie średnio prawie 6 razy. Pacjenci mieli zlecone średnio ponad 2 leki, z czego średnio 1,63 leku przeciwpsychotycznego.

#### **4.2.3. Kontekst badania. Charakterystyka trzech badanych zespołów leczenia środowiskowego**

Poniżej przedstawiono charakterystykę trzech badanych ZLŚ, uwzględniając rejon obejmowany opieką, liczbę pacjentów i realizowanych wizyt, formy oferowanej opieki, organizację pracy w ZLŚ oraz zakres instytucji, z którymi badane ZLŚ współpracują (Tab. 4.3.).

Tabela 4.3. Charakterystyka badanych zespołów leczenia środowiskowego

Kategorie	ZLŚ Ś	ZLS NH	ZLŚ O
Charakterystyka rejonu			
wielkość obszaru [km <sup>2</sup> ]	18	110	620
liczba mieszkańców	115 000	300 000	115 000
Liczba pacjentów i wizyt w badanych ZLŚ			
liczba pacjentów objętych opieką	125	275	75
liczba kontaktów z pacjentami w tygodniu	135	180	26
liczba kontaktów z pacjentami w tygodniu w domu pacjenta	120	150	26
Formy opieki oferowane w ZLŚ			
interwencja kryzysowa (wizyty domowe)	+	+	+
interwencja kryzysowa – porada w ramach siedziby ZLŚ	+	+	-
interwencja kryzysowa – całodobowa możliwość uzyskania porady	-	-	+
interwencja kryzysowa – w ramach ośrodka współpracującego (np. Izba Przyjęć)	+	+	-
interwencja kryzysowa z możliwością objęcia opieką ciągłą w formie wizyt domowych	+	+	+
interwencja kryzysowa z możliwością objęcia opieką ciągłą w formie porad w siedzibie ośrodka	+	+	-
opieka ciągła – w formie wizyt domowych	+	+	+
wizyty domowe interwencyjne u pacjentów objętych opieką ciągłą w godzinach pracy ośrodka	+	+	-
wizyty domowe interwencyjne u pacjentów objętych opieką ciągłą poza godzinami pracy ośrodka	+	-	-
intensywne leczenie domowe (wizyta lekarza raz w tygodniu)	+	+	-
intensywne leczenie domowe (wizyta lekarza dwa razy w tygodniu)	+	-	-
intensywne leczenie domowe (hospitalizacja domowa, wizyta lekarza codziennie w dni robocze)	-	-	-
aktywne włączanie do leczenia	+	+	-
konsultacje pacjentów we współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej	+	+	+

Tabela 4.3. cd. **Charakterystyka badanych zespołów leczenia środowiskowego**

Kategorie	ZLŚ Ś	ZLŚ NH	ZLŚ O
Organizacja pracy w badanych ZLŚ			
ZLŚ utworzony przez	szpital ogólny	szpital psychiatryczny	stowarzyszenie
możliwość kontaktu telefonicznego z personelem	tak	tak	tak
możliwość całodobowego kontaktu telefonicznego z personelem	tak	nie	tak
regularne spotkania zespołu	tak	nie	tak
klub pacjenta w ramach ZLŚ	nie	tak	nie
superwizja ZLŚ	tak	tak	nie
Współpraca ZLŚ z:			
ośrodkiem pomocy społecznej	tak	niewystarczająca	tak
warsztatami terapii zajęciowej	tak	niewystarczająca	nie
środowiskowym domem samopomocy	tak	tak	tak
hostelem	niewystarczająca	nie	nie
zakładem pracy chronionej	tak	nie	tak
mieszkaniami chronionymi	niewystarczająca	nie	nie
oddziałem dziennym psychiatrycznym	tak	tak	nie
oddziałem stacjonarnym psychiatrycznym	tak	niewystarczająca	tak

Badane zespoły leczenia środowiskowego różnią się pod kątem struktury rejonu, w którym działają. ZLŚ O zaopatruje największy obszar, z najmniejszą gęstością zaludnienia, ma pod opieką najmniejszą liczbę pacjentów i realizuje najmniej wizyt. ZLŚ NH zaopatruje największą liczbę mieszkańców, ma największą liczbę pacjentów objętych opieką i największą średnią tygodniową liczbę wizyt. ZLŚ NH ma pod opieką o 55% więcej pacjentów niż ZLŚ Ś, ale świadczy tylko o 25% więcej wizyt niż ZLŚ Ś. ZLŚ Ś zapewnia najszerszy zakres oferowanych form opieki — nie dysponuje jedynie całodobową interwencją kryzysową w ramach ZLŚ ani hospitalizacją domową z zapewnieniem codziennej wizyty lekarza. ZLŚ O ma w ofercie najmniej form opieki: w siedzibie tego ZLŚ nie ma możliwości udzielania porad, nie ma możliwości porady interwencyjnej w ramach współpracującego ośrodka (np. Izby Przyjęć), interwencyjnych wizyt domowych ani intensywnego leczenia domowego. Wszystkie badane zespoły leczenia środowiskowego przeprowadzają konsultacje pacjentów dla potrzeb ośrodków pomocy społecznej, oferują wizyty domowe w ramach interwencji kryzysowej z możliwością objęcia opieką ciągłą oraz zapewniają opiekę ciągłą w formie wizyt domowych. Żaden z badanych ZLŚ nie obejmuje pacjentów hospitalizacją domową z zapewnieniem wizyt domowych lekarza codziennie w dni robocze. ZLŚ Ś jest związany ze szpitalem ogólnym w ramach programu pilotażowego CZP, ZLŚ NH jest utworzony przez duży szpital psychiatryczny, a ZLŚ O nie jest związany z żadnym oddziałem psychiatrycznym i jest



utworzony przez Stowarzyszenie Pro Psyche Na Rzecz Zdrowia Psychicznego. W każdym z trzech badanych ZLŚ istnieje możliwość kontaktu telefonicznego z personelem, w tym — z wyjątkiem ZLŚ NH — także całodobowo. W ZLŚ NH funkcjonuje klub pacjenta, ale nie ma regularnych spotkań zespołu. ZLŚ O jako jedyny z trzech badanych zespołów leczenia środowiskowego nie jest superwizowany. Wszystkie trzy badane ZLŚ deklarują współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej, środowiskowym domem samopomocy, oddziałem psychiatrycznym stacjonarnym. ZLŚ Ś jako jedyny wskazał na współpracę z wszystkimi wymienionymi jednostkami, chociaż z hostelem i mieszkaniem chronionym w niewystarczającym stopniu. ZLŚ NH nie współpracuje z hostelem, zakładem pracy chronionej ani mieszkaniem chronionym. ZLŚ O nie współpracuje z warsztatami terapii zajęciowej, hostelem, mieszkaniem chronionym ani oddziałem dziennym psychiatrycznym.

Poniżej przedstawiono charakterystykę porównawczą personelu zatrudnionego w poszczególnych instytucjach. Tabela 4.4. zawiera liczby osób zatrudnionych, opis ekwiwalentu etatów dla poszczególnych grup zawodowych, liczby osób ze specjalizacją z psychiatrii, certyfikatem psychoterapeuty i certyfikatem terapeuty środowiskowego w trzech badanych ZLŚ.

Tabela 4.4. Porównanie personelu zatrudnionego w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego — cz 1

Kategoria	Lekarz	Psycholog	Pielęgniarka	Terapeuta środowiskowy	Suma
<b>ZLŚ Śródmieście</b>					
liczba osób zatrudnionych	2	2	4	0	8
liczba etatów	2	2	2	0	6
liczba osób ze specjalizacją z psychiatrii	2	-	0	0	2
liczba psychoterapeutów	0	1	0	0	1
liczba terapeutów środowiskowych	1	2	4	0	7
<b>ZLŚ Nowa Huta</b>					
liczba osób zatrudnionych	2	3	4	1	10
liczba etatów	1,5	1,625	1,83	0,6	5,5
liczba osób ze specjalizacją z psychiatrii	2	-	4	0	6
liczba psychoterapeutów	0	0	0	0	0
liczba terapeutów środowiskowych	0	2	3	1	6
<b>ZLŚ Olkusz</b>					
liczba osób zatrudnionych	2	2	1	1	6
liczba etatów	0,5	0,2	0,2	0,5	1,4
liczba osób ze specjalizacją z psychiatrii	2	-	0	0	2
liczba psychoterapeutów	0	0	0	0	0
liczba terapeutów środowiskowych	0	1	0	1	2

Badane zespoły leczenia środowiskowego różnią się pod względem liczby i kwalifikacji zatrudnionego personelu. W ZLŚ Ś jest zatrudnionych 8 osób w sumie na 6 etatach, w ZLŚ NH 10 osób, co stanowi 5,5 etatu, a w ZLŚ O 6 osób — ekwiwalent 1,4 etatu. W ZLŚ Ś prawie wszyscy pracownicy (88%) mają certyfikat terapeuty środowiskowego (vs. w ZLŚ NH 60%, w ZLŚ O 33%). W ZLŚ NH wszyscy zatrudnieni lekarze i wszystkie pielęgniarki mają specjalizację z psychiatrii.

Dane dotyczące średniej liczby realizowanych w miesiącu wizyt, liczby pacjentów pozostających pod opieką, stażu pracy w psychiatrii i opiece środowiskowej dla poszczególnych członków zespołu w trzech badanych ZLŚ przedstawia tabela 4.5.

Tabela 4.5. Porównanie personelu zatrudnionego w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego — cz. 2.

Kategoria	L1	L2	Ps1	Ps2	Ps3	P1	P2	P3	P4	TŚ
ZLŚ Śródmieście										
średnia liczba wizyt w miesiącu	140	45	140	55	-	40	40	40	40	-
liczba pacjentów pod opieką	105	60	30	30	-	20	20	20	20	-
staż pracy w opiece środowiskowej [lata]	23	1	6	2	-	8	7	8	10	-
staż pracy w psychiatrii [lata]	27	5	18	5	-	19	19	25	27	-
ZLŚ Nowa Huta										
średnia liczba wizyt w miesiącu	110	78	75	70	60	52	62	65	63	80
liczba pacjentów pod opieką	202	70	35	41	39	28	25	31	22	100
staż pracy w opiece środowiskowej [lata]	3	6	11	9	8	16	10	11	8	12
staż pracy w psychiatrii [lata]	22	10	20	36	8	31	25	21	31	25
ZLŚ Olkusz										
średnia liczba wizyt w miesiącu	25	20	20	5	-	13	-	-	-	20
liczba pacjentów pod opieką	30	15	10	5	-	15	-	-	-	30
staż pracy w opiece środowiskowej [lata]	4	2	4	1	-	4	-	-	-	6
staż pracy w psychiatrii [lata]	11	18	10	5	-	20	-	-	-	10

Legenda: L1 — lekarz 1; L2 — lekarz2; Ps1 — psycholog 1; Ps2 — psycholog 2; Ps3 — psycholog 3; P1 — pielęgniarka 1; P2 — pielęgniarka 2; P3 — pielęgniarka 3, P4 — pielęgniarka 4; TŚ — terapeuta środowiskowy

W badanych ZLŚ większość lekarzy (67%) ma krótszy niż 5 lat staż w opiece środowiskowej. z ZLŚ O tylko jedna osoba (terapeuta środowiskowy) ma staż pracy w opiece środowiskowej powyżej 5 lat. ZLŚ O ma nielimitowane, elastyczne godziny udzielania świadczeń od poniedziałku do soboty. W pozostałych dwóch zespołach godziny są określone od poniedziałku do piątku w podobnym zakresie od 7:30 do 20.00. Zespoły leczenia środowiskowego różnią się od siebie pod

względem wielkości zaopatrywanego obszaru, liczby zatrudnionego personelu, liczby pacjentów objętych opieką oraz pod kątem oferowanych form opieki.

#### **4.2.4. Narzędzia badawcze i metody analizy statystycznej**

W badaniu użyto następujących narzędzi:

- Kwestionariusza danych socjodemograficznych i danych klinicznych.
- Kwestionariusza opisującego model działania zespołu leczenia środowiskowego (autorskiego).
- Skali Objawów Pozytywnych i Negatywnych (ang. Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS), która ocenia stopień nasilenia 30 objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii w skali od 1–7, gdzie 1 oznacza brak występowania określonego objawu, a 7 jego skrajne nasilenie [Kay i wsp., 1987].
- Skali Werońskiej (ang. Verona Service Satisfaction Scale, VSSS-54) [Ruggeri i Dall’Agnola, 1993] służącej do oceny poziomu satysfakcji pacjenta z usług medycznych. Skala składa się z 54 pytań zamkniętych i dwóch pytań otwartych. Ocenia satysfakcję pacjenta w zakresie siedmiu obszarów: satysfakcja ogólna, profesjonalizm i zachowanie terapeutów, informacja, dostępność, skuteczność, typy interwencji, włączenie rodziny. Pacjent dokonuje oceny w skali od 1–5, gdzie 5 oznacza maksymalną ocenę.
- Kwestionariusza oceny niepełnosprawności (ang. WHO Disability Assessment Schedule 2.0, WHODAS 2.0 — 36-item) [Üstün i wsp., 2010]. Składa się on z 36 pytań oceniających poziom niepełnosprawności w skali od 1–5, gdzie 1 oznacza brak trudności w wykonaniu zadania, a 5 wysiłek skrajnie duży lub brak możliwości wykonania zadania. Ocenia się sześć obszarów: rozumienie i komunikacja, poruszanie się/mobilność, dbanie o siebie, relacje z innymi, aktywność, uczestniczenie.
- Wskaźnika sieci społecznej (Social Network Index, SNI) [Cohen i wsp., 1997] – kwestionariusza, służącego do oceny uczestniczenia chorego w życiu społecznym. Ocenia on:
  - a) zróżnicowanie sieci społecznej, czyli określenie liczby kategorii ról społecznych (z 12 dostępnych), z którymi pacjent ma regularny kontakt przynajmniej jeden raz na dwa tygodnie. Możliwy wynik w mieści się w przedziale od 0–12.
  - b) wielkość sieci społecznej pacjenta tj. sumę liczby osób spośród 12 dostępnych kategorii, z którymi pacjent ma regularny kontakt minimum jeden raz na dwa tygodnie.

c) aktywność w rolach, „osadzenie” w sieci społecznej — tj. liczbę różnych kategorii ról społecznych, w których pacjent jest aktywny. Aktywność określono jako minimum 4 regularne kontakty w danej grupie społecznej, z wyjątkiem rodziny, gdzie określono aktywność jako minimum 3 regularne kontakty. Możliwy wynik w tej skali mieści się w przedziale od 0–8.

- Skali samotności (UCLA Loneliness Scale) [Russell i wsp., 1978]. Ocenia ona subiektywny poziom poczucia osamotnienia. Składa się z 20 pytań. Pacjent wskazuje, jak często określone sytuacje dotyczą jego osoby w czteropunktowej skali: często, czasami, rzadko, nigdy. Możliwy wynik mieści się w przedziale od 0–60.

Zastosowane narzędzia, tj. PANSS, WHODAS 2.0, wskaźnik sieci społecznej (SNI), skala samotności, Skala Werońska (Verona Service Satisfacion Scale) były już wcześniej użyte w badaniach polskich i przetłumaczone na język polski. Kwestionariusz danych socjodemograficznych, Skalę Werońską do oceny poziomu satysfakcji z opieki (Verona Service Satisfacion Scale, VSSS-54), skalę samotności (Loneliness Scale UCLA) oraz wskaźnik sieci społecznej (Social Network Index, SNI) uzupełniali badani pacjenci. Badacz oceniał stan psychiczny pacjenta za pomocą skali objawów pozytywnych i negatywnych (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) oraz poziom niepełnosprawności pacjenta za pomocą skali WHODAS 2.0 i uzupełniał kwestionariusz opisujący model działania zespołu leczenia środowiskowego. Jako miarę funkcjonowania klinicznego przyjęto ocenę w skali PANSS, funkcjonowanie społeczne oceniano za pomocą skali WHODAS, wskaźnika SNI, skali samotności. Satysfakcja z opieki oceniana za pomocą skali VSSS-54 została potraktowana jako wskaźnik wyniku leczenia.

Do opracowania statystycznego wyników wykorzystano pakiety SPSS ver. 25 oraz STATISTICA 13.3. Do analizy różnic międzygrupowych wykorzystano testy chi-kwadrat, t-Studenta, test U Manna-Whitneya, ANOVĘ Kruskala-Wallisa, której istotne wyniki analizowano testem post hoc Dunna, a także ANOVĘ parametryczną (wraz z poprawką Welcha), której istotne wyniki analizowano testami post hoc Sidaka i Gamesa-Howella (w zależności od spełniania kryterium równości wariancji). Do oceny związku pomiędzy ilościowymi zmiennymi wykorzystano korelacje *r* Persona oraz *rho* Spearmana. W celu zbadania związków pomiędzy satysfakcją a wybraną grupą potencjalnych predyktorów użyto jednoczynnikowych modeli regresji liniowej, a następnie budowano model wieloczynnikowy w oparciu o metodę krokową postępującą. Przyjęty poziom istotności statystycznej we wszystkich analizach wynosił  $\alpha = 0,05$ .

## **ROZDZIAŁ V. Wyniki badań**

Wyniki badań przedstawiono zgodnie z kolejnością hipotez. W podrozdziale 5.1. opisano wyniki leczenia dla całej badanej grupy (n = 90). Jako miarę funkcjonowania klinicznego przyjęto ocenę nasilenia objawów w skali PANSS. Funkcjonowanie społeczne oceniano za pomocą trzech wskaźników: kwestionariusza oceny niepełnosprawności WHODAS, wskaźnika sieci społecznej SNI, poziomu osamotnienia mierzonego skalą samotności UCLA. Satysfakcję pacjenta z opieki oceniano za pomocą skali VSSS-54 traktowano jako wskaźnik wyników leczenia. W podrozdziale 5.2. opisano związek pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi, danymi klinicznymi, nasileniem objawów schizofrenii, funkcjonowaniem społecznym a satysfakcją z opieki w modelach jednoczynnikowych, a następnie w modelu ogólnym. W podrozdziale 5.3. przedstawiono porównanie nasilenia objawów schizofrenii, funkcjonowania społecznego oraz satysfakcji pacjenta z opieki w trzech badanych ZLS. W podrozdziale 5.4. dla porównania wyników leczenia w modelu pilotażowym i obu tradycyjnych użyto dwóch wskaźników wyniku leczenia: oceny satysfakcji pacjenta z opieki oraz liczby hospitalizacji w 2019 roku.

### **5.1. Kliniczne i społeczne wyniki leczenia oraz satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię w badanej grupie (n = 90)**

Kolejno opisano kliniczne wyniki leczenia, następnie trzy wskaźniki społeczne i satysfakcję pacjentów z opieki uzyskane w ocenie kwestionariuszowej. Poniżej przedstawiono wyniki kliniczne i społeczne w badanej grupie pacjentów (Tab. 5.1.).

Tabela 5.1. **Kliniczne i społeczne wyniki leczenia w badanej grupie n = 90**

N = 90	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	P
PANSS–suma	74,48	70,50	28,09	1,11	1,45	33,00	172,00	0,925	< 0,001
PANSS–POZ	13,74	12,00	6,73	1,54	2,62	5,00	41,00	0,854	< 0,001
PANSS–NEG	23,18	23,00	9,03	0,21	-0,85	7,00	41,00	0,971	0,044
SNI–zróżnicowanie	4,39	4,00	1,71	0,58	0,02	1,00	9,00	0,939	< 0,001
SNI–wielkość	10,36	9,00	5,98	1,40	3,00	3,00	36,00	0,893	< 0,001
SNI–aktywność w rolach	1,53	1,00	0,82	1,31	3,05	0,00	5,00	0,788	< 0,001
Poziom samotności	27,36	27,00	14,28	0,10	-0,97	0,00	58,00	0,972	0,050
WHODAS	31,05	29,86	16,59	0,62	0,44	2,78	85,42	0,972	0,048

Legenda: SNI — wskaźnik sieci społecznej, WHODAS — kwestionariusz oceny niepełnosprawności, M — średnia, Me — mediana, SD — odchylenie standardowe, Sk. — skośność, Kurt. — kurtoza, Min. — minimum, Maks. — maksimum, w — statystyka testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka, p — istotność

W ocenie stanu psychicznego za pomocą PANSS, średnia suma dla całej badanej grupy wyniosła 74,48, w zakresie objawów PANSS–POZ średnio 13,74, a PANSS–NEG średnio 23,18. Ocenę społeczną przedstawiono w trzech wskaźnikach: sieci społecznej, poziomie osamotnienia i poziomie niepełnosprawności. Zróżnicowanie sieci społecznej w badanej grupie pacjentów wyniosło nieco ponad 4, co oznacza, że pacjenci mieli regularny kontakt z czterema z dwunastu opisywanych w kwestionariuszu grup społecznych (partner, dzieci, rodzice, teściowie, inni krewni, przyjaciele, członkowie grupy wyznaniowej, współpracownicy, osoby związane ze szkołą, sąsiedzi, osoby wspólnie uczestniczące w wolontariacie, członkowie innych grup). Średnia wielkość sieci społecznej wyniosła ponad 10, co oznacza, że każdy członek badanej grupy miał regularny kontakt minimum raz na dwa tygodnie z około średnio 10 osobami. Aktywność w rolach, czyli liczba kategorii ról społecznych, w których pacjent jest aktywny (ma minimum 3 regularne kontakty w rodzinie lub 4 regularne kontakty w innej grupie społecznej) u badanych wyniosła średnio 1,53. Poziom samotności wśród badanych pacjentów wyniósł średnio 27,36 punktu na maksymalnie 60 możliwych, a średni poziom niepełnosprawności 31%.

W kolejnym kroku badawczym oceniono wyniki satysfakcji z opieki dla pacjentów w całej badanej grupie. Poniżej przedstawiono średnią ocenę ogólną i w poszczególnych badanych kategoriach (Tab. 5.2.).

Tabela 5.2. Wyniki satysfakcji z opieki dla grupy n = 90. Średnia ocena ogólna i w badanych kategoriach

N = 90	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	P
VSSS-54 — średnia	4,32	4,36	0,48	-1,16	2,02	2,61	5,00	0,919	< 0,001
VSSS-54 — satysfakcja ogólna	4,47	4,67	0,61	-1,74	5,01	1,67	5,00	0,787	< 0,001
VSSS-54 — profesjonalizm	4,23	4,44	0,47	-1,73	3,67	2,31	5,00	0,829	< 0,001
VSSS-54 —informacja	4,26	4,33	0,60	-0,90	1,13	2,33	5,00	0,899	< 0,001
VSSS-54 — dostępność	4,12	4,25	0,71	-1,45	2,66	1,50	5,00	0,840	< 0,001
VSSS-54 — skuteczność	4,20	4,25	0,59	-0,90	1,11	2,25	5,00	0,928	< 0,001
VSSS-54 — typy interwencji	4,21	4,27	0,53	-0,62	-0,06	2,75	5,00	0,954	0,003
VSSS-54 —włączenie rodziny	4,06	4,20	0,74	-1,06	1,43	1,40	5,00	0,908	< 0,001

Legenda: VSSS-54 — skala Werońska, M — średnia, Me — mediana, SD — odchylenie standardowe, Sk. — skośność, Kurt. — kurtoza, Min. — minimum, Maks. — maksimum, w — statystyka testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka, p — istotność

Średnia ocena satysfakcji z opieki mierzona skalą VSSS-54 wyniosła 4,32 (na maksymalnie 5 punktów). W poszczególnych siedmiu badanych obszarach najwyższe średnie uzyskano w ocenie satysfakcji ogólnej (4,47), informacji (4,26), profesjonalizmu (4,23). Najniżej z kolei oceniono włączenie rodziny (4,06) i dostępność (4,12). Pośrednie wartości uzyskano w skalach skuteczności (4,20) i ocenie typów interwencji (4,21).

W poniższych tabelach 5.3., 5.4., 5.5. przedstawiono odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza VSSS-54 z podziałem na siedem ocenianych obszarów, z uwzględnieniem odsetków odpowiedzi pozytywnych i negatywnych oraz średnich ocen. Odpowiedź „1”, „2” lub „3” były uznawane za brak satysfakcji, a „4” i „5” za pozytywne.

Odsetek odpowiedzi pozytywnych i negatywnych oraz średnią odpowiedzi na pytania kwestionariusza VSSS-54 z obszaru satysfakcji ogólnej oraz zadowolenia z profesjonalizmu i zachowania terapeutów zawiera tabela 5.3.

Tabela 5.3. Wyniki satysfakcji z opieki dla badanej grupy n = 90. Średnia oraz odsetki odpowiedzi pozytywnych i negatywnych na poszczególne pytania w obszarach satysfakcja ogólna oraz profesjonalizm i zachowanie terapeutów

VSSS-54	N	Procent ocen pozytywnych	Procent ocen negatywnych	Średnia punktów
<i>Satysfakcja ogólna</i>				
• Ilość pomocy	90	94,4	5,6	4,49
• Rodzaj oferowanych świadczeń	90	92,2	7,8	4,44
• Ocena ogólna otrzymanych świadczeń	90	94,4	5,6	4,48
<i>Profesjonalizm i zachowanie terapeutów</i>				
• Kompetencje i profesjonalizm psychiatrów i psychologów	90	94,4	5,6	4,57
• Dokładność i precyzja psychiatrów i psychologów	90	94,4	5,6	4,48
• Zachowanie i uprzejmość psychiatrów i psychologów	90	94,4	5,6	<b>4,63</b>
• Zdolność lekarzy i psychologów do wysłuchania i zrozumienia pacjenta	90	91,1	8,9	4,44
• Kompetencje i profesjonalizm pielęgniarek i asystentów socjalnych	90	94,4	5,6	<b>4,69</b>
• Dokładność i precyzja pielęgniarek i asystentów socjalnych	90	93,3	6,7	4,60
• Zachowanie i uprzejmość pielęgniarek i asystentów socjalnych	90	93,3	6,7	4,60
• Zdolność pielęgniarek i asystentów socjalnych do wysłuchania i zrozumienia pacjenta	90	94,4	5,6	4,59
• Wiedza pielęgniarek na temat historii leczenia	90	85,6	14,4	4,19
• Zachowanie i uprzejmość pracowników sekretariatu	90	92,2	7,8	4,37
• Jasność zaleceń co do sposobu postępowania między wizytami	90	<b>96,7</b>	3,3	4,51
• Współpraca pracowników ZLŚ między sobą	90	93,3	6,7	4,54
• Współpraca pracowników ZLŚ z lekarzem rodzinnym	90	85,6	14,4	4,14
• Zapewnienie ciągłości opieki przez tych samych pracowników	90	<b>95,6</b>	4,4	4,70
• Poufność i poszanowanie praw pacjenta	90	<b>95,6</b>	4,4	<b>4,61</b>
• Dotrzymanie ustalonych terminów wizyt	90	<b>97,8</b>	2,2	<b>4,63</b>

Odsetek odpowiedzi pozytywnych i negatywnych oraz średnią odpowiedzi na pytania kwestionariusza VSSS-54 z obszaru informacji, dostępności, skuteczności oraz włączenia rodziny zawiera tabela 5.4.



Tabela 5.4. Wyniki satysfakcji z opieki dla badanej grupy n = 90. Średnia oraz odsetki odpowiedzi pozytywnych i negatywnych na poszczególne pytania w obszarach informacja, dostępność, skuteczność i włączenie rodziny

VSSS-54	N	Procent ocen pozytywnych	Procent ocen negatywnych	Średnia punktów
<i>Informacja</i>				
• Wyjaśnienie zastosowanych metod leczenia	90	87,8	12,2	4,30
• Informacja na temat rozpoznania i rokowania	90	82,2	17,8	4,20
• Informowanie o oferowanych programach leczenia	90	91,1	8,9	4,29
<i>Dostępność</i>				
• Wygląd pomieszczeń	87	85,6	14,4	4,03
• Koszt świadczeń	90	88,9	11,1	4,33
<i>Skuteczność</i>				
• Osiągnięcie dobrego samopoczucia i zapobieganie nawrotom	90	90,0	10,0	4,39
• Pomoc w radzeniu sobie z problemami	90	87,8	12,2	4,27
• Pomoc w rozpoznawaniu swoich problemów	90	88,9	11,1	4,20
• Redukcja objawów	90	90,0	10,0	4,32
• Poprawa relacji z bliskimi	90	83,3	16,7	4,11
• Poprawa w zakresie dbania o siebie	90	90,0	10,0	4,38
• Poprawa relacji z osobami spoza rodziny	90	72,2	<b>27,8</b>	4,01
• Pomoc w poprawie zdolności do pracy	90	67,8	<b>32,2</b>	<b>3,90</b>
<i>Włączenie rodziny</i>				
• Umiejętność psychiatrów i psychologów w wysłuchaniu rodziny	90	85,6	14,4	4,28
• Zalecenia dla rodziny jak pomóc pacjentowi	90	78,9	21,1	4,03
• Informacja dla rodziny dotycząca diagnozy i rokowania	90	75,6	24,4	<b>3,89</b>
• Pomoc dla bliskich w lepszym radzeniu sobie z problemami pacjenta	90	77,8	22,2	<b>3,96</b>
• Pomoc bliskim, aby poprawić zdolność do rozumienia problemów pacjenta	90	84,4	15,6	4,13

Odsetek odpowiedzi pozytywnych i negatywnych oraz średnią odpowiedzi na pytania kwestionariusza VSSS-54 z obszaru typu interwencji zawiera tabela 5.5.

Tabela 5.5. Wyniki satysfakcji z opieki dla całej badanej grupy n = 90. Średnia oraz odsetki odpowiedzi pozytywnych i negatywnych na poszczególne pytania w obszarze typy interwencji

VSSS-54	N	Procent ocen pozytywnych	Procent ocen negatywnych	Średnia punktów
Typy interwencji				
• Gotowość do reakcji w sytuacjach nagłych w godzinach pracy	90	88,9	11,1	4,29
• Gotowość do reakcji w sytuacjach nagłych w nocy i w weekendy	90	78,9	21,1	<b>3,97</b>
• Ocena przepisanych leków	89	87,6	12,4	4,17
• Pomoc w przypadku efektów ubocznych po lekach	90	86,7	13,3	4,31
• Psychoterapia indywidualna	84	89,3	10,7	4,48
• Psychoterapia grupowa	13	76,9	23,1	4,15
• Terapia rodziny	56	76,8	23,2	4,13
• Trening umiejętności społecznych	72	87,5	12,5	4,24
• Pomoc w pracach domowych	25	88,0	12,0	4,44
• Hospitalizacja psychiatryczna za zgodą	18	77,8	22,2	<b>3,89</b>
• Hospitalizacja psychiatryczna wbrew woli	8	37,5	<b>62,5</b>	<b>2,88</b>
• Pobyt w mieszkaniu chronionym	3	66,7	<b>33,3</b>	4,00
• Zajęcia rekreacyjne organizowane przez ZLŚ	20	<b>95,0</b>	5,0	4,35
• Pomoc w organizacji zajęć rekreacyjnych poza ZLŚ	5	<b>100,0</b>	0,0	4,40
• Pomoc w znalezieniu pracy	11	72,7	<b>27,3</b>	<b>3,81</b>
• Praca chroniona	11	72,7	<b>27,3</b>	4,00
• Pomoc w uzyskaniu świadczeń	38	89,5	10,5	4,34

W sześciu pytaniach uzyskano odsetek odpowiedzi pozytywnych powyżej 95%: satysfakcja z pomocy w organizacji zajęć rekreacyjnych poza ZLŚ (100% pozytywnych odpowiedzi, liczba odpowiedzi na pytanie n = 5), zadowolenie z dotrzymania ustalonych terminów wizyt (97,8% ocen pozytywnych, n = 90), zadowolenie z jasności zaleceń co do sposobu postępowania między wizytami (96,7% pozytywnych, n = 90), satysfakcja z zapewnienia ciągłości opieki przez tych samych pracowników (95,6% pozytywnych, n = 90), zadowolenie z poufności i poszanowania praw pacjenta (95,6% pozytywnych, n = 90), satysfakcja z zajęć rekreacyjnych organizowanych przez ZLŚ (95% pozytywnych, n = 20). W sześciu pytaniach uzyskano odsetek odpowiedzi negatywnych wynoszący powyżej 25%: zadowolenie z hospitalizacji psychiatrycznej wbrew woli (62,5% negatywnych ocen, liczba odpowiedzi na pytanie n = 8), zadowolenie z pobytu w mieszkaniu

chronionym (33,3% negatywnych ocen, n = 3), satysfakcja z pomocy w poprawie zdolności do pracy (32,2% negatywnych odpowiedzi, n = 90), zadowolenie z poprawy relacji z osobami spoza rodziny (27,8%, n = 90), satysfakcja z pomocy w znalezieniu pracy (27,3%, n = 11), zadowolenie z pracy chronionej (27,3%, n = 11).

Najwyższą średnią odpowiedzi uzyskano w następujących pytaniach: zadowolenie z kompetencji i profesjonalizmu pielęgniarek i pracowników socjalnych (4,69), satysfakcja z zachowania i uprzejmości psychiatrów i psychologów (4,63), zadowolenie z dotrzymania ustalonych terminów wizyt (4,63), satysfakcja z poufności i poszanowania praw pacjenta (4,61). We wszystkich wymienionych pytaniach liczba odpowiedzi wyniosła n = 90. W siedmiu pytaniach uzyskano średnią poniżej 4 punktów. Najniżej oceniono hospitalizację psychiatryczną wbrew woli (średnia 2,88; liczba odpowiedzi n = 8), zadowolenie z pomocy w znalezieniu pracy (3,81; n = 11), zadowolenia z hospitalizacji psychiatrycznej za zgodą (3,89; n = 18), satysfakcję z informacji dotyczącej diagnozy i rokowania udzielonej rodzinie (3,89; n = 90), zadowolenie z pomocy w poprawie zdolności do pracy (3,9; n = 90), satysfakcję pacjenta z pomocy udzielonej jego bliskim, aby mogli lepiej radzić sobie z jego problemami (3,96; n = 90) oraz zadowolenie z gotowości ZLS do reakcji w sytuacjach nagłych w nocy i weekendy (3,97; n = 90).

## **5.2. Czynniki rokownicze związane z wyższą satysfakcją z opieki pacjentów chorujących na schizofrenię w badanej grupie (n = 90)**

Związek czynników socjodemograficznych, klinicznych oraz nasilenia objawów schizofrenii i opisujących funkcjonowanie społeczne z wyższą satysfakcją z opieki pacjentów chorujących na schizofrenię w badanej grupie analizowano w pierwszym kroku dla modeli jednoczynnikowych. Przedstawiono go w dwóch kolejnych tabelach (tabele 5.6. i 5.7.), a następnie wyłoniono modele ogólne (tabela 5.8., 5.9.). Modele jednoczynnikowych regresji liniowych dla wyższej satysfakcji z opieki w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych opisano w tabeli 5.6.

Tabela 5.6. Modele jednoczynnikowych regresji liniowych dla wyższej satysfakcji z opieki w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych (n = 90)

		B	SE	Beta	t	R <sup>2</sup>	F	P
Modele jednoczynnikowe	Płeć (M)	0,03	0,08	0,05	0,48	< 0,01	0,23	0,633
	Wiek	-0,01	< 0,01	-0,18	-1,72	0,03	2,96	0,089
	Wykształcenie	-0,07	0,03	-0,26	-2,40	0,07	5,75	<b>0,029</b>
	Status cywilny (w związku)	-0,07	0,09	-0,08	-0,71	0,01	0,50	0,483
	Mieszkanie (nie sam)	-0,03	0,10	-0,04	-0,33	< 0,01	0,11	0,739
	Posiadanie dzieci (tak)	0,01	0,08	0,01	0,07	< 0,01	0,01	0,943
	Praca (tak)	0,20	0,09	0,23	2,21	0,05	4,87	<b>0,030</b>
	Leczenie psychiatryczne (lata)	-0,001	< 0,01	-0,08	-0,71	0,01	0,50	0,482
	Leczenie w ZLŚ (lata)	-0,02	0,01	0,13	1,16	0,02	1,34	0,251
	Całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych	-0,001	0,01	-0,01	-0,08	< 0,01	0,01	0,938
	Leki depot (tak)	0,01	0,08	0,01	0,08	< 0,01	0,01	0,936
	Liczba leków psychiatrycznych	0,05	0,03	0,15	1,35	0,02	1,82	0,180
	Liczba LPP	0,08	0,06	0,15	1,35	0,02	1,82	0,181
	Choroby współistniejące (tak)	-0,16	0,07	-0,23	-2,15	0,05	4,63	<b>0,034</b>

Legenda: B — niestandardyzowany współczynnik regresji, SE — błąd standardowy, Beta — standaryzowany współczynnik regresji, t — statystyka t dla współczynnika regresji, R<sup>2</sup> — współczynnik determinacji, F — statystyka F dla modelu, p — poziom istotności, LPP — leki przeciwpsychotyczne

Wstępna analiza wykazała, że czynnikami związanymi z wyższą satysfakcją z opieki w badanej grupie było niższe wykształcenie pacjentów, praca oraz brak chorób współistniejących.

Modele jednoczynnikowych regresji liniowych dla wyższej satysfakcji z opieki w zależności od kwestionariuszowych zmiennych opisujących nasilenie objawów schizofrenii i funkcjonowanie społeczne opisano w tabeli 5.7.

Tabela 5.7. Modele jednoczynnikowych regresji liniowych dla wyższej satysfakcji z opieki w zależności od kwestionariuszowych zmiennych opisujących nasilenie objawów schizofrenii i funkcjonowanie społeczne

		B	SE	Beta	T	R <sup>2</sup>	F	p
Modele jednoczynnikowe	Skala samotności UCLA	-0,01	< 0,01	-0,22	-2,03	0,05	4,14	<b>0,045</b>
	WHODAS	-0,01	< 0,01	-0,31	-2,96	0,10	8,77	<b>0,004</b>
	PANSS–suma	-0,01	< 0,01	-0,37	-3,59	0,14	12,92	<b>0,001</b>
	PANSS–POZ	-0,02	0,01	-0,39	-3,81	0,15	14,55	< <b>0,001</b>
	PANSS–NEG	-0,01	< 0,01	-0,25	-2,37	0,06	5,63	<b>0,020</b>
	SNI–zróźnicowanie	0,07	0,02	0,32	3,08	0,11	9,51	<b>0,003</b>
	SNI–wielkość	0,01	0,01	0,20	1,80	0,04	3,25	0,075
	SNI–aktywność w rolach	0,07	0,06	0,13	1,23	0,02	1,52	0,222

Legenda: B — niestandardyzowany współczynnik regresji, SE — błąd standardowy, Beta — standardyzowany współczynnik regresji, t — statystyka t dla współczynnika regresji, R<sup>2</sup> — współczynnik determinacji, F — statystyka F dla modelu, p — poziom istotności

W zakresie kwestionariuszowych zmiennych opisujących nasilenie objawów schizofrenii i funkcjonowanie społeczne istotnymi czynnikami powiązanimi z wyższą satysfakcją z opieki okazały się niższe wyniki na skali samotności UCLA, WHODAS, PANSS–suma oraz w podskalach oceniających poziom objawów pozytywnych i negatywnych oraz SNI–zróźnicowanie. Wyższa satysfakcja z opieki powiązana była z mniejszym poziomem objawów psychopatologicznych zarówno sumarycznych, jak i pozytywnych i negatywnych, z niższym poziomem osamotnienia, niższym poziomem niepełnosprawności, większym zróźnicowaniem sieci społecznej. Wśród wyodrębnionych czynników największe znaczenie miało nasilenie objawów pozytywnych schizofrenii ( $p < 0,001$ ).

Model całościowy, w którym analizowano związek czynników socjodemograficznych, danych klinicznych, nasilenia objawów schizofrenii i skal opisujących funkcjonowanie społeczne z satysfakcją z opieki w grupie wszystkich badanych powstał w oparciu o wyniki modeli jednoczynnikowych, a do analizy wytypowano w pierwszej kolejności zmienne istotne, a następnie te, których poziom istotności wynosił  $p \leq 0,25$  [Stanisz, 2016]. Do modelu włączono zatem takie czynniki, jak: wiek, wykształcenie, praca, długość leczenia w ZLŚ (zmienna: „leczenie w ZLŚ lata”), liczba leków psychiatrycznych, liczba leków przeciwpsychotycznych (zmienna: „liczba LPP”), choroby współistniejące oraz wyniki wszystkich kwestionariuszy klinicznych. Następnie, z uwagi na występujące zjawisko współliniowości/nadmiarowości, w oparciu o wyniki macierzy korelacji z modelu usunięto zmienne PANSS–NEG i PANSS–suma wysoce skorelowane z wynikiem PANSS–POZ, dla którego uzyskano w modelach jednoczynnikowych efekt najsilniejszy. Następnie usunięto kolejno SNI–wielkość oraz SNI–aktywność w rolach wysoce

skorelowane z jedynym istotnym w modelach jednoczynnikowych wynikiem SNI–różnicowanie. Dalsza analiza doprowadziła do usunięcia danych dotyczących liczby LPP ze względu na korelacja z ogólną sumą leków oraz wyników skali samotności UCLA w oparciu o wyraźne związki z wynikami WHODAS. Z uwagi na bardziej obiektywną ocenę pozostawiono wynik WHODAS oraz wyniki PANSS–POZ, jako jedyną miarę poziomu nasilenia objawów. Model z dziewięcioma pozostałymi zmiennymi przeliczono w oparciu o metodę regresji krokowej postępującej na próbie  $n = 77$ , gdyż 13 osób usunięto w procedurze analizy przypadków odstających. Wyniki umieszczono w tabeli 5.8.

Tabela 5.8. Model pierwszy regresji wielorakiej dla zmiennej satysfakcja z opieki z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych, danych klinicznych, nasilenia objawów schizofrenii oraz kwestionariuszy opisujących funkcjonowanie społeczne

		B	SE	Beta	t	p	$\Delta R^2$	korel. semicząst
Model wieloczynnikowy (krok. postępow.)	1. WHODAS	-0,01	< 0,01	-0,46	-4,11	< <b>0,001</b>	0,18	-0,36
	2. Leczenie w ZLŚ (lata)	0,09	0,04	0,36	4,03	< <b>0,001</b>	0,10	0,35
	3. Wiek	-0,01	< 0,01	-0,37	-3,98	< <b>0,001</b>	0,09	-0,35
	4. Wykształcenie	-0,09	0,03	-0,30	-3,20	<b>0,002</b>	0,07	-0,28
	5. PANSS–POZ	-0,01	0,01	-0,15	-1,35	0,180	0,02	-0,12
	6. SNI–różnicowanie	0,03	0,02	0,11	1,21	0,231	0,01	0,11

$F(6, 70) = 10,38$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,47$ ,  $R^2$  skorygowany modelu = **0,43**; błąd stand. estym. = 0,28

Legenda: B — niestandardyzowany współczynnik regresji, SE — błąd standardowy, Beta — standaryzowany współczynnik regresji, t — statystyka t dla współczynnika regresji, p — poziom istotności,  $R^2$  — współczynnik determinacji, korel. semicząst. — korelacja semicząteczkowa

Powyższy, pierwszy model wykazał istotność czterech czynników rokowniczych wyższego poziomu satysfakcji z opieki. Wyższa satysfakcja z opieki wiązała się z niższym poziomem niepełnosprawności, dłuższym czasem leczenia w ramach ZLŚ, niższym wiekiem oraz niższym wykształceniem. Dodatkowo w modelu znalazły się nieistotne zmienne PANSS–POZ oraz SNI–różnicowanie, których uwzględnienie pozwalało wraz z pozostałymi czynnikami wyjaśnić 43% wariacji zmiennej zależnej<sup>1</sup>, z której najwięcej, 18%, wyjaśniały wyniki WHODAS. Poza tym, miary siły związków były podobne dla wszystkich istotnych czynników i posiadały słabe, ale wyraźne korelacje. Model był dobrze dopasowany oraz spełniał kryteria stosowania metody regresji wielorakiej.

<sup>1</sup> Próba usunięcia skal powodowała spadek współczynnika determinacji do 41%, przy jednoczesnym identycznym poziomie błędów standardowych estymacji i istotności pozostałych zmiennych.

Zwrócono uwagę na fakt, że PANSS–POZ w analizach regresji jednoczynnikowych był zmienną, która wykazywała najwyższą istotność i zweryfikowano powyższy model przez usunięcie z niego WHODAS. Wówczas sam model drugi wyjaśniał 30% wariancji zmiennej zależnej, a PANSS–POZ — 11%, przy takiej samej wartości błędu standardowego (0,28). Przetestowano również model trzeci po usunięciu z niego PANSS–POZ i uzyskano wówczas 42% wyjaśnienia wariancji zmiennej zależnej. WHODAS wyjaśniał 18% (błąd standardowy 0,28) (Tab. 5.9.).

Tabela 5.9. Model trzeci regresji wielorakiej dla zmiennej satysfakcja z opieki po usunięciu PANSS-POZ

		B	SE	Beta	t	P	$\Delta R^2$	korel. Semi-czast.
Model wieloczynnikowy (krok. postęp.)	1. WHODAS	-0,01	< 0,01	-0,54	-5,64	< <b>0,001</b>	0,18	-0,54
	2. Leczenie w ZŁŚ (lata)	0,04	< 0,01	0,37	4,04	<b>0,002</b>	0,10	0,37
	3. Wiek	-0,01	< 0,01	-0,35	-3,79	<b>0,002</b>	0,09	-0,35
	4. Wykształcenie	-0,09	0,03	-0,28	-3,03	<b>0,005</b>	0,07	-0,28
	5. SNI zróżnicowanie	0,03	0,02	0,14	1,52	0,134	0,01	0,14

$F(5, 71) = 11,95$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,45$ ,  **$R^2$  skorygowany modelu = 0,42**; błąd stand. estym. = 0,28

Legenda: B — niestandardyzowany współczynnik regresji, SE — błąd standardowy, Beta — standardyzowany współczynnik regresji, t — statystyka t dla współczynnika regresji, p — poziom istotności,  $R^2$  — współczynnik determinacji, korel. semiczast. — korelacja semicząteczkowa

Oznacza to, że model pierwszy przedstawiony w tabeli 5.8. w najlepszy sposób określa czynniki wpływające na satysfakcję z opieki, a WHODAS jako współczynnik określający funkcjonowanie społeczne w sposób dużo bardziej istotny wpływa na ocenę satysfakcji z opieki niż PANSS–POZ oceniający stopień nasilenia objawów.

### 5.3. Kliniczne i społeczne wyniki leczenia oraz satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię. Porównanie międzygrupowe w trzech ZŁŚ (w każdym n = 30)

#### Ocena i porównanie stanu klinicznego i funkcjonowania społecznego w zespołach leczenia środowiskowego

W tabelach 5.10., 5.11. i 5.12. przedstawiono statystyki opisowe dla każdego z trzech badanych ZŁŚ. Poniżej przedstawiono statystyki opisowe oraz wynik testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla danych klinicznych i parametrów opisujących nasilenie objawów schizofrenii,

funkcjonowanie społeczne oraz satysfakcję z opieki dla grupy pacjentów z grupy pilotażowej ZLS Śródmieście (Tab. 5.10.).

Tabela 5.10. Charakterystyka kliniczna oraz wyniki opisujące nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcję z opieki w ZLS Śródmieście n = 30

ZLS Śródmieście, N = 30	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
Wiek	43,97	40,00	13,53	0,14	-1,14	18,00	65,00	0,930	0,051
Długość leczenia psychiatrycznego	17,58	17,00	12,36	0,77	-0,01	0,50	45,00	0,922	0,031
Długość leczenia w ZLS	5,42	5,50	3,95	1,06	1,15	0,50	16,00	0,874	0,002
Całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych	3,83	3,00	4,01	3,47	14,90	0,00	22,00	0,637	< 0,001
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych w 2019	0,07	0,00	0,25	3,66	12,21	0,00	1,00	0,275	< 0,001
Liczba zażywanych leków psychiatrycznych	1,93	2,00	1,05	0,91	1,40	0,00	5,00	0,882	0,003
Liczba zażywanych leków przeciwpsychotycznych	1,43	1,00	0,73	0,25	0,01	0,00	3,00	0,838	< 0,001
SNI–zróźnicowanie	4,30	4,00	1,97	0,74	0,00	1,00	9,00	0,924	0,034
SNI–wielkość	7,90	7,00	3,57	0,44	-0,93	3,00	15,00	0,929	0,047
SNI–aktywność w rolach	1,13	1,00	0,43	0,79	2,01	0,00	2,00	0,590	< 0,001
Poziom samotności	34,50	40,0	14,97	-0,25	-1,37	7,00	58,00	0,920	0,027
WHODAS	41,34	41,32	17,37	0,34	0,54	5,56	85,42	0,979	0,803
VSSS-54 — średnia ocena	4,28	4,30	0,44	-1,02	2,36	2,84	4,95	0,935	0,069
VSSS-54 — satysfakcja ogólna	4,38	4,33	0,48	-0,63	0,74	3,00	5,00	0,898	0,008
VSSS-54 — profesjonalizm	4,12	4,22	0,47	-1,39	2,79	2,56	4,69	0,893	0,006
VSSS-54 — informacja	4,21	4,17	0,45	-0,08	0,86	3,00	5,00	0,906	0,012
VSSS-54 — dostępność	4,08	4,00	0,59	-1,43	4,19	2,00	5,00	0,843	< 0,001
VSSS-54 — skuteczność	4,22	4,25	0,48	-0,67	1,46	2,75	5,00	0,939	0,087
VSSS-54 — typy interwencji	4,14	4,19	0,49	-0,44	-0,11	2,88	4,88	0,959	0,288
VSSS-54 -włączenie rodziny	4,27	4,20	0,51	-0,83	2,63	2,60	5,00	0,884	0,003
PANSS–suma	95,10	96,50	33,99	0,19	0,07	33,00	172,00	0,966	0,437
PANSS–POZ	18,43	18,50	8,73	0,60	-0,22	7,00	41,00	0,932	0,057
PANSS–NEG	25,60	25,50	10,32	-0,23	-0,97	8,00	41,00	0,939	0,085

Legenda: M — średnia, Me — mediana, SD — odchylenie standardowe, Sk. — skośność, Kurt. — kurtoza, Min. — minimum, Maks. — maksimum, w — statystyka testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka, p — istotność

Następnie przedstawiono statystyki opisowe oraz wynik testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla danych klinicznych i parametrów opisujących nasilenie objawów schizofrenii, funkcjonowanie społeczne oraz satysfakcję z opieki dla grupy pacjentów z ZLS Nowa Huta (5.11.).



Tabela 5.11. Charakterystyka kliniczna oraz wyniki opisujące nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcję z opieki w ZLŚ Nowa Huta n = 30

ZLŚ -Nowa Huta, N = 30	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
Wiek	53,70	57,00	12,48	-0,20	-1,06	33,0	75,00	0,933	0,060
Długość leczenia psychiatrycznego	24,93	25,50	11,94	0,43	0,38	4,00	56,00	0,977	0,730
Długość leczenia w ZLŚ	7,63	7,50	5,24	1,48	3,32	1,00	25,00	0,883	0,003
Całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych	5,97	3,50	7,69	3,22	13,20	0,00	40,00	0,658	< 0,001
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych w 2019	0,13	0,00	0,35	2,27	3,39	0,00	1,00	0,404	< 0,001
Liczba zażywanych leków psychiatrycznych	2,60	3,00	1,28	0,19	-1,05	1,00	5,00	0,891	0,005
Liczba zażywanych leków przeciwpsychotycznych	1,70	2,00	0,84	0,64	0,81	0,00	4,00	0,862	0,001
SNI–różnicowanie	4,37	4,00	1,73	0,58	0,49	1,00	9,00	0,931	0,054
SNI–wielkość	11,23	10,00	6,74	1,70	3,69	3,00	34,00	0,859	0,001
SNI–aktywność w rolach	1,63	1,00	0,96	1,57	3,95	0,00	5,00	0,795	< 0,001
Poziom samotności	26,27	29,00	11,92	-0,48	-0,69	3,00	43,00	0,934	0,064
WHODAS	26,37	25,69	12,21	0,46	0,61	3,47	59,72	0,984	0,918
VSSS-54 — średnia ocena	4,38	4,37	0,42	-0,77	1,28	3,09	5,00	0,931	0,050
VSSS-54 — satysfakcja ogólna	4,63	5,00	0,47	-0,81	-0,91	3,67	5,00	0,742	< 0,001
VSSS-54 — profesjonalizm	4,31	4,47	0,37	-1,01	0,36	3,31	4,69	0,879	0,003
VSSS-54 — informacja	4,36	4,33	0,61	-1,25	2,69	2,33	5,00	0,863	0,001
VSSS-54 — dostępność	4,02	4,00	0,88	-1,42	1,89	1,50	5,00	0,824	< 0,001
VSSS-54 — skuteczność	4,21	4,25	0,57	-0,70	0,57	2,63	5,00	0,937	0,075
VSSS-54 — typy interwencji	4,34	4,33	0,44	-0,36	-0,30	3,33	5,00	0,952	0,196
VSSS-54 -włączenie rodziny	3,91	4,00	0,87	-1,16	1,49	1,40	5,00	0,898	0,008
PANSS–suma	62,33	60,50	14,46	0,15	-0,71	34,00	90,00	0,970	0,549
PANSS–POZ	11,57	10,50	4,01	0,93	0,46	5,00	21,00	0,909	0,014
PANSS — NEG	21,00	21,00	7,09	0,41	-0,96	11,00	35,00	0,935	0,067

Legenda: M — średnia, Me — mediana, SD — odchylenie standardowe, Sk. — skośność, Kurt. — kurtoza, Min. — minimum, Maks. — maksimum, w — statystyka testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka, p — istotność

Poniżej przedstawiono statystyki opisowe oraz wynik testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla danych klinicznych i parametrów opisujących nasilenie objawów schizofrenii, funkcjonowanie społeczne oraz satysfakcję z opieki dla grupy pacjentów z ZLŚ Olkusz (Tab. 5.12.).

Tabela 5.12. Charakterystyka kliniczna oraz wyniki opisujące nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcję z opieki w ZLŚ Olkusz n = 30

ZLŚ Olkusz, N = 30	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	P
Wiek	46,03	42,00	12,46	0,49	-0,72	27,00	72,00	0,054	0,930
Długość leczenia psychiatrycznego	16,53	14,50	10,33	1,02	1,83	2,00	49,00	0,932	0,054
Długość leczenia w ZLŚ	2,87	2,50	1,94	0,90	-0,30	1,00	7,00	0,839	< 0,001
Całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych	8,00	6,00	9,56	2,68	7,45	0,00	40,00	0,652	< 0,001
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych w 2019	0,23	0,00	0,43	1,33	-0,26	0,00	1,00	0,526	< 0,001
Liczba zażywanych leków psychiatrycznych	2,43	2,00	1,17	1,29	2,18	1,00	6,00	0,841	< 0,001
Liczba zażywanych leków przeciwpsychotycznych	1,77	2,00	0,63	1,10	4,41	1,00	4,00	0,666	< 0,001
SNI–zróźnicowanie	4,50	4,00	1,43	0,38	-0,80	2,00	7,00	0,909	0,014
SNI–wielkość	11,77	11,50	5,99	0,67	0,00	3,00	26,00	0,936	0,070
SNI–aktywność w rolach	1,83	2,00	0,83	0,33	0,62	0,00	4,00	0,878	0,003
Poziom samotności	21,30	19,50	12,93	0,50	-0,53	0,00	47,00	0,934	0,060
WHODAS	25,44	23,26	15,14	0,55	-0,31	2,78	60,42	0,959	0,290
VSSS-54 — średnia ocena	4,31	4,36	0,57	-1,38	2,03	2,61	5,00	0,880	0,003
VSSS-54 — satysfakcja ogólna	4,40	4,67	0,80	-1,96	4,42	1,67	5,00	0,743	< 0,001
VSSS-54 — profesjonalizm	4,25	4,44	0,55	-2,21	5,06	2,31	4,69	0,716	< 0,001
VSSS-54 — informacja	4,22	4,33	0,72	-0,93	0,23	2,33	5,00	0,887	0,004
VSSS-54 — dostępność	4,25	4,50	0,63	-1,18	1,23	2,5	5,00	0,842	< 0,001
VSSS-54 — skuteczność	4,16	4,25	0,72	-0,99	0,81	2,25	5,00	0,909	0,014
VSSS-54 — typy interwencji	4,17	4,31	0,63	-0,70	-0,43	2,75	5,00	0,923	0,030
VSSS-54 -włączenie rodziny	3,99	4,10	0,78	-0,50	-0,53	2,20	5,00	0,933	0,060
PANSS–suma	66,00	64,00	19,74	0,83	0,46	38,00	119,00	0,942	0,100
PANSS–POZ	11,23	11,00	3,56	0,68	0,34	7,00	21,00	0,921	0,030
PANSS–NEG	22,93	22,50	9,06	0,25	-0,70	7,00	41,00	0,972	0,580

Legenda: M — średnia, Me — mediana, SD — odchylenie standardowe, Sk. — skośność, Kurt. — kurtoza, Min. — minimum, Maks. — maksimum, w — statystyka testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka, p — istotność

## Porównania międzygrupowe

Porównań międzygrupowych pomiędzy trzema zespołami leczenia środowiskowego dokonano analizując wiek i wskaźniki kliniczne (tab. 5.13), nasilenie objawów (tab. 5.14) oraz funkcjonowanie społeczne opisane poprzez trzy wskaźniki (tab.5.15).

Tabela 5.13. Porównanie wewnątrzgrupowe wieku i danych klinicznych u badanych w trzech ZLS ( w każdym n = 30)

	ZLS Ś M ± SD; Me	ZLS NH M ± SD; Me	ZLS O M ± SD; Me	ANOVA	η <sup>2</sup>	p
Wiek	43,97 ± 13,53; 40,00	53,70 ± 12,48 57,00	46,03 ± 12,46 42,00	F(2,87) = 4,79	η <sup>2</sup> = 0,1	<b>p = 0,011</b>
Długość leczenia psychiatrycznego	17,58 ± 12,36 17,00	24,93 ± 11,94 25,50	16,53 ± 10,33 14,50	F (2,87) = 4,69	η <sup>2</sup> = 0,10	<b>p = 0,012</b>
Wiek w trakcie zachorowania	26,38 ± 11,63 24,50	28,77 ± 10,01 26,50	29,50 ± 12,12 26,00	F(2,87) = 0,63	η <sup>2</sup> = 0,01	p = 0,538
Długość leczenia w ZLS	5,42 ± 3,95 5,50	7,63 ± 5,24 7,50	2,87 ± 1,94 2,50	F(2,49,38) = 13,83	ω <sup>2</sup> = 0,22	<b>p &lt; 0,001</b>
Całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych	3,83 ± 4,01 3,00	5,97 ± 7,69 3,50	8,00 ± 9,56 6,00	H(2) = 5,42	η <sup>2</sup> = 0,06	p = 0,067
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych w 2019	0,07 ± 0,25 0,00	0,13 ± 0,35 0,00	0,23 ± 0,43 0,00	H(2) = 3,38	η <sup>2</sup> = 0,04	p = 0,185
Liczba zażywanych leków psychiatrycznych	1,93 ± 1,05 2,00	2,60 ± 1,28 3,00	2,43 ± 1,17 2,00	H(2) = 5,10	η <sup>2</sup> = 0,06	p = 0,078
Liczba zażywanych leków przeciwpyschotycznych	1,43 ± 0,73 1,00	1,70 ± 0,84 2,00	1,77 ± 0,63 2,00	H(2) = 3,56	η <sup>2</sup> = 0,04	p = 0,168

Legenda: M — średnia, Me — mediana, SD — odchylenie standardowe, F — statystyka testu wariancji ANOVA, H — statystyka testu wariancji ANOVA Kruskala-Wallisa, η<sup>2</sup> — miara siły efektu, p — istotność

W celu weryfikacji różnic między grupami użyto testu wariancji ANOVA, ANOVA Welcha i ANOVA Kruskala-Wallisa, a następnie wykonano testy post hoc Sidaka i Gamesa-Howella. Grupy badane różniły się pod kątem wieku — według testu post hoc Gamesa-Howella najstarsi pacjenci byli pod opieką ZLS NH. W porównaniu ZLS NH i ZLS Ś poziom istotności p wyniósł 0,015, a między ZLS NH i ZLS O p = 0,05. Pacjenci istotnie różnili się w zakresie długości leczenia psychiatrycznego. W testach post hoc Sidaka wykazano, że pacjenci z ZLS NH leczyli się psychiatrycznie istotnie dłużej niż pacjenci z ZLS O (p = 0,018) i ZLS Ś (p = 0,047). Wykazano różnicę między długością leczenia w badanych zespołach. W teście post hoc Gamesa-Howella wykazano, że pacjenci z ZLS O byli pod opieką istotnie krócej niż pacjenci z ZLS Ś (p = 0,008) oraz ZLS NH (p < 0,001). Średnia całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych oraz średnia liczba hospitalizacji psychiatrycznych w 2019 roku były najwyższe w ZLS O. Pierwszy wynik pozostawał na granicy istotności statystycznej (p = 0,067), co oznacza, że temat wymaga dalszej eksploracji. Na granicy istotności (p = 0,078) pozostawał również wynik porównania liczby przyjmowanych leków psychiatrycznych między badanymi ZLS, ale poziom różnic wymaga dalszych badań, gdyż był zbyt mały i nie pozwalał na szczegółową analizę. Porównanie nasilenia objawów klinicznych w trzech badanych ZLS znajduje się w tabeli 5.14.

Tabela 5.14. Porównanie nasilenia objawów klinicznych w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego (w każdym n = 30)

	ZLŚ Ś M ±SD	ZLŚ NH M ±SD	ZLŚ O M ±SD	ANOVA Welcha	$\omega^2/\eta^2$	p
PANSS–suma	95,10 ± 33,99	62,33 ± 14,46	66,00 ± 19,74	F(2,53,42) = 11,704	$\omega^2 = 0,09$	<b>p &lt; 0,001</b>
PANSS–POZ	18,43 ± 8,73	11,57 ± 4,01	11,23 ± 3,56	F(2,54,02) = 8,909	$\omega^2 = 0,15$	<b>p &lt; 0,001</b>
PANSS–NEG	25,60 ± 10,32	21,00 ± 7,09	22,93 ± 9,06	F(2,87) = 2,027	$\eta^2 = 0,04$	p = 0,141

Legenda: M — średnia, SD — odchylenie standardowe, F — statystyka testu ANOVA,  $\omega^2/\eta^2$  — miara siły efektu, p — istotność

Dla porównania nasilenia objawów klinicznych w trzech badanych grupach wykonano testy wariacji ANOVA Welcha oraz testy post hoc Gamesa-Howella, aby określić różnice między grupami. Uzyskano istotne różnice w zakresie objawów psychopatologicznych mierzonych skalą PANSS. W testach post hoc Gamesa-Howella wykazano, że poziom objawów psychopatologicznych był istotnie wyższy u pacjentów z ZLŚ Ś niż u pacjentów z ZLŚ O ( $p < 0,001$ ) oraz niż u pacjentów z ZLŚ NH ( $p < 0,001$ ), natomiast nie stwierdzono różnic między poziomem objawów psychopatologicznych u pacjentów ZLŚ NH i ZLŚ O ( $p = 0,69$ ). Grupy różniły się istotnie także w zakresie objawów pozytywnych schizofrenii. W testach post hoc Gamesa-Howella wykazano istotną różnicę w nasileniu objawów pozytywnych między badanymi z ZLŚ Ś i ZLŚ NH ( $p < 0,001$ ) oraz między pacjentami z ZLŚ Ś i ZLŚ O ( $p < 0,001$ ). Nie stwierdzono istotnej różnicy w poziomie objawów pozytywnych między badanymi z ZLŚ NH i ZLŚ O. Poziom objawów negatywnych schizofrenii w badanych grupach był zbliżony i nie wykazywał istotnej różnicy.

*Funkcjonowanie społeczne.* Porównanie funkcjonowania społecznego w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego opisano poprzez trzy różne wskaźniki: ocenę niepełnosprawności, opis sieci społecznej i ocenę stopnia przeżywanego samotności. Wyniki przedstawiono poniżej w tabeli 5.15.

Tabela 5.15. Porównanie funkcjonowania społecznego w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego (w każdym n = 30)

	ZLŚ Ś M ±SD	ZLŚ NH M ±SD	ZLŚ O M ± SD	ANOVA	η <sup>2</sup>	p
SNI–zróżnicowanie	4,30 ± 1,97	4,37 ± 1,73	4,50 ± 1,43	F(2,87) = 0,11	η <sup>2</sup> < 0,01	p = 0,901
SNI–wielkość	7,90 ± 3,57	11,23 ± 6,74	11,77 ± 5,99	F(2,87) = 3,16	η <sup>2</sup> = 0,07	<b>p = 0,048</b>
SNI–aktywność w rolach	1,13 ± 0,43	1,63 ± 0,96	1,83 ± 0,83	H(2) = 14,31	η <sup>2</sup> = 0,16	<b>p &lt; 0,001</b>
Poziom samotności	34,50 ± 14,97	26,27 ± 11,92	21,30 ± 12,93	F(2,87) = 7,50	η <sup>2</sup> = 0,15	<b>p &lt; 0,001</b>
WHODAS	41,34 ± 17,37	26,37 ± 12,21	25,44 ± 15,14	F(2,87) = 10,54	η <sup>2</sup> = 0,20	<b>p &lt; 0,001</b>

Legenda: M — średnia, SD — odchylenie standardowe, F — statystyka testu ANOVA, H — statystyka testu ANOVA Kruskala — Wallisa, η<sup>2</sup> — miara siły efektu, p — istotność

Porównania funkcjonowania społecznego między grupami dokonano za pomocą analizy wariancji ANOVA i ANOVA Kruskala-Wallisa oraz testów post hoc Gamesa-Howella i Sidaka dla wskazania różnic między grupami. W jednoczynnikowej ANOVIE stwierdzono istotne statystycznie różnice między badanymi grupami w zakresie wielkości sieci społecznej, natomiast w testach post hoc Sidaka były one zbyt małe, żeby być istotne: różnica między ZLŚ Ś i ZLŚ O wynosiła p = 0,064. W ZLŚ Ś widoczna była najmniejsza liczba grup społecznych, w których pacjent posiada przynajmniej 4 osoby, z którymi utrzymuje regularny kontakt (lub 3 osoby w przypadku rodziny) — średnio 1,13 vs. 1,63 w ZLŚ NH vs. 1,83 w ZLŚ O. Różnice w testach post hoc Sidaka w zakresie aktywności w rolach w sieci społecznej widoczne były między ZLŚ Ś a ZLŚ NH (p = 0,018) oraz między ZLŚ Ś a ZLŚ O (p < 0,001). W ZLŚ Ś pacjenci relacjonowali najwyższy subiektywny poziom osamotnienia, istotnie wyższy niż w ZLŚ O — różnice potwierdzono testem post hoc Gamesa-Howella (p < 0,001). Nie uwidoczniono różnic między ZLŚ Ś i ZLŚ NH oraz między ZLŚ NH i ZLŚ O. Stwierdzono istotne różnice w poziomie niepełnosprawności ocenianej kwestionariuszem WHODAS, w testach post hoc Gamesa-Howella wykazano, że różnica była między ZLŚ Ś a ZLŚ NH (p < 0,001) i między ZLŚ Ś a ZLŚ O (p < 0,001). Nie było istotnej różnicy w poziomie niepełnosprawności między ZLŚ NH i ZLŚ O (p = 0,96).

*Satysfakcja pacjentów z opieki.* Poniżej przedstawiono porównanie średnich ocen w skali VSSS-54 oraz średnich w siedmiu badanych obszarach VSSS-54: satysfakcja ogólna, profesjonalizm, informacja, dostępność, skuteczność, typy interwencji, włączanie rodziny. (Tab. 5.16.).

Tabela 5.16. Porównanie średnich ocen VSSS-54 oraz średnich w siedmiu badanych obszarach w trzech badanych ZLS

	ZLS Ś M ±SD	ZLS NH M ±SD	ZLS O M ±SD	ANOVA	η <sup>2</sup>	p
VSSS-54 — średnia ocena	4,28 ± 0,44	4,38 ± 0,42	4,31 ± 0,57	F(2,87) = 0,48	η <sup>2</sup> = 0,01	p = 0,619
VSSS-54 — satysfakcja ogólna	4,38 ± 0,48	4,63 ± 0,47	4,40 ± 0,80	F(2,87) = 1,64	η <sup>2</sup> = 0,04	p = 0,200
VSSS-54 — profesjonalizm	4,12 ± 0,47	4,31 ± 0,37	4,25 ± 0,55	F(2,87) = 1,39	η <sup>2</sup> = 0,03	p = 0,255
VSSS-54 — informacja	4,21 ± 0,45	4,36 ± 0,61	4,22 ± 0,72	F(2,87) = 0,53	η <sup>2</sup> = 0,01	p = 0,590
VSSS-54 — dostępność	4,08 ± 0,59	4,02 ± 0,88	4,25 ± 0,63	F(2,87) = 0,86	η <sup>2</sup> = 0,02	p = 0,425
VSSS-54 — skuteczność	4,22 ± 0,48	4,21 ± 0,57	4,16 ± 0,72	F(2,87) = 0,10	η <sup>2</sup> < 0,01	p = 0,909
VSSS-54 — typy interwencji	4,14 ± 0,49	4,34 ± 0,44	4,17 ± 0,63	F(2,87) = 1,24	η <sup>2</sup> = 0,03	p = 0,295
VSSS-54 -włączenie rodziny	4,27 ± 0,51	3,91 ± 0,87	3,99 ± 0,78	F(2,87) = 2,04	η <sup>2</sup> = 0,05	p = 0,136

Legenda: M — średnia, SD — odchylenie standardowe, F — statystyka testu ANOVA, η<sup>2</sup>- miara siły, efektu, p — istotność

Porównanie satysfakcji pacjentów z opieki między badanymi grupami wykonano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Średni wynik określający satysfakcję z opieki we wszystkich trzech ZLS był wysoki i wyniósł 4,28 w ZLS Ś, 4,38 w ZLS NH i 4,31 w ZLS O. W skalach oceniających poszczególne obszary wyniki prezentowały się w podobnym zakresie: ogólna satysfakcja najwyższa była w ZLS NH (4,63), profesjonalizm terapeutów najwyższy w ZLS NH (4,31), informacja na temat leczenia najwyższa w ZLS NH (4,36). Jednym z obszarów, w których uzyskano najniższe średnie wyniki była dostępność — 4,08 w ZLS Ś i 4,02 w ZLS NH oraz 4,25 w ZLS O. Ocena skuteczności leczenia oscylowała między 4,22 w ZLS Ś a 4,16 w ZLS O, typy oferowanych interakcji między 4,14 w ZLS Ś a 4,34 w ZLS NH. Najgorzej ocenianym przez pacjentów obszarem w dwóch ZLS było włączenie rodziny w leczenie — w ZLS NH 3,91, w ZLS O 3,99, ale nie w ZLS Ś, gdzie średnia satysfakcja wyniosła 4,27. Nie stwierdzono istotnej różnicy w zakresie średniej satysfakcji z opieki ocenianej w całej 54-punktowej skali VSSS (p = 0,619) jak również istotnej różnicy w zakresie żadnego z siedmiu badanych skalą VSSS-54 obszarów: satysfakcja ogólna, profesjonalizm, informacja, dostępność, skuteczność, typy interakcji, włączenie rodziny.

W kolejnym etapie dokonano analizy czynników rokowniczych wpływających na ocenę satysfakcji pacjentów z opieki. W poniższej tabeli przedstawiono konfigurację czynników

rokowniczych w poszczególnych ZLŚ powiązanych z pozytywną i negatywną oceną satysfakcji z opieki (oznaczono je odpowiednio jako „+” lub „-”) (Tab. 5.17.).

Tabela 5.17. Konfiguracja korzystnych i niekorzystnych czynników rokowniczych powiązanych z wyższą satysfakcją z opieki w badanych ZLŚ

ZLŚ Ś	ZLŚ NH	ZLŚ O
(+) niższy wiek	(+) niższy poziom niepełnosprawności	(+) niższy poziom niepełnosprawności
(+) dłuższy czas leczenie w ZLŚ	(+) dłuższy czas leczenie w ZLŚ	(+) niższy wiek
(-) wyższy poziom niepełnosprawności	(-) wyższy wiek	(-) krótszy czas leczenia w ZLŚ

Satysfakcja z opieki w trzech ZLŚ nie różniła się, ponieważ w każdym z nich działały czynniki na korzyść i na niekorzyść, wynikające z modelu przedstawionego wcześniej w tabeli 5.8., w której wyodrębniono cztery kluczowe czynniki rokownicze oceny wyższej satysfakcji pacjentów z opieki: niższy poziom niepełnosprawności oceniany za pomocą kwestionariusza WHODAS, dłuższy czas leczenia w ramach ZLŚ, niższy wiek i niższe wykształcenie. Badane grupy nie różniły się w zakresie wykształcenia, natomiast istotne różnice stwierdzono w trzech pozostałych czynnikach rokowniczych. W każdym z badanych zespołów analiza wyodrębniła konfigurację z dwoma czynnikami działającymi korzystnie i jednym działającym niekorzystnie (Tab.5.17).

Dla dokładniejszej weryfikacji możliwych różnic między satysfakcją pacjentów z opieki porównano odpowiedzi na wybrane pytania kwestionariusza VSSS-54, które uznano za najbardziej istotne i w zakresie których stwierdzono największe różnice w odpowiedziach. Porównania odpowiedzi na wybrane pytania skali VSSS-54 dokonano za pomocą analizy wariancji ANOVA Kruskala-Wallisa oraz testów post hoc Dunna dla wskazania różnic między grupami. Grupy różniły się istotnie pod względem odpowiedzi na osiem spośród jedenastu wybranych pytań Skali Werońskiej. Różnice dotyczyły oceny zachowania i uprzejmości psychiatrów i psychologów, dotrzymania ustalonych terminów wizyt, ilości pomocy, dokładności i precyzji psychiatrów i psychologów, kompetencji i profesjonalizmu pielęgniarek i asystentów socjalnych, zachowania i uprzejmości pielęgniarek i asystentów socjalnych, przepisanych leków oraz oceny psychoterapii indywidualnej (Tab. 5.18.).

Tabela 5.18. Analiza i porównanie odpowiedzi na wybrane pytania skali VSSS-54 w trzech badanych ZLS

	ZLS Ś M ±SD Me n	ZLS NH M ±SD Me N	ZLS O M ±SD Me n	ANOVA Kruskala- Wallisa	$\eta^2$	p
Zachowanie i uprzejmość psychiatrów i psychologów	4,47 ±0,63 5,00 n = 30	4,83 ±0,38 5,00 n = 30	4,60 ±0,97 5,00 n = 30	H(2) = 7,333	0,08	<b>0,026</b>
Dotrzymanie ustalonych terminów wizyt	4,47 ±0,51 4,00 n = 30	4,83 ±0,38 5,00 n = 30	4,60 ±0,93 5,00 n = 30	H(2) = 9,610	0,11	<b>0,008</b>
Ilość pomocy	4,37 ±0,67 4,00 n = 30	4,77 ±0,43 5,00 n = 30	4,33 ±0,99 5,00 n = 30	H(2) = 6,903	0,08	<b>0,032</b>
Dokładność i precyzja psychiatrów i psychologów	4,30 ±0,60 4,00 n = 30	4,77 ±0,43 5,00 n = 30	4,37 ±0,96 5,00 n = 30	H(2) = 9,637	0,11	<b>0,008</b>
Kompetencje i profesjonalizm pielęgniarek i asystentów socjalnych	4,40 ±0,86 5,00 n = 30	4,87 ±0,35 5,00 n = 30	4,80 ±0,55 5,00 n = 30	H(2) = 9,911	0,11	<b>0,007</b>
Zachowanie i uprzejmość pielęgniarek i asystentów socjalnych	4,27 ±0,78 4,00 n = 30	4,73 ±0,52 5,00 n = 30	4,80 ±0,48 5,00 n = 30	H(2) = 12,714	0,14	<b>0,002</b>
Informacja dla rodziny dotycząca diagnozy i rokowania	4,13 ±0,63 4,00 n = 30	3,63 ±1,10 4,00 n = 30	3,90 ±0,80 4,00 n = 30	H(2) = 3,048	0,03	0,218
Pomoc w poprawie zdolności do pracy	4,37 ±0,56 4,00 n = 30	3,97 ±0,96 4,00 n = 30	4,07 ±0,87 4,00 n = 30	H(2) = 2,711	0,03	0,258
Ocena przepisanych leków	3,97 ±1,05 4,00 n = 29	4,57 ±0,57 5,00 n = 30	3,97 ±1,07 4,00 n = 30	H(2) = 8,403	0,08	<b>0,015</b>
Psychoterapia indywidualna	4,00 ±1,26 4,50 n = 30	4,68 ±0,82 5,00 n = 28	4,81 ±0,40 5,00 n = 26	H(2) = 9,874	0,15	<b>0,007</b>
Terapia rodziny	3,95 ±0,85 5,00 n = 19	4,00 ±0,93 4,00 n = 22	4,53 ±0,64 5,00 n = 15	H(2) = 4,787	0,06	0,091

Legenda: M — średnia, SD — odchylenie standardowe, H — statystyka testu ANOVA,  $\eta^2$  — miara siły efektu, p — istotność, n = liczba odpowiedzi na pytanie

W testach post hoc Dunna uzyskano różnice w parach między ZLS Ś i ZLS NH ( $p = 0,01$ ) oraz ZLS Ś i ZLS O ( $p = 0,04$ ) w ocenie zachowania i uprzejmości psychiatrów i psychologów. W ocenie dotrzymania ustalonych terminów wizyt w testach post hoc Dunna uzyskano różnicę między ZLS Ś i ZLS NH ( $p = 0,003$ ) oraz ZLS Ś a ZLS O ( $p = 0,024$ ). Ilość pomocy różniła się między ZLS Ś i ZLS NH ( $p = 0,011$ ). Podobnie ocena dokładności i precyzji psychiatrów i psychologów ( $p = 0,002$ ). W testach post hoc uzyskano różnicę między ZLS Ś i ZLS NH ( $p = 0,005$ )



w ocenie kompetencji i profesjonalizmu pielęgniarek i asystentów socjalnych. Ocena zachowania i uprzejmości pielęgniarek i asystentów socjalnych różniła się między ZLŚ Ś i ZLŚ NH ( $p = 0,005$ ) oraz ZLŚ Ś i ZLŚ O ( $p = 0,01$ ). Ocena przepisanych leków w testach post hoc Dunna różniła się między ZLŚ Ś a ZLŚ NH ( $p = 0,013$ ) oraz ZLŚ NH a ZLŚ O ( $p = 0,011$ ). W pytaniu oceniającym psychoterapię indywidualną w testach post hoc Dunna uzyskano następujące różnice: ZLŚ Ś < ZLŚ O ( $p < 0,005$ ) oraz ZLŚ Ś < ZLŚ NH ( $p = 0,010$ ) (Tab. 5.18.).

W dalszej kolejności dokonano oceny korelacji satysfakcji z opieki z poszczególnymi zmiennymi oceniającymi nasilenie objawów schizofrenii i funkcjonowanie społeczne w trzech zespołach leczenia środowiskowego (tab.5.19.).

Tabela 5.19. Korelacje satysfakcji z opieki z poszczególnymi zmiennymi w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego

Zmienna	ZLŚ Śródmieście [r/rho;p]	ZLŚ Nowa Huta [r/rho;p]	ZLŚ Olkusz [r/rho;p]
PANSS suma	r = -0,45 <b>p = 0,013</b>	r = 0,23 p = 0,218	r = -0,22 p = 0,249
PANSS—POZ	r = -0,41 <b>p = 0,023</b>	r = 0,85 p = 0,655	r = -0,16 p = 0,399
PANSS—NEG	r = -0,34 p=0,064	r = 0,19 p = 0,320	r = -0,20 p = 0,287
SNI—zróźnicowanie	rho = 0,31 p = 0,093	rho = 0,07 p = 0,707	rho = 0,36 p = 0,052
SNI—wielkość	r = 0,24 p = 0,212	r = -0,15 p = 0,456	r = 0,23 p = 0,225
SNI—aktywność w rolach	r = 0,35 p = 0,061	r = -0,13 p = 0,506	r = 0,12 p = 0,529
WHODAS	r = -0,42 <b>p = 0,022</b>	r = 0,05 p = 0,803	r = -0,54 <b>p = 0,002</b>
Poziom samotności	r = -0,84 p = 0,659	r = -0,18 p = 0,347	r = -0,27 p = 0,152

Do oceny związku pomiędzy zmiennymi wykorzystano korelacje  $r$  Persona oraz  $\rho$  Spearmana. Nasilenie objawów psychopatologicznych schizofrenii mierzonych skalą PANSS korelowało ujemnie z satysfakcją z opieki w ZLŚ Ś ( $p = 0,013$ ), co oznacza, że pacjenci z wyższym nasileniem objawów psychopatologicznych byli mniej usatysfakcjonowani z opieki w ZLŚ.

Podobnie było z korelacją objawów pozytywnych schizofrenii mierzonych skalą PANSS: korelacja ujemna z satysfakcją z opieki była obecna tylko w ZLŚ Ś ( $p = 0,023$ ), co oznacza, że badani z wyższym nasileniem objawów pozytywnych schizofrenii deklarowali niższą satysfakcję z opieki w ZLŚ. Nie stwierdzono korelacji między poziomem objawów negatywnych mierzonych w skali PANSS a satysfakcją z opieki w żadnym z badanych ZLŚ, chociaż w ZLŚ Ś uzyskano wynik bliski granicy istotności statystycznej ( $p = 0,064$ ). Poziom objawów negatywnych nie wpływał na satysfakcję z opieki wśród badanych w ZLŚ. Nie stwierdzono korelacji między zróżnicowaniem, wielkością i aktywnością w rolach w sieci społecznej a satysfakcją z opieki w żadnym z badanych ZLŚ. Na granicy istotności statystycznej była korelacja zróżnicowania sieci społecznej z satysfakcją z opieki w ZLŚ O ( $p = 0,052$ ). W ZLŚ Ś i ZLŚ O satysfakcja z opieki ujemnie korelowała z poziomem niepełnosprawności ocenianym kwestionariuszem WHODAS (odpowiednio  $p = 0,022$  i  $p = 0,002$ ). Nie było różnicy między grupami — współczynniki były tak samo silne, a ich siła była umiarkowana. Wyższy poziom niepełnosprawności wiązał się z niższą satysfakcją z opieki. Z uwagi na dużą liczbę porównań istotność powyższych wyników trzeba traktować z dużą ostrożnością.

#### **5.4. Kliniczne i społeczne wyniki leczenia oraz satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię. Porównanie modelu pilotażowego i dwóch tradycyjnych (grupa kontrolna)**

Poniżej przedstawiono porównanie charakterystyki socjosocjodemograficznej w grupie pilotażowej i grupie kontrolnej (Tab. 5.20.).

Tabela 5.20. Charakterystyka socjodemograficzna, leki i choroby współistniejące w podziale na grupę pilotażową i kontrolną

	Grupa pilotażowa (ZLS Ś) n (%)	Grupa kontrolna (ZLS NH i ZLS O) n (%)	Wynik testu	p
Płeć				
kobieta	15 (50,0)	31 (51,7)	$\chi^2(1) = 0,022$	p = 0,881
mężczyzna	15(50,0)	29 (48,3)		
Miejsce zamieszkania				
miasto	22 (73,3)	50 (83,3)	$\chi^2(2) = 1,250$	p = 0,264
wieś	8 (26,7)	10 (16,7)		
Stan cywilny				
w związku	10 (33,3)	48 (80,0)	$\chi^2(2) = 1,925$	p = 0,165
samotny	20 (66,7)	12 (20,0)		
Praca				
pracuje	8 (26,7)	12 (20,0)	$\chi^2(2) = 0,514$	p = 0,473
nie pracuje	22 (73,3)	48 (80,0)		
Zamieszkanie				
samotnie	5 (16,7)	16 (26,7)	$\chi^2(2) = 1,118$	p = 0,290
z rodziną lub współlokatorami	25 (83,3)	44 (73,3)		
Dzieci				
tak	12 (40,0)	18 (30,0)	$\chi^2(2) = 0,900$	p = 0,343
nie	18 (60,0)	42 (70,0)		
Leki w postaci depot				
nie	20 (66,7)	37 (61,7)	$\chi^2(2) = 0,215$	p = 0,643
tak	10 (33,3)	23 (38,3)		
Choroby współistniejące				
nie	17 (56,7)	29 (48,3)	$\chi^2(2) = 0,556$	p = 0,456
tak	13 (43,3)	31 (51,7)		

Nie uwidoczniono różnic między grupami w zakresie płci, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, pracy, zamieszkania, dzietności, występowania chorób współistniejących i stosowania leków w iniekcjach o przedłużonym działaniu (depot).

Charakterystyka kliniczna i opis wyników klinicznych, społecznych i satysfakcji z opieki z grupy pilotażowej (ZLS Ś) znajduje się w tabeli 5.10. natomiast poniższa tabela zawiera statystyki opisowe oraz wynik testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla danych klinicznych i parametrów opisujących nasilenie objawów schizofrenii, funkcjonowanie społeczne oraz satysfakcję z opieki dla grup kontrolnych leczonych w tradycyjnym modelu w ZLS NH i ZLS O (tab.5.21).

**Tabela 5.21. Charakterystyka kliniczna oraz wyniki opisujące nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcję z opieki w grupie kontrolnej (ZLS Nowa Huta i ZLS Olkusz)**

Grupa kontrolna (ZLS NH i ZLS O), N = 60	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
Wiek	49,87	49,50	12,95	0,12	-1,14	27,00	75,00	0,951	0,039
Długość leczenia psychiatrycznego	20,73	19,50	11,85	0,67	0,43	2,00	56,00	0,966	0,152
Długość leczenia w ZLS	5,25	4,00	4,59	1,96	5,46	1,00	25,00	0,811	< 0,001
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych	6,98	4,00	8,66	2,86	8,88	0,00	40,00	0,678	< 0,001
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych w 2019	0,18	0,00	0,39	1,68	0,85	0,00	1,00	0,490	< 0,001
Liczba zażywanych leków psychiatrycznych	2,52	2,00	1,21	0,67	0,05	1,00	6,00	0,901	0,001
Liczba zażywanych leków przeciwpsychotycznych	1,43	2,00	0,73	0,74	1,76	0,00	4,00	0,807	< 0,001
SNI–źródnicowanie	4,43	4,00	1,58	0,48	0,04	1,00	9,00	0,943	0,018
SNI–wielkość	11,70	10,00	6,74	1,23	2,03	3,00	36,00	0,912	0,001
SNI–aktywność w rolach	1,73	2,00	0,90	1,00	2,10	0,00	5,00	0,856	< 0,001
Poziom samotności	23,78	24,00	12,58	0,01	-0,96	0,00	47,00	0,961	0,094
WHODAS	25,90	24,65	13,65	0,49	-0,03	2,80	60,40	0,983	0,697
VSSS-54 — średnia ocena	4,35	4,36	0,50	-1,26	2,19	2,60	5,00	0,892	< 0,001
VSSS-54 — satysfakcja ogólna	4,52	4,83	0,67	-2,04	5,78	1,70	5,00	0,727	< 0,001
VSSS-54 — profesjonalizm	4,28	4,44	0,46	-2,04	5,15	2,30	4,70	0,770	< 0,001
VSSS-54 — informacja	4,29	4,33	0,67	-1,07	1,00	2,30	5,00	0,872	< 0,001
VSSS-54 — dostępność	4,13	4,50	0,76	-1,47	2,36	1,50	5,00	0,849	< 0,001
VSSS-54 — skuteczność	4,19	4,25	0,65	-0,91	0,83	2,30	5,00	0,924	0,003
VSSS-54 — typy interwencji	4,25	4,33	0,55	-0,75	0,11	2,80	5,00	0,957	0,066
VSSS-54 -włączenie rodziny	3,95	4,00	0,82	-0,87	0,67	1,40	5,00	0,916	0,002
PANSS–suma	64,17	62,50	17,26	0,73	0,62	34,00	119,00	0,959	0,080
PANSS–POZ	11,40	11,00	3,76	0,82	0,37	5,00	21,00	0,915	0,002
PANSS — NEG	21,97	21,00	8,12	0,38	-0,63	7,00	41,00	0,968	0,184

Legenda: M — średnia, Me — mediana, SD — odchylenie standardowe, Sk. — skośność, Kurt. — kurtoza, Min. — minimum, Maks. — maksimum, w — statystyka testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka, p — istotność

W poniższej tabeli opisano porównanie danych klinicznych, nasilenia objawów schizofrenii, funkcjonowania społecznego oraz satysfakcji z opieki między grupą pilotażową i grupą kontrolną (Tab. 5.22.).

Tabela 5.22. Porównanie danych klinicznych, nasilenia objawów schizofrenii, funkcjonowania społecznego i satysfakcji z opieki między grupą pilotażową (ZLS Ś) a grupą kontrolną (ZLS NH i ZLS O)

	Grupa pilotażowa (ZLS Ś)	Grupa kontrolna (ZLS NH i ZLS O)	Wynik testu t studenta	p
	M ± SD Me	M ± SD Me		
Wiek	43,97 ± 13,53; 40,00	49,87 ± 12,95 49,50	t(88) = -2,007	<b>0,048</b>
Długość leczenia psychiatrycznego	17,58 ± 12,36 17,00	20,73 ± 11,85 19,50	t(88) = -1,172	0,244
Liczba zażywanych leków psychiatrycznych	1,93 ± 1,05 2,00	2,52 ± 1,21 2,00	t(88) = -2,245	<b>0,027</b>
Liczba zażywanych leków przeciwpsychotycznych	1,43 ± 0,73 1,00	1,43 ± 0,73 2,00	t(88) = -1,834	0,070
SNI-zróżnicowanie	4,30 ± 1,97 4,00	4,43 ± 1,58 4,00	t(88) = -0,348	0,729
SNI-wielkość	7,90 ± 3,57 7,00	11,70 ± 6,74 10,00	t(80,912) = -3,077	<b>0,003</b>
SNI-aktywność w rolach	1,13 ± 0,43 1,00	1,73 ± 0,90 2,00	t(87,946) = -4,268	< <b>0,001</b>
Poziom samotności	34,50 ± 14,97 40,00	23,78 ± 12,58 24,00	t(88) = 3,572	<b>0,001</b>
WHODAS	41,34 ± 17,37 41,32	25,90 ± 13,65 24,65	t(88) = 4,611	< <b>0,001</b>
VSSS-54 średnia	4,28 ± 0,44 4,30	4,35 ± 0,50 4,36	t(88) = -0,657	0,513
VSSS-54 — satysfakcja ogólna	4,38 ± 0,48 4,33	4,52 ± 0,67 4,83	t(88) = -1,019	0,311
VSSS-54 — profesjonalizm	4,12 ± 0,47 4,22	4,28 ± 0,46 4,44	t(88) = -1,558	0,123
VSSS-54 — informacja	4,21 ± 0,45 4,17	4,29 ± 0,67 4,33	t(79,974) = -0,654	0,515
VSSS-54 — dostępność	4,08 ± 0,59 4,00	4,13 ± 0,76 4,50	t(88) = -0,315	0,754
VSSS-54 — skuteczność	4,22 ± 0,48 4,25	4,19 ± 0,65 4,25	t(88) = 0,265	0,792
VSSS-54 — typy interwencji	4,14 ± 0,49 4,19	4,25 ± 0,55 4,33	t(88) = -0,960	0,340
VSSS-54 -włączenie rodziny	4,27 ± 0,51 4,20	3,95 ± 0,82 4,00	t(83,604) = 2,294	<b>0,024</b>
PANSS—suma	95,10 ± 33,99 96,50	64,17 ± 17,26 62,50	t(36,654) = 4,691	< <b>0,001</b>
PANSS—POZ	18,43 ± 8,73 18,50	11,40 ± 3,76 11,00	t(34,487) = 4,222	< <b>0,001</b>
PANSS—NEG	25,60 ± 10,32 25,50	21,97 ± 8,12 21,00	t(88) = 1,824	0,072

Legenda: M — średnia, Me — mediana, SD — odchylenie standardowe, t — statystyka testu studenta, p — istotność

Porównania między grupą pilotażową i kontrolną dokonano za pomocą testu t-Studenta. Grupa pilotażowa charakteryzowała się istotnie niższym wiekiem, mniejszą liczbą zażywanych leków psychiatrycznych, mniej rozbudowaną siecią społeczną, mniejszą aktywnością w rolach w sieci społecznej, wyższym poziomem samotności i wyższym poziomem niepełnosprawności. W grupie pilotażowej istotnie wyższa była satysfakcja z włączenia rodziny w proces terapeutyczny, a także wyższy poziom objawów psychopatologicznych mierzonych za pomocą PANSS oraz objawów pozytywnych PANSS–POZ.

Poniżej przedstawiono porównanie długości leczenia w ZLŚ i liczby hospitalizacji psychiatrycznych w grupie pilotażowej i kontrolnej (Tab. 5.23.).

Tabela 5.23. Porównanie długości leczenia w ZLŚ i liczby hospitalizacji psychiatrycznych między grupą pilotażową i kontrolną

	Grupa pilotażowa (ZLŚ Ś)	Grupa kontrolna (ZLŚ NH i ZLŚ O)	Wynik testu U Manna-Whitneya	p
	M ± SD Me	M ± SD Me		
Długość leczenia w ZLŚ	5,42 ± 3,95 5,50	5,25 ± 4,59 4,00	853,5	0,688
Całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych	3,83 ± 4,01 3,00	6,98 ± 8,66 4,00	684,0	0,063
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych w 2019	0,07 ± 0,25 0,00	0,18 ± 0,39 0,00	853,0	0,140

Legenda: M — średnia, SD — odchylenie standardowe, Me — mediana, p — istotność

Oceny dokonano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Nie uzyskano poziomu istotności statystycznej, ale różnica w liczbie hospitalizacji psychiatrycznych była na granicy istotności, co może sugerować, że w tym obszarze są różnice między badanymi grupami i temat wymaga poszerzenia w dalszych badaniach w dłuższej obserwacji czasowej.

## ROZDZIAŁ VI. Omówienie wyników wraz z dyskusją

Pacjenci chorujący na schizofrenię, będący pod opieką zespołów leczenia środowiskowego, stanowią szczególną grupę chorych, często wymagających nadzoru nad leczeniem, intensywnych oddziaływań psychospołecznych i włączenia rodziny w proces terapeutyczny. Dysponują oni najczęściej niepełnym wglądem w chorobę, nie utrzymują się w innych formach leczenia, potrzebują wsparcia, rehabilitacji społecznej i zawodowej, pomocy w codziennym funkcjonowaniu, a często także dodatkowej opieki z powodu niepełnosprawności fizycznej, chorób współistniejących czy głębokich deficytów w zakresie funkcjonowania psychospołecznego. Jest to więc grupa niejednorodna, o długim i ciężkim przebiegu choroby, co dobrze ilustrują dane socjodemograficzne, kliniczne oraz wyniki opisujące nasilenie objawów schizofrenii i funkcjonowanie społeczne badanych. Średni wiek, 48 lat, wskazuje na starszą populację, leczoną psychiatrycznie od około 20 lat, o niekorzystnym przebiegu leczenia, na co wskazuje średni 6-krotny pobyt w szpitalu. Były to osoby w przewadze samotne, ale mieszkające z rodzicami i korzystające ze świadczeń rentowych, średnio od ponad 5 lat pozostający pod opieką ZLŚ. Około 1/3 była leczona lekami w postaci iniekcji o przedłużonym działaniu. Zażywali średnio 2 leki psychotropowe. W porównaniu do opisywanej w niniejszej pracy grupy pacjenci będący pod opieką CMHT w Londynie, przedstawieni w badaniu Huang i wsp. [2018] byli w niższym średnim wieku 40 lat i zażywali mniej leków psychotropowych —średnio 1,6 leku. W niemieckim badaniu Schöttle i wsp., [2019] mniejszy niż w grupie przedstawionej w niniejszym opracowaniu odsetek pacjentów był płci męskiej 43%, średni wiek wynosił 42 lata, podobny odsetek był osób stanu wolnego — 67,3% i podobnie często pacjenci mieli pracę — 17,5%. Znacznie większa liczba pacjentów miała choroby współistniejące 81%. W innym badaniu angielskim, przeprowadzonym przez Slade'a i wsp., [2015] mniejszy był odsetek kobiet: 37%, krótszy czas leczenia psychiatrycznego (16,13 roku), z kolei podobny był średni wiek 45 lat i odsetek osób w związku 28%. W badaniu hiszpańskim Mas-Expósito i wsp., [2013] porównano dwie grupy pacjentów leczonych w ramach case management i standardowego leczenia środowiskowego. Grupa w leczeniu standardowym miała częściowo podobną charakterystykę jak w opisywanym przeze mnie badaniu: średni wiek badanych niecałe 42 lata, połowa pacjentów mieszkała z rodzicami, ale różniła się mniejszym odsetkiem pacjentów mających pracę — 13%, większym odsetkiem badanych stanu wolnego — 75% i krótszym czasem trwania choroby — średnio 2,6 lat.

Nasilenie objawów psychopatologicznych schizofrenii mierzonych za pomocą PANSS w badanej grupie wynosiło średnio 74 punkty, z czego 14 pkt w ocenie objawów pozytywnych i 23

pkt w ocenie objawów negatywnych. Poziom niepełnosprawności badany skalą WHODAS wyniósł średnio 31%. Z uwagi na zastosowane metody trudno jest znaleźć, w szczególności w warunkach polskich, badanie analogiczne do porównania. W literaturze światowej najnowsze badania skupiają się na porównaniu standardowej opieki środowiskowej z jej bardziej intensywnymi formami (ACT, Case Management, programy testujące różne wariacje systemowe — np. ACT dla pacjentów z pierwszym epizodem psychozy i intensywną opieką dla rodzin). W badaniach dotyczących pacjentów ze schizofrenią objętych leczeniem środowiskowym w innych krajach uzyskano podobne wyniki do opisywanych w niniejszym opracowaniu w zakresie danych klinicznych: w badaniu Priebe i wsp. [2007] średni wynik oceny objawów psychopatologicznych za pomocą PANSS wyniósł 64 pkt, w badaniu indyjskim Chatterjee i wsp., [2014] po roku leczenia w ramach opieki środowiskowej średni wynik PANSS wyniósł 66 pkt, w badaniu Mas-Expósito i wsp. [2013] suma PANSS to 80 pkt, natomiast poziom objawów pozytywnych i negatywnych podobnie, jak w opisywanym badaniu wynosił odpowiednio 16 oraz 23 punkty. Średnia liczba osób tworzących sieć społeczną w badanej grupie wyniosła 10. Zróznicowanie w zakresie sieci wskazywało, że pacjenci w badanej grupie mieli bliski kontakt z nieco ponad czterema różnymi grupami społecznymi, ale tylko z jedną grupą społeczną kontakt ten był bardziej intensywny, tzn. pozostawali w kontakcie z minimum czterema osobami z danej grupy lub trzema osobami z rodziny. Największą część sieci stanowiły kontakty z rodziną, ale ważną częścią byli też członkowie zespołu terapeutycznego ZLŚ. Jest to istotny fakt podkreślający charakterystykę pracy w środowisku — główny ciężar opieki spada na te dwie grupy. W badaniu Cechnickiego i wsp. [2007] pacjenci mieli większą sieć niż w opisywanym badaniu — 45% badanych miało sieć średniej wielkości złożoną z 11 do 20 osób. W badaniu Horana i wsp. [2006] oceniano sieć społeczną u 89 pacjentów ze schizofrenią używając innego narzędzia, Social Network Interview: średnia wielkość sieci w badanej przez nich grupie była zbliżona do przedstawionej w opisywanym badaniu i wyniosła 9. Mniejszą liczbę osób w sieci społecznej wskazali w swoim badaniu Thornicroft i wsp., [2005] — średnio niecałe 7 osób. Różnica ta może wynikać z zastosowanych badań — opieką zostali objęci pacjenci przewlekłe chorujący na schizofrenię wypisani ze szpitala zapewniającego długoterminową opiekę. u Bengtsson-Tops i Hansson [2001] — pacjenci mieli gorszą sieć społeczną w porównaniu do zdrowiej grupy kontrolnej. Ponad połowa pacjentów chciała mieć więcej kontaktów społecznych. Rodzina i przyjaciele byli największą grupą w sieci społecznej pacjentów. Według Angermeyera [1989] sieć społeczną pacjentów ze schizofrenią można scharakteryzować w następujący sposób: jest mniejsza w porównaniu do populacji zdrowej, jak i pacjentów leczących się z powodu innych zaburzeń psychicznych, odsetek członków rodziny jest stosunkowo wysoki, a liczba innych osób niska. Relacje pacjentów ze schizofrenią są często



asymetryczne, płytkie i krótkotrwałe, brakuje wzajemności, często pacjenci są zależni od rodziców lub innych osób. Anderson i wsp. [2015] sugerują, że poprawa funkcjonowania społecznego pacjentów chorujących na schizofrenię przez wpływ na ich sieć społeczną jest możliwa głównie przez działania bezpośrednie (trening umiejętności społecznych, kontakt z opiekunem /wolontariuszem), a nie przez kontrolę objawów. Stanowi to obszar do interwencji w ramach ZLS.

Poziom odczuwanej samotności w badanej grupie wyniósł średnio 27 punktów. Według Eglita i wsp. [2018] osoby chorujące na schizofrenię relatywnie często odczuwają samotność. Jest to związane ze stygmatyzacją osób chorujących, a także nasileniem objawów, zarówno pozytywnych jak i negatywnych, które oddziałują na funkcjonowanie pacjenta. Dodatkowym elementem wpływającym na większe wykluczenie są problemy socjoekonomiczne — niskie dochody, brak pracy, niski wskaźnik małżeństw. U osób chorujących na schizofrenię wskaźnik odczuwanej samotności może być nawet o 35% wyższy w porównaniu do populacji zdrowej. Ci sami autorzy porównali poziom odczuwanej samotności w grupie 116 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub zaburzeń schizoafektywnych z 106-osobową grupą kontrolną. Pacjenci chorujący uzyskali w skali samotności UCLA średni wynik 46 w, a grupa kontrolna średnio 35 punktów. Z kolei w badaniu Robustelli i wsp. [2017] poziom odczuwanej samotności badanej również za pomocą skali samotności UCLA u pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem psychozy wyniósł średnio 30, a w grupie kontrolnej złożonej z osób zdrowych 9 punktów. Widoczne są znaczne różnice w uzyskanych wynikach między badaniami. Wydaje się, że subiektywny poziom samotności w opisywanym badaniu mógł zostać zaniżony, gdyż badani pacjenci mogli czuć niechęć przed konfrontacją ze swoimi uczuciami lub dyskomfort przy wypełnianiu w obecności badacza skali samotności, być może nie wierząc w jej anonimowość.

Oprócz wpływu na poprawę stanu klinicznego, zarówno subiektywny poziom odczuwanej samotności, jak i wpływ na poprawę parametrów sieci społecznej znajdują się w polu działania dla opieki środowiskowej. Interwencje na obu polach są wyzwaniem, któremu sprostanie może przyczynić się do poprawy funkcjonowania pacjentów.

Już w 1984 roku Hoult i Reynolds [1984] zwrócili uwagę na związek między satysfakcją a wynikiem leczenia w zespole leczenia środowiskowego. 65 pacjentów z diagnozą schizofrenii zgłoszonych do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego podzielono na dwie grupy: pierwsza otrzymała standardowe leczenie w postaci hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego poszpitalnego, druga nie została przyjęta do szpitala i została objęta leczeniem środowiskowym. Po roku stwierdzono, że leczenie środowiskowe było postrzegane przez pacjentów i ich opiekunów jako bardziej pomocne, satysfakcjonujące i skuteczne. W opisywanym niniejszym badaniu stwierdzono związek wyższej satysfakcji z opieki w ZLS z niższym wykształceniem, zatrudnieniem, obecnością

chorób współistniejących, niższym poczuciem osamotnienia, niższym poziomem niepełnosprawności, mniejszym nasileniem objawów klinicznych zarówno pozytywnych, jak i negatywnych oraz większym zróżnicowaniem sieci społecznej. Wyodrębniony model wyjaśniający satysfakcję z opieki wykazał istotność czterech czynników rokowniczych: niższego poziomu niepełnosprawności, dłuższego czasu opieki w ramach ZLŚ, niższego wieku i niższego wykształcenia. Przeprowadzone analizy pokazały, że poziom niepełnosprawności jako wskaźnik funkcjonowania społecznego związany jest z oceną satysfakcji z opieki w większym stopniu niż nasilenie objawów jako jeden z istotnych wskaźników obszaru klinicznego.

W badaniu EPSILON Ruggeri i wsp., [2003] przedstawiono model, który wskazywał na czynniki determinujące niższą satysfakcję pacjentów z opieki i wyjaśniał 31% wariacji. W modelu uwzględniono zamieszkanie w Londynie lub Santander, brak pracy, większą liczbę hospitalizacji, większe nasilenie objawów psychopatologicznych, więcej niezaspokojonych potrzeb i niską satysfakcję z życia. Znaczenie pracy i poziomu nasilenia objawów są zbieżne dla obu modeli, jednak w niniejszym opracowaniu zwrócono uwagę na fakt większego znaczenia poprawy funkcjonalnej niż objawowej. W pozostałych badaniach dostępnych w literaturze były większe różnice metodologiczne: inna pod kątem diagnostycznym grupa badana, inne narzędzia użyte do pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki lub inny system opieki psychiatrycznej. Większość badaczy skupiała się na badaniu satysfakcji pacjentów z opieki w oddziałach psychiatrycznych [Barker i wsp., 1996; Rosenheck i wsp., 1997; Holcomb i wsp., 1998; Gigantesco i wsp., 2002; Gebhardt i wsp., 2013; Zendjidjian i wsp., 2014; Smith i wsp., 2014; Woodward i wsp., 2017]. U Gigantesco i wsp. [2002], którzy badali pacjentów w trakcie hospitalizacji i leczonych w trybie ambulatoryjnym, stwierdzono, że z niższą satysfakcją pacjentów wiązała się hospitalizacja psychiatryczna, diagnoza psychozy, stan wolny, płeć męska oraz dłuższy niż 6 lat czas leczenia psychiatrycznego — ten ostatni czynnik odwrotnie niż w niniejszym badaniu, gdzie dłuższy kontakt z personelem ZLŚ związany był z wyższą satysfakcją. W innych badaniach autorzy uzyskali rozbieżne wyniki jeśli chodzi o wpływ długości leczenia w ramach ZLŚ na satysfakcję z opieki: U Stamboglisa i Jacobsa [2020] dłuższy kontakt z ZLŚ determinował niższe zadowolenie, u Rosenhecka i wsp. [1997] wyższe. Ważnym czynnikiem wpływającym na zadowolenie z opieki wydaje się być zatrudnienie. W tym zakresie w badaniach dominuje pogląd o jego pozytywnym wpływie: Holcomb i wsp. [1998], Edlund i wsp. [2003], Stamboglis i Jacobs [2020] wskazują, że ma ono wpływ na wyższą ocenę zadowolenia z opieki. Spójne dane dotyczą także wpływu chorób współistniejących na satysfakcję — wyniki badań Holcoma i wsp. [1998] sugerują związek posiadania chorób somatycznych z mniejszą satysfakcją z opieki. Odwrotnie niż w opisywanym badaniu przedstawia się trend dotyczący wpływu wieku — w większości badań [Barker i wsp.,

1996; Rosenheck i wsp., 1997; Bjørngaard i wsp., 2007; Zendjidian i wsp., 2014; Stamboglis i Jacobs, 2020] wyniki wskazują na większe zadowolenie u osób starszych. Starszy wiek może wiązać się z brakiem pracy, wyższym poziomem osamotnienia oraz większym prawdopodobieństwem występowania chorób somatycznych, które jako negatywne predyktory satysfakcji mogły w niniejszym badaniu pośrednio wpłynąć na lepszą ocenę satysfakcji u osób młodszych. Dość oczywisty wpływ lepszego funkcjonowania klinicznego na wyższą satysfakcję jest poparty licznymi badaniami: Bjørngaarda i wsp. [2007], Gebhardta i wsp., [2013], Stamboglisa i Jacobsa [2020]. Podobnie przedstawia się kwestia wpływu funkcjonowania społecznego przedstawiona przez Eklunda [2001], Gebhardta i wsp., [2013], Smitha i wsp. [2014]. Im lepsze funkcjonowanie, tym większe zadowolenie. Resende i wsp. [2018] wskazują, że jedynym czynnikiem wpływającym na satysfakcję pacjentów z opieki był wiek w trakcie zachorowania. Im później zaczęła się choroba, tym satysfakcja z opieki była wyższa. Czynniki te nie miały znaczenia w opisywanym przeze mnie badaniu, w którym dodatkowo zwrócono uwagę na większe znaczenie funkcjonowania społecznego niż klinicznego w wyjaśnianiu oceny satysfakcji. Przedstawiane w literaturze modele podejmujące się wyjaśnienia czynników rokowniczych satysfakcji z opieki wyjaśniały około 30% wariacji, opisywane przeze mnie badanie — aż 43%.

Satysfakcja z opieki może być postrzegana jako wynik zdolności personelu do zapewnienia usług powyżej pewnego progu jakości i odczuwanie przez każdego pacjenta, że opieka, którą otrzymuje jest indywidualnie dopasowana do jego potrzeb. Zidentyfikowane obszary wysokiej i niskiej satysfakcji z opieki mogą być wskazówką, w jakim kierunku powinny iść zmiany w zakresie opieki środowiskowej. Fakt, że ustalono jedynie 30–43% czynników determinujących satysfakcję z opieki pokazuje, że w tym zakresie istnieje duże zróżnicowanie [Ruggeri i wsp., 2003]. Jak wynika z dostępnych badań, jest wiele czynników wpływających na możliwą satysfakcję i wiele możliwości w zakresie dostępnych interwencji. Wydaje się, że jedną z kluczowych ról odgrywa tutaj odpowiednie włączenie rodziny, co wydaje się być dużym wyzwaniem dla większości ZLS, biorąc pod uwagę, że obszar ten został uznany w badaniu za jeden ze słabiej rozwiniętych elementów opieki środowiskowej.

Mimo dynamicznego rozwoju opieki środowiskowej i znaczącego przyrostu liczby ZLS oraz pacjentów objętych przez nie opieką rozwój reformy opieki psychiatrycznej w Polsce może napotkać istotne bariery. Ciągły brak specjalistów, zarówno lekarzy, jak i psychologów i pielęgniarek dotyka całego systemu opieki psychiatrycznej. W leczeniu środowiskowym, wymagającym większego zaangażowania, przedstawienia się na inny charakter pracy niż w oddziale stacjonarnym i dziennym może być trudno znaleźć odpowiednio zmotywowany do pracy personel. Trudno jest zapewnić kompleksową i wszechstronną opiekę dla zbyt dużej liczby pacjentów

przypadających na każdego członka zespołu terapeutycznego. Wydaje się, że braki kadrowe mogą utrudniać wprowadzenie form intensywnego leczenia, takich jak ACT, które mają udokumentowaną wyższą skuteczność w leczeniu schizofrenii [Petersen i wsp., 2005; Díaz-Fernández i wsp., 2019; Schöttle i wsp., 2019]. Problemem jest też brak odpowiednich wytycznych dotyczących kwalifikacji do leczenia środowiskowego. Może to prowadzić do obejmowania z różnych powodów opieką pacjentów nie mających wskazań do leczenia w ZLŚ— nacisku rodziny i instytucji, czy też wygodnej dla pacjentów formy świadczenia usług (wizyty domowe, brak konieczności starania się o termin, czekania w kolejce, możliwość konsultacji telefonicznej, wielospecjalistyczny zespół). Przykładowo autorka pracy spotkała się z sytuacją złożenia przez rodzinę pacjentki skargi do NFZ z powodu niezakwalifikowania jej do leczenia środowiskowego, w następstwie czego dyrekcja nakazała realizację przyjęcia, mimo braku wskazań. Takie przypadki powodują przeciążanie ZLŚ i ograniczają możliwości świadczenia pracy na odpowiednim poziomie.

Porównanie charakterystyki trzech badanych ZLŚ pokazuje, że ich struktura jest niejednorodna, co może być spowodowane brakiem przepisów regulujących sposób i formę działania ZLŚ. Według NPOZP [Dz.U. 2017 poz. 458] istnieją tylko ogólne rekomendacje: Centrum Zdrowia Psychicznego, w skład którego ma wchodzić ZLŚ, ma zapewniać opiekę na obszarze zamieszkałym przez 50–200 tys. mieszkańców. W badanych ZLŚ widać przekroczenie tej normy w przypadku ZLŚ NH, do którego nie wliczono populacji okolicznych miejscowości, które również zaopatrywane są przez ten zespół. Z kolei w obszarach o mniejszej gęstości zaludnienia, poza dużymi miastami, problematyczna staje się duża odległość i dostęp do pacjentów, po pierwsze ze względu na mniejszą świadomość istnienia takiej formy opieki oraz brak chęci ze strony pacjentów i ich rodzin na objęcie leczeniem w domu, a po drugie ze względu na zmiany formalne. Zarządzenie Prezesa NFZ [Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ] zlikwidowało podział na wizyty domowe miejscowe i zamiejscowe, zrównując ich wagę punktową do poziomu niżej wycenionych wizyt miejscowych, co niekorzystnie wpływa na chęć kwalifikacji pacjentów mieszkających w bardziej odległych, pozamiejskich obszarach z powodu braku opłacalności tej usługi. Paradoksalnie jest to krok, który w dobie rozwoju opieki środowiskowej w Polsce ogranicza dostęp do tej formy leczenia pacjentom, mieszkających w bardziej odległych miejscach. W kontekście zmian systemowych, które mają propagować wprowadzenie opieki środowiskowej redukując przy tym liczbę łóżek szpitalnych nie zwrócono uwagi na fakt, że w miejscach, gdzie nie ma ścisłej współpracy między szpitalem/oddziałem psychiatrycznym a ZLŚ redukcja ta jest nieopłacalna finansowo dla szpitala/oddziału, który zmniejszając liczbę łóżek lub tracąc pacjentów, nie wymagających

hospitalizacji tak często jak wcześniej, traci również środki z NFZ. Taki konflikt interesów można zauważyć w ZLŚ O, który jest jednostką działającą niezależnie od oddziału psychiatrycznego.

W badanych ZLŚ istnieją także różnice w zakresie liczby i kwalifikacji zatrudnionego personelu oraz oferowanych form opieki. ZLŚ pilotażowy oferuje najszerszy zakres form opieki zaopatrując najmniejszy obszar i zatrudniając największą liczbę personelu. Ten ZLŚ, mając większy potencjał kadrowy i opiekując się mniejszą liczbą pacjentów, jest w stanie zapewnić większą intensywność opieki, z większą częstotliwością wizyt, co daje możliwość objęcia opieką pacjentów trudniejszych i pełniejszą realizację idei psychiatrii środowiskowej. Możliwości pozostałych ZLŚ nie są wystarczające, zarówno pod kątem potencjału kadrowego, jak i zapewnienia większej intensywności opieki w przypadku kryzysu i nasilenia objawów chorobowych. Trudności, z jakimi zespół mierzy się w perspektywie realizacji elastycznej opieki, są związane m.in. z koniecznością wyboru, u którego pacjenta zrealizować wizytę, co wynika z ograniczeń w zakresie kontraktu i problemu w uzyskaniu zapłaty za nadwykonania. W przypadku ZLŚ Ś ograniczenia wynikające z kontraktu nie mają znaczenia, ponieważ jednostka ta jest objęta programem pilotażowym CZP i rozliczana na zasadzie ryczału.

Żaden z badanych ZLŚ nie obejmuje pacjentów hospitalizacją domową z zapewnieniem codziennych wizyt domowych lekarza. Wymaga to dalszych działań systemowych zmierzających do zapewniania pacjentom pełnej alternatywy dla całodobowej hospitalizacji. W literaturze polskiej nie ma wielu badań, które opisują funkcjonowanie ZLŚ [Słupczyńska-Kossobudzka i wsp., 2001; Prot i wsp., 2005; 2011; Skiba i Prot; 2008; Prot-Klinger i Pawłowska, 2009]. W badaniu wykonanym w 2008 roku, a opisanym w 2011, Skiba i Prot podkreślały zróżnicowanie pięciu badanych ZLŚ pod kątem struktury i funkcjonowania. Co ciekawe, średnie zatrudnienie w warszawskich ZLŚ badanych 12 lat temu — 7,3 etatu [Prot i wsp., 2011]— było wyższe niż w każdym z ZLŚ w prezentowanym w niniejszym opracowaniu. Widoczny jest natomiast postęp w poszerzeniu oferowanych form opieki o interwencję kryzysową, choć nadal brak jest intensywnego leczenia domowego jako alternatywy hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym. W mniejszych ZLŚ personel jest zatrudniony na małą liczbę godzin (w ZLŚ O dwóch lekarzy w sumie ma ekwiwalent 0,5 etatu) — można wnioskować, że jest to dla tych osób praca dodatkowa, co uniemożliwia zwiększenie ich elastyczności w zakresie wizyt oraz zwiększenie intensywności opieki. W badanych ZLŚ większość lekarzy (67%) ma krótszy niż 5-letni staż w opiece środowiskowej, co może świadczyć o tym, że forma pracy w opiece środowiskowej nie jest wybierana w perspektywie wieloletniej, raczej przejściowo lub dorywczo. Potwierdza to badanie Prot i wsp. [2011], w którym stwierdzono, że jednym z powodów niezadowolenia pacjentów są częste zmiany lekarza prowadzącego. Temat wymaga dalszego opracowania i weryfikacji, czy praca

w ZLŚ jest trudniejsza? Czy jest mniej opłacalna? Mniej satysfakcjonująca? Co zrobić, żeby lekarze byli zainteresowani pracą w środowisku w większym zakresie? Może znaczenie tutaj ma także ogólna niechęć do zmian systemowych i przekonanie lekarzy psychiatrów, że ekwiwalentem pracy w psychiatrii jest oddział psychiatryczny lub poradnia zdrowia psychicznego?

Pacjenci w trzech badanych grupach nie różnili się pod kątem większości danych socjodemograficznych. Istotna była jedynie różnica w zakresie wieku i zamieszkania — istotnie starsi pacjenci byli pod opieką ZLŚ NH i istotnie mniej pacjentów tego ZLŚ mieszkało na wsi. Więcej różnic odnotowano w danych klinicznych badanych. W ZLŚ NH pacjenci byli leczeni psychiatrycznie istotnie dłużej niż w pozostałych grupach, co wynika z istotnej różnicy w wieku pacjentów w przypadku tego ZLŚ. W ZLŚ O pacjenci byli leczeni istotnie krócej niż w pozostałych ZLŚ, co wynika z tego, że ten ZLŚ jest „najmłodszy” — powstał 7 lat temu. Na granicy istotności statystycznej znalazły się wyniki dotyczące liczby hospitalizacji psychiatrycznych — najczęstsze hospitalizacje miały miejsce w ZLŚ O. Wydaje się, że w tym obszarze nadal postępowaniem z wyboru, w przypadku nawrotu objawów, jest skierowanie pacjenta do oddziału psychiatrycznego. Jest możliwe, że wynika to również z nastawienia rodzin, które nie są zainteresowane chęcią współpracy lub są przyzwyczajone, że w określonych sytuacjach od zawsze pojawiała się skierowanie do szpitala, a zatem nie widzą one alternatywy dla tego postępowania.

W ZLŚ NH pacjenci istotnie częściej byli obciążeni współistniejącymi chorobami somatycznymi, co może być związane z istotnie wyższym wiekiem w tej grupie badanej. Różnice uwidocznione w ZLŚ NH mogą też wynikać z długiego przebywania pacjentów pod opieką tej jednostki i starzenia się populacji pacjentów wcześniej objętych opieką. Pokazuje to, jak bardzo elastyczne muszą być działania ZLŚ, od podejmowania opieki nad pacjentem niewspółpracującym, bez wglądu, bez motywacji do leczenia, przez próbę aktywizacji pacjenta, zapewnienie opieki i wsparcia rodzinie, po organizację spraw związanych z pogarszającym się zdrowiem somatycznym pacjentów będących pod opieką przez wiele lat. Praktyka pokazuje, że często pacjenci są niewydolni w organizacji wizyt i kontroli swojego stanu somatycznego, nie stosują się do zaleceń, nie dbają o to, żeby mieć zapewniony dostęp do niezbędnych leków na schorzenia współistniejące, nie realizują wizyt kontrolnych. Burns i Firn, [2017] podkreślają, że rozwiązywanie opisywanych problemów, a także borykanie się z konsekwencjami braku współpracy w leczeniu chorób somatycznych jest również zadaniem ZLŚ

Pacjenci w pilotażowym ZLŚ wykazywali istotnie wyższe nasilenie objawów psychopatologicznych badanych skalą PANSS oraz w związku z tym istotnie wyższy poziom

niepełnosprawności badany skalą WHODAS w porównaniu do pozostałych dwóch badanych ZLŚ. Istotna różnica dotyczyła głównie występowania objawów pozytywnych. W zakresie objawów negatywnych wyniki były zbliżone. Różnica może wynikać ze sposobu doboru pacjentów i ich zgody na udział w badaniu. Pacjenci z ostrymi objawami psychiatrycznymi i brakiem krytycyzmu do choroby są grupą, którą znacznie trudniej zrekrutować do badania. Być może pacjenci tacy w dwóch pozostałych ZLŚ odmawiali badania lub posiadali status osoby ubezwłasnowolnionej, co wykluczało ich z udziału w badaniu. Hipoteza ta nie wyjaśnia całościowo różnicy między stanem klinicznym badanych grup pacjentów. Innym wyjaśnieniem może być teza, że pacjenci leczeni w obszarach Nowej Huty i powiatu olkuskiego częściej trafiają do opieki instytucjonalnej jak szpital, dom opieki społecznej, co może być wynikiem mniejszych możliwości kadrowych i zbyt dużej liczby pacjentów pod opieką. Pacjenci bez remisji w zakresie ostrych objawów psychiatrycznych są szczególnie trudną grupą pacjentów. Praca z nimi wymaga znacznego wkładu pracy całego zespołu, aby uzyskać zgodę na wizyty w środowisku, a także możliwości czasowych i dostosowania się do zachowań stereotypowych pacjenta gdy pacjent np. wpuszcza na wizytę tylko o określonej godzinie, czy prosi o spotkanie w otwartej przestrzeni. Większa dostępność personelu widoczna w pilotażu (ZLŚ Kraków Śródmieście) daje lepsze możliwości w zakresie intensywnej pracy. Dodatkowo znaczenie może mieć fakt, że ZLŚ pilotażowy jest związany z Oddziałem Klinicznym Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i jako ośrodek o uznanym doświadczeniu i wyższym stopniu referencyjności może być uznawany za miejsce, w którym rodziny trudnych pacjentów chętniej szukają pomocy. Kolejnym czynnikiem wyjaśniającym różnicę w zakresie objawów psychopatologicznych i funkcjonowania jest sposób finansowania: grupa pacjentów leczonych w ramach ZLŚ będącego częścią pilotażowego Centrum Zdrowia Psychicznego od 1. lipca 2018 jest objęta programem, który jest finansowany kapitałowo, a nie w formie płatności za usługę. W tym modelu kładzie się nacisk na utrzymanie pacjenta w środowisku, tworząc w ramach ZLŚ alternatywę dla hospitalizacji całodobowej. Z uwagi na krótki okres obserwacji i małą grupę badaną zagadnienie to wymaga dalszej eksploracji.

Średni wynik określający satysfakcję z opieki we wszystkich trzech zespołach leczenia środowiskowego był wysoki i wyniósł 4,3. W skalach oceniających poszczególne wymiary średnie wyniki w każdym z badanych obszarów wyniosły powyżej 4. Mimo braku istotnych statystycznie różnic między badanymi zespołami warto zwrócić uwagę na obszary najlepiej oceniane, na mocne strony polskich ZLŚ, oraz te, które uzyskały najniższe średnie sygnalizujące obszary wymagające poprawy, aby odpowiedzieć na potrzeby pacjentów.

Najwyższe średnie wyniki we wszystkich badanych grupach uzyskano w kategorii satysfakcja ogólna oraz profesjonalizm i zachowanie personelu. Wydaje się, że może to oznaczać, iż pacjenci

szczególnie cenią sobie relację terapeutyczną, kontakt z członkami personelu ZLŚ, doceniają ich zaangażowanie i chęć pomocy. Innym pozytywnie ocenianym aspektem jest udzielanie informacji na temat leczenia i choroby oraz skuteczność leczenia. Słabe strony to mała dostępność leczenia oraz niewystarczające włączenie rodziny. Warto zwrócić uwagę, że najlepiej oceniony pod kątem dostępności jest ZLŚ w Olkuszu, który ma nielimitowane godziny świadczenia usług, łącznie z sobotą. Jak pokazuje wynik będącego przedmiotem tej rozprawy badania, istnieje potrzeba bardziej elastycznego systemu pracy, aby lepiej odpowiadać na potrzeby pacjentów. Włączenie rodziny najlepiej ocenili pacjenci z pilotażowego ZLŚ. Wynik pokazuje, że realizacja sesji rodzinnych, zwłaszcza przez zespoły w Nowej Hucie i Olkuszu mogłaby być odpowiedzią na potrzeby pacjentów, a także pokazywać znaczenie zaangażowania rodziny w procesie leczenia domowego w środowisku, bez konieczności kierowania do szpitala.

Wyniki oceny satysfakcji mogą być zawyżone z dwóch powodów: część pacjentów na tyle ceni sobie kontakt z członkami zespołu terapeutycznego ZLŚ, że nawet mimo braku pełnej odpowiedzi na swoje potrzeby chce pokazać swoją wdzięczność za zaangażowanie w opiekę pozytywną oceną. Drugim powodem może być obawa przed brakiem anonimowości w przeprowadzonym badaniu, choć wydaje się, że w tym przypadku jest to przyczyna mniej prawdopodobna.

Istotne poznawczo informacje wnoszą również odpowiedzi pacjentów na pytania otwarte VSSS-54, w których pacjent może odnieść się do wad i zalet ZLŚ. Wypowiedzi pozytywne często dotyczyły profesjonalizmu personelu, regularności wizyt i ogólnego zaopiekowania: *kompleksowe leczenie, troska personelu o moje samopoczucie, opieka i rozmowy indywidualne, zaangażowanie zespołu w moje zdrowienie, punktualność personelu w wizytach, sympatyczność personelu i kompetencje, możliwość uzyskania opieki bez wychodzenia z domu, regularność wizyt*. Pacjenci jako wady wymieniali: *konieczność udziału w zajęciach grupowych, krótkie rozmowy indywidualne, niedopasowane leki*.

W badaniu EPSILON [Ruggeri i wsp., 2003], w którym pacjenci ze schizofrenią z 5 miast europejskich oceniali satysfakcję z opieki psychiatrycznej za pomocą tego samego kwestionariusza VSSS-54 uzyskano dużo niższe wyniki ze średnią oceną między 3,3 do 3,9, w zależności od badanego miasta. Być może różnica z opisywanym przeze mnie badaniem wynika z faktu, że w EPSILON brali udział pacjenci będący nie tylko pod opieką ZLŚ, a ta forma opieki jest dla pacjentów na tyle cenna, że są skłonni widzieć raczej jej plusy niż minusy. Na tak wysoką ocenę w warunkach polskich może wpływać też fakt, że opieka środowiskowa jest relatywnie nową formą, którą pacjenci dużo bardziej doceniają w porównaniu do opieki instytucjonalnej. W 2008 roku Prot i wsp. [2011] zbadali satysfakcję z opieki środowiskowej w pięciu warszawskich ośrodkach używając również VSSS-54. Odpowiedź „1”, „2” lub „3” były uznawane za brak



satysfakcji, a „4” i „5” za pozytywne. 80% badanych było usatysfakcjonowanych z opieki („satysfakcja ogólna”). Bardzo wysoko oceniano profesjonalizm personelu oraz typy interwencji — odpowiednio 96,9% i 91,6%. Najniżej, podobnie jak w opisywanym przeze mnie badaniu, włączenie rodziny w proces terapeutyczny — 77,9% usatysfakcjonowanych oraz dostępność usług — 78,9% usatysfakcjonowanych. Można wysnuć ostrożny wniosek, że w ciągu ponad 10 lat w polskich warunkach niewiele zmieniło się z perspektywy potrzeb pacjentów. Wcześniej, w 2005 roku, ci sami badacze [Prot i wsp., 2005] wykonali badanie pilotażowe na grupie 55 pacjentów stosując również VSSS-54. Wyniki były zbliżone, średnia ocena ogólna powyżej 4 i najniżej oceniane kategorie: włączenie rodziny (3,72), przekazywanie informacji (3,75) i typy interwencji (3,8).

Gigantesco i wsp. [2002] uzyskali wyniki, które w przybliżeniu są porównywalne z wynikami niniejszego badania. Najwyższą satysfakcję, ocenianą w 6-punktowej skali Likerta u pacjentów zróżnicowanych diagnostycznie leczonych w trybie ambulatoryjnym uzyskano w zakresie dostępności 5,2 punktu, poufności i dyskrecji (średnia 5,2), uprzejmości personelu (średnia 5,1), poprawy relacji społecznych i relacji z rodziną (5,1) oraz dopasowania leczenia (5,1). Do pozytywnych aspektów relacji terapeutycznej, podobnie jak w opisywanym przeze mnie badaniu odnoszą się Svensson i Hansson [2006], którzy oceniali satysfakcję z opieki u pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych w 4-punktowej skali Likerta. Najwyższe wyniki uzyskano w pytaniach o szacunek i dobre traktowanie ze strony personelu, najgorzej oceniano dostępność opieki i wpływ na plan terapeutyczny. Według Zendjidjana i wsp. [2014] relacja terapeutyczna jest najsilniejszym czynnikiem rokowniczym satysfakcji z opieki. Ocenę wpływu relacji terapeutycznej na satysfakcję z opieki należy uwzględnić w przyszłych badaniach.

Uwidoczniono związek bardziej nasilonych objawów ogólnych i pozytywnych mierzonych skalą PANSS z niższą satysfakcją z opieki w pilotażowym ZLŚ. Nie stwierdzono związku między poziomem objawów negatywnych a satysfakcją z opieki w żadnym z badanych ZLŚ. Różnica między badanymi grupami może pokazywać, że związek między nasileniem objawów psychopatologicznych a satysfakcją z opieki zależy głównie od dużego nasilenia objawów pozytywnych schizofrenii. Podobny wynik uzyskali Richardson i wsp. [2011a] badając pacjentów hospitalizowanych wbrew woli: wyższa satysfakcja z opieki była związana z mniej nasilonymi objawami pozytywnymi schizofrenii, podczas gdy nie było żadnego związku z nasileniem objawów negatywnych. Również Gharabawi i wsp. [2006] udowodnili, że redukcja w zakresie objawów pozytywnych schizofrenii mierzonych skalą PANSS w okresie 6-tygodniowej obserwacji wpływała na wzrost satysfakcji z opieki. Nie zaobserwowano związku pomiędzy zmianą w zakresie objawów negatywnych schizofrenii a satysfakcją z opieki. Vermeulen i wsp. [2018] oceniali jej rolę jako

czynnika rokowniczego wyniku leczenia. Zbadano 654 pacjentów z psychozą nieafektywną, uzyskując związek między wyższą satysfakcją z opieki a niższym nasileniem objawów psychopatologicznych w skali PANSS, w tym objawów pozytywnych i objawów negatywnych. Wysoki poziom satysfakcji z opieki okazał się czynnikiem rokowniczym dla mniejszego nasilenia objawów pozytywnych w 3 lata później.

W żadnej z badanych grup nie stwierdzono związku między satysfakcją z opieki a właściwościami sieci społecznych, poziomem odczuwanej samotności i poziomem niepełnosprawności ocenianym w skali WHODAS. W badaniu Mattsson i wsp. [2005] określono, że satysfakcja z opieki jest wyjaśniana w 29% przez kilka czynników rokowniczych, w tym przez sieć społeczną pacjenta, wykształcenie, czas trwania nieleczonej psychozy, poziom objawów negatywnych i ocenę kliniczną w skali GAF. W badaniu Cechnickiego i Wojciechowskiej [2007] wskazano na związek między większą satysfakcją z leczenia a większą siecią społeczną, o wyższym poziomie wsparcia.

Istotnymi czynnikami różnicującymi zespoły leczenia środowiskowego w Polsce są terytorialna odpowiedzialność i sposób finansowania. Aktualnie istnieją dwa systemy płatności: w modelu tradycyjnym płatność następuje za każdą usługę, a w modelu kapitacyjnym, w programie pilotażowym, możliwa jest duża swoboda w przemieszczaniu personelu i planowaniu opieki, w zależności od potrzeb pacjentów i ich rodzin. Finansowany jest cel, a nie pojedyncza interwencja. Trzeba odnotować, że grupa pilotażowa i grupy leczone w tradycyjnym systemie opieki nie różniły się w zakresie większości danych socjodemograficznych. Grupa pilotażowa zażywała podobną liczbę leków psychiatrycznych ale istotnie mniej innych leków psychiatrycznych. Leczenie w tej grupie obejmowało częściej pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. Najwięcej różnic było widocznych w większym nasileniu objawów klinicznych i gorszym funkcjonowaniu społecznym.

W części teoretycznej pracy (podrozdział 1.4.2.) opisano kilka decyzji Prezesa NFZ [Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ], które w sposób oczywisty utrudniają zespołom leczenia środowiskowego pełnienie funkcji alternatywy hospitalizacji całodobowej, chociaż wiadomo, że w sytuacji zaostrzenia objawów stan pacjenta może wymagać takiej interwencji. Model pilotażowy pozwala na swobodne przesunięcie większych środków i większej grupy personelu do pracy w domach pacjentów i chroni nowo przyjmowanych pacjentów przed hospitalizacją. Należy zwrócić uwagę na fakt, że grupa pilotażowa opiekowała się pacjentami z bardziej nasilonymi objawami pozytywnymi schizofrenii oraz istotnie wyższym poziomem niepełnosprawności, a mimo to liczba hospitalizacji w 2019 roku, który w całości był objęty programem pilotażowym, była niższa w porównaniu z grupą kontrolną, chociaż nie w stopniu istotnym. Jak wskazuje Cechnicki

[2011] największą dynamikę w zakresie liczby hospitalizacji psychiatrycznych obserwuje się w pierwszych pięciu latach po rozpoznaniu schizofrenii, po tym okresie spada ona do niższego poziomu. Oznacza to, że pacjenci młodszy, zaraz po rozpoznaniu choroby są trudniejszą grupą do utrzymania w leczeniu środowiskowym. Marshall i wsp., [2005] podkreślają, że poszerzenie zakresu wczesnej interwencji w psychozach przez zespoły leczenia środowiskowego jest bardzo wskazane z uwagi na wpływ tego okresu na dalszy przebieg choroby. Temat wymaga dalszych badań na większej grupie badanych ZLŚ. W badaniu Słupczyńskiej-Kossobudzkiej i wsp. [2001] dokonano pomiaru liczby hospitalizacji po pierwszym i czwartym roku od objęcia opieką środowiskową i uzyskano wyższy wynik niż w opisywanym badaniu. Po roku średnia roczna liczba hospitalizacji wyniosła 0,4, po czterech latach 1,0. Przy obserwacji dwóch wskaźników wyniku leczenia przyjętych dla porównania tych grup należy zwrócić uwagę na pozytywny wpływ programu pilotażowego CZP na satysfakcję pacjentów z włączenia rodzin oraz redukcję liczby hospitalizacji, mimo braku istotnej statystycznie różnicy w tym obszarze. Biorąc pod uwagę znaczenie satysfakcji z opieki jako wskaźnika wyniku leczenia, krótki okres obserwacji i relatywnie małą grupę badaną należy rozważyć dalsze badania w tym zakresie. Jakie to będzie miało znaczenie w prewencji hospitalizacji stacjonarnych dla całego rejonu będzie można ocenić dopiero wówczas, kiedy będą znane kilkuletnie wyniki opieki psychiatrycznej w całym obszarze objętym pilotażowym Centrum Zdrowia Psychicznego.

## **6.1. Hipotezy badawcze i stopień ich potwierdzenia**

**Hipoteza 1. W konstelacji czynników wyjaśniających wysoką satysfakcję z opieki najbardziej istotnym wskaźnikiem jest funkcjonowanie społeczne**

W modelu regresji wielorakiej ujawniono udział czterech głównych czynników determinujących wysoką satysfakcję z opieki: niższy poziom niepełnosprawności (WHODAS), niższy wiek, niższe wykształcenie i dłuższy czas leczenia w ramach ZLŚ. Funkcjonowanie społeczne mierzone kwestionariuszem WHODAS w bardziej istotny wpływa na ocenę satysfakcji z opieki niż stopień nasilenia objawów mierzony skalą PANSS.

***Wniosek: Hipoteza pierwsza została potwierdzona w całości***

**Hipoteza 2. Czynniki rokownicze ujęte w badaniu wyjaśniają ponad 30% zmienności satysfakcji z opieki w ZLŚ.**

Czynniki rokownicze wyodrębnione w modelu regresji wielorakiej wyjaśniały 43% wariacji zmiennej zależnej.

***Wniosek: Hipoteza druga została potwierdzona w całości.***

**Hipoteza 3. Pacjenci chorujący na schizofrenię, leczeni w różnych ZLŚ, nie różnią się w zakresie wskaźników socjodemograficznych, nasilenia objawów i funkcjonowania społecznego.**

Pacjenci w trzech badanych grupach nie różnili się pod kątem płci, wykształcenia, stanu cywilnego, dietności, pracy i oceny warunków bytowych oraz tego z kim zamieszkiwali. Różnili się w zakresie miejsca zamieszkania, obecności chorób współistniejących, wieku, długości leczenia psychiatrycznego, długości leczenia w ramach ZLŚ. Zatem różne zespoły leczenia środowiskowego obejmują różne populacje pacjentów, częściowo tylko charakteryzujące się podobnymi parametrami.

***Wniosek: Hipoteza trzecia została potwierdzona jedynie częściowo.***

**Hipoteza 4. ZLŚ działający w ramach pilotażowego Centrum Zdrowia Psychicznego chroni ciężiej chorujących pacjentów przed hospitalizacją.**

U badanych w grupie pilotażowej stwierdzono w porównaniu z pozostałymi większe nasilenie objawów w syndromie pozytywnym i w ocenie sumarycznej PANSS, a także gorsze funkcjonowanie społeczne oceniane za pomocą WHODAS. Mimo tego nie było różnic w liczbie hospitalizacji w 2019 roku między poszczególnymi ZLŚ, co potwierdza hipotezę, że ZLŚ pilotażowy chroni pacjentów z bardziej nasilonymi objawami schizofrenii przed hospitalizacją.

***Wniosek: Hipoteza czwarta została potwierdzona w całości.***

**Hipoteza 5. Pacjenci leczeni w ZLŚ odczuwają wysoką satysfakcję z opieki zdrowotnej, niezależnie od kontekstu, w jakim organizacyjnie umocowany jest ZLŚ.**

Poziom średniej satysfakcji z opieki dla wszystkich trzech badanych grup oraz średnie w większości obszarów mierzonych skalą VSSS-54 wyniosły średnio powyżej 4,0, z wyjątkiem satysfakcji z włączenia rodziny, która była niższa od 4,0. W dwóch badanych ZLŚ, działających poza pilotażem. Satysfakcja z włączenia rodziny w proces terapeutyczny była wyższa w grupie pilotażowej niż w grupie kontrolnej (ZLŚ NH i ZLŚ O).

***Wniosek: Hipoteza piąta została potwierdzona w znacznym zakresie.***

## **ROZDZIAŁ VII. Wnioski, wartości aplikacyjne, kierunki dalszych badań i ograniczenia badania**

### **7.1. Wnioski**

Przeprowadzone badania pozwoliło na sformułowanie kilku wartościowych poznawczo i aplikacyjnie wniosków:

1. Należy rozbudować sieć zespołów leczenia środowiskowego w Polsce, gdyż są skuteczną i przynoszącą satysfakcję pacjentom formą leczenia.
2. Dla profilaktyki hospitalizacji stacjonarnych konieczne jest zwiększenie nakładów finansowych na rozwój CZP w modelu kapitacyjnym.
3. Dla większych korzyści z leczenia w ZLŚ wskazane jest, aby do współpracy włączyć rodzinę pacjenta.
4. W programie terapeutycznym w ZLŚ szczególną uwagę należy zwrócić na funkcjonowanie społeczne pacjentów, zwłaszcza na poziom samodzielności, samotności i rozwój sieci społecznej.
5. Wartościową kontynuacją przedstawionego badania byłaby ocena wyników leczenia w tym satysfakcji osób leczonych we wszystkich ZLŚ działających w ramach pilotażowych CZP.

### **7.2. Wartości aplikacyjne przeprowadzonych badań**

Forma pracy w środowisku rozwinięta w ZLŚ jest wartościowa i powinna być rozpowszechniona w całym kraju. Wymaga równoległej pracy z pacjentami i ich rodzinami, a także odpowiedniego wyszkolenia zespołu terapeutycznego. Należy zwrócić uwagę na powiązanie ZLŚ z kompleksowym systemem leczenia przeciwdziałające osamotnieniu i izolacji pacjenta oraz jego rodziny. Istotne byłoby wsparcie programów wpływających na poprawę funkcjonowania społecznego, gdyż bardziej wpływa na satysfakcję z opieki, a zarazem na wynik leczenia, niż funkcjonowanie kliniczne, oraz aktywizacji zawodowej, a także zwiększenie dostępności ZLŚ. Warto pokreślić rolę oceny satysfakcji z opieki jako predyktora wyniku leczenia i rozważyć umieszczenie go jako elementu rutynowej ewaluacji leczenia. Należy dążyć do wprowadzenia alternatywy dla hospitalizacji całodobowej w ramach ZLŚ. Szczególnie wartościowe jest umocowanie ZLŚ w strukturach pilotażowych rozwijanych w kapitacyjnych CZP, gdyż wpływa na

redukcję hospitalizacji u pacjentów z dużym nasileniem objawów klinicznych i wysokim poziomem niepełnosprawności.

### **7.3. Kierunki dalszych badań**

Rekomendowanym kierunkiem badań jest rozszerzenie grupy badanej o pacjentów z kolejnych ZLŚ opis modelów działania ZLŚ, a także dokonanie ewaluacji wyników w dalszych latach. Ciekawym obszarem wymagającym dalszej eksploracji jest porównanie po dłuższym okresie funkcjonowania pilotażu CZP wyników leczenia pacjentów w ośrodkach z finansowaniem kapitałowym i w ośrodkach o tradycyjnym finansowaniu. Poszerzenia wymagają obszary dotyczące różnic w zakresie liczby i rodzaju leków, długości i liczby hospitalizacji w różnych modelach ZLŚ oraz wyodrębnienia czynników rokowniczych związanych z długością i liczbą hospitalizacji, a także temat wpływu relacji terapeutycznej na satysfakcję z opieki. Ważne jest też zwrócenie uwagi na częstość kierowania pacjentów do domów opieki społecznej.

### **7.4. Ograniczenia badania**

Pod opieką zespołów leczenia środowiskowego znajduje się szczególnie grupa pacjentów chorujących na schizofrenię. Pacjenci ci wykazują postawy ambiwalentne i niechętnie wyrażają zgodę na badanie. Mają deficyty w zakresie funkcji poznawczych, problemy z koncentracją, co powoduje, że uczestniczenie w badaniu, zwłaszcza dla osób w starszym wieku, jest dużym wyzwaniem. Część pacjentów będących pod opieką ZLŚ nie została zakwalifikowana do badania, gdyż nie byłaby w stanie w pełni go wykonać, a to mogło wpłynąć na zniżenie wyników w zakresie funkcjonowania klinicznego i społecznego w badanych grupach. W dwóch ośrodkach część badań została przeprowadzona przez lekarzy zaangażowanych w terapię. Z jednej strony pozwalało to na lepszą ocenę stanu psychicznego pacjenta oraz wyrażenie zgody przez niego na badanie ze względu na zaufanie do znanej osoby, z drugiej strony pojawiało się ryzyko zafałszowania odpowiedzi, zwłaszcza w ocenie satysfakcji z opieki. Treść kwestionariuszy wypełnianych anonimowo mogła być znana personelowi. Badani mogli chcieć przypodobać się swojemu lekarzowi lub obawiać się konsekwencji wyrażenia negatywnej oceny. W trzeciej z badanych instytucji dane zbierał lekarz niezaangażowany w proces terapeutyczny, co stanowiło wyzwanie pod kątem uzyskania od pacjenta zgody na badanie. Wyrażne było też pozytywne nastawienie pacjentów do ZLŚ, w którym pozostawali pod opieką, co mogło wpłynąć na chęć ukrycia pewnych niedostatków zespołu z uwagi na podejrzenia, że badanie będzie wykorzystane

przez organ kontrolny do oceny ich pracy. Za przykład może posłużyć wypowiedź matki pacjenta: *nie damy zrobić im [ZLŚ] krzywdy*. Liczebności badanych grup nie były duże. Skale użyte do oceny satysfakcji i poziomu odczuwanej samotności są związane z oceną subiektywną, tak więc na wynik mogły wpłynąć: podejrzliwość pacjenta, brak wiary w anonimowość badania, niechęć do przedstawienia swoich prawdziwych opinii. Badanie jest obszerne, czasochłonne i liczba kwestionariuszy mogła spowodować, że w pewnym momencie były uzupełniane z mniejszą uwagą. W przyszłych badaniach należy podjąć działania mające na celu eliminację tych niedostatków.

## Streszczenie

**Wstęp:** W ciągu ostatnich kilkunastu lat w Polsce doszło do dynamicznego rozwoju środowiskowych form leczenia psychiatrycznego. Obecnie u progu reformy mającej na celu zmianę systemową i uznanie leczenia środowiskowego jako wiodącego systemu wsparcia osób chorujących psychicznie należy ze szczególnym zainteresowaniem przyjrzeć się sposobowi funkcjonowania zespołów leczenia środowiskowego oraz ich pacjentów. Szczególnie istotne jest, aby zwrócić większą uwagę na potrzeby pacjentów oraz ich rolę w procesie zdrowienia i uwzględnić ich ocenę jako jeden ze wskaźników wyników leczenia i jakości świadczonej opieki.

**Cel:** Celem pracy jest ocena i porównanie charakterystyki demograficznej, funkcjonowania społecznego i klinicznego oraz satysfakcji z opieki w trzech różnie umocowanych organizacyjnie Zespołach Leczenia Środowiskowego (ZLŚ) oraz wyłonienie czynników rokowniczych dla satysfakcji z opieki ujętej w badaniu jako jego wskaźnik. Kolejnym celem jest porównanie wyników leczenia w ZLŚ działającym w pilotażowym Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) finansowanym w modelu kapitałowym z wynikami w dwóch pozostałych zespołach.

**Metoda:** Badaniem objęci zostali pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii, będący pod opieką trzech różnych zespołów leczenia środowiskowego. Pierwszy z nich to ZLŚ działający w dużym mieście wojewódzkim w ramach pilotażowego CZP, drugi to ZLŚ funkcjonujący w dzielnicy miasta wojewódzkiego, związany z dużym szpitalem psychiatrycznym i trzeci to ZLŚ działający w mieście powiatowym, niezależnie od szpitala/oddziału psychiatrycznego. Zbadano 90 osób, po 30 w każdym ZLŚ. W badaniu użyto następujących narzędzi: kwestionariusza danych demograficznych i wywiadu chorobowego, kwestionariusza opisującego model działania zespołu leczenia środowiskowego, skali objawów pozytywnych i negatywnych (PANSS), Skali Werońskiej dla oceny satysfakcji z leczenia (VSSS-54), kwestionariusza oceny niepełnosprawności (WHODAS), wskaźnika sieci społecznej (SNI) i skali samotności (UCLA Loneliness Scale). Do opracowania statystycznego wyników wykorzystano pakiety SPSS ver. 25 oraz STATISTICA 13.3. Do analizy różnic międzygrupowych wykorzystano test chi-kwadrat, t-Studenta, test U Manna-Whitneya oraz ANOVĘ Kruskala-Wallisa, której istotne wyniki analizowano testem post hoc Dunna, a także ANOVĘ parametryczną (wraz z poprawką Welcha), której istotne wyniki analizowano testami post hoc Sidaka i Gamesa-Howella. Do oceny związku pomiędzy ilościowymi zmiennymi wykorzystano korelacje  $r$  Persony oraz  $\rho$  Spearmana. W celu zbadania związków pomiędzy satysfakcją z leczenia a wybraną grupą potencjalnych czynników rokowniczych użyto jednoczynnikowych modeli regresji liniowej, a następnie zbudowano model wieloczynnikowy



w oparciu o metodę krokową postępującą. Przyjęty poziom istotności statystycznej we wszystkich analizach wynosił  $\alpha = 0,05$ .

**Wyniki:** Średni wiek badanych wynosił 48 lat, ponad połowa z nich, 62%, była stanu wolnego (kawaler/panna), 22% pacjentów było aktywnych zawodowo, prawie połowa, 48%, mieszkała z rodzicami. Podobnie, prawie połowa miała choroby współistniejące. Średnia długość leczenia psychiatrycznego wynosiła niecałe 20 lat, a średnia długość leczenia w ZLŚ — ponad 5 lat. Badani pacjenci byli hospitalizowani psychiatrycznie średnio prawie 6 razy. Średnia ocena satysfakcji z opieki w badanej grupie  $n = 90$  w skali VSSS-54 to 4,32 (na maksymalnie 5 punktów). W siedmiu badanych kategoriach najwyższe średnie uzyskano w ocenie satysfakcji ogólnej (4,47), informacji (4,26), profesjonalizmu (4,23). Najniżej z kolei oceniono włączenie rodziny do opieki (4,06) i dostępność personelu ZLŚ (4,12). Czynniki rokownicze wyższej satysfakcji z opieki w badanej grupie są w kolejności: niższy poziom niepełnosprawności oraz większe zróżnicowanie sieci społecznej, zatrudnienie, niższe wykształcenie, brak chorób współistniejących, niższy poziom objawów psychopatologicznych pozytywnych i negatywnych, niższy poziom samotności. Model regresji wielorakiej wykazał istotność czterech czynników rokowniczych poziomu satysfakcji z opieki: niższe wyniki WHODAS, dłuższy czas pobytu w ZLŚ, niższy wiek oraz niższe wykształcenie. Model wyjaśniał 43% wariancji zmiennej zależnej, z której najwięcej, 18% wyjaśniały wyniki w ocenie niepełnosprawności (WHODAS). Badane ZLŚ różnią się pod kątem struktury rejonu, w którym działają. ZLŚ w mieście powiatowym (ZLŚ O) zaopatruje największy obszar, z najmniejszą gęstością zaludnienia, ma pod opieką najmniejszą liczbę pacjentów i realizuje najmniej wizyt. ZLŚ z dzielnicy Kraków–Nowa Huta związany z dużym szpitalem psychiatrycznym (ZLŚ NH) zaopatruje największą liczbę mieszkańców, ma największą liczbę pacjentów objętych opieką i największą średnią tygodniową liczbę wizyt. ZLŚ NH, działający od wielu lat ma pod opieką o 55% więcej pacjentów niż ZLŚ pilotażowy Kraków- Śródmieście (ZLŚ Ś), ale świadczy tylko o 25% więcej wizyt niż ZLŚ Ś, który ma krótki okres działania. Trzy badane grupy różniły się pod kątem miejsca zamieszkania, obciążenia chorobami współistniejącymi, wieku, długości leczenia psychiatrycznego, długości leczenia w ramach ZLŚ. Nie stwierdzono istotnej różnicy w zakresie średniej satysfakcji z opieki ani żadnego z siedmiu badanych skalą VSSS-54 obszarów w trzech badanych ZLŚ. Grupa pilotażowa w porównaniu do pozostałych charakteryzowała się istotnie niższym wiekiem badanych, mniejszą liczbą zażywanych leków psychiatrycznych, większym nasileniem objawów całkowitych i pozytywnych w PANSS, a przez to słabszą siecią społeczną, mniejszą aktywnością w rolach w sieci społecznej, wyższym poziomem samotności i wyższym poziomem niepełnosprawności. Pomimo tych różnic nie stwierdzono ich

w liczbie hospitalizacji między grupą pilotażową i kontrolną. u pacjentów w grupie pilotażowej uzyskano istotnie wyższą satysfakcję z włączenia rodzin ( $p = 0,024$ ),

**Wnioski:** 1. Należy rozbudować sieć zespołów leczenia środowiskowego w Polsce, gdyż są skuteczną i przynoszącą satysfakcję pacjentom formą leczenia. 2. Celem profilaktyki hospitalizacji stacjonarnych konieczne jest zwiększenie nakładów finansowych na rozwój CZP w modelu kapitacyjnym. 3. Dla większych korzyści z leczenia w ZLŚ wskazane jest, aby do współpracy włączyć rodzinę pacjenta. 4. W programie terapeutycznym w ZLŚ szczególną uwagę należy zwrócić na funkcjonowanie społeczne pacjentów, zwłaszcza na poziom samodzielności, samotności i rozwój sieci społecznej. 5. Wartościową kontynuacją przedstawionego badania byłaby ocena wyników leczenia w tym satysfakcji osób leczonych we wszystkich Zespołach Leczenia Środowiskowego działających w ramach pilotażowych CZP.

**Wartości aplikacyjne przeprowadzonych badań:** Forma pracy w środowisku rozwinięta w ZLŚ jest wartościowa i powinna być powszechną w całym kraju. Wymaga równoległej pracy z rodziną pacjentów a tym samym odpowiedniego wyszkolenia zespołu terapeutycznego. Należy zwrócić uwagę na powiązanie ZLŚ w kompleksowym systemie leczenia przeciwdziałając osamotnieniu i izolacji pacjenta i rodziny. Badanie udowodniło, że szczególnie wartościowe jest umocowanie ZLŚ w strukturach pilotażowych rozwijanych w pilotażowym CZP opartym o finansowanie kapitacyjne.

## Summary

**Introduction:** For the last several years there has been a dynamic development of community forms of psychiatric treatment in Poland. Currently, at the threshold of the reform aimed at systemic change and recognition of community care as a leading system of support for the mentally ill, the way in which community treatment teams and their patients function should be looked at with particular interest. It is particularly important to pay more attention to the needs of patients and their role in the recovery process and to include their evaluation as one of the indicators of treatment outcomes and quality of care.

**Aim:** The aim of this study is to evaluate and compare demographic characteristics, social and clinical functioning and care satisfaction in three different Community Treatment Teams (CTTs) and to identify prognostic factors for care satisfaction included in the study as a treatment indicator. Another objective is to compare the results of treatment in the CTT operating in the pilot-program Mental Health Center (MHC), financed in a capitation model, with the results in the other two teams.

**Method:** The study included patients with a diagnosis of schizophrenia under the care of three different community treatment teams. The first one is a CTT operating in a large provincial city within the framework of a pilot-program MHC, the second one is a CTT operating in a district of a provincial city and is associated with a large psychiatric hospital, and the third one is a CTT operating in a district town, independent of the hospital / psychiatric department. The study conducted among a sample of 90 people, 30 in each of the CTTs. The following tools were used in the study: a questionnaire for demographic data and medical history, a questionnaire describing the model of a community treatment team operation, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54), a disability assessment schedule (WHODAS), the Social Network Index (SNI) and a loneliness scale (UCLA Loneliness Scale). SPSS ver. 25 and STATISTICA 13.3 were used to compile statistical results. The intergroup differences were analyzed using the chi-square and t-Student tests, Mann-Whitney's U test, and Kruskal-Wallis's ANOVA whose significant results were analyzed with Dunn's post-hoc test, as well as parametric ANOVA (with Welch's correction) whose significant results were analyzed with Sidak's and Games-Howell's post-hoc tests. Person's  $r$  and Spearman's  $\rho$  were used to assess the relationship between the quantitative variables. Single-factor linear regression models were used to investigate the relationship between treatment satisfaction and a selected group of potential

prognostic factors, and then a multivariable model was constructed based on a progressive stepwise method. The assumed level of statistical significance in all analyzes was  $\alpha = 0.05$ .

**Results:** The average age of the respondents was 48 years, more than half of them, or 62%, were unmarried (bachelor/maiden), 22% of patients were professionally active, almost half, or 48%, lived with their parents. Similarly, almost half had comorbid diseases. The average duration of psychiatric treatment was less than 20 years and the average duration of treatment in a CTT was over 5 years. The patients were hospitalized on average nearly 6 times. The mean score of care satisfaction in the examined group ( $n = 90$ ) on the VSSS-54 scale was 4.32 (out of maximum 5 points). In seven examined categories, the highest averages were obtained for the assessment of general satisfaction (4.47), information (4.26) and professionalism (4.23). The lowest scores were given for inclusion of family in care (4.06) and availability of the CTT staff (4.12). The prognostic factors of a higher satisfaction with care in the examined group are, in order: lower level of disability and greater diversity of social network, employment, lower education, lack of comorbid diseases, lower level of positive and negative psychopathological symptoms, lower level of loneliness. The multiple regression model showed the importance of four predictive factors of care satisfaction: lower WHODAS scores, longer time of stay in a CTT, lower age and lower education. The model explained 43% of the variance of the dependent variable, the largest part of which, or 18%, was explained by the results in disability assessment (WHODAS). The examined CTTs differ in terms of the structure of the area in which they operate. The CTT in the district town (CTT-O) supplies the largest area with the lowest population density, has the lowest number of patients under care and carries out the lowest number of visits. The CTT from the Kraków–Nowa Huta district, associated with a large psychiatric hospital (CTT-NH), supplies the largest number of residents, has the largest number of patients under care and the largest average number of visits per week. The CTT-NH, which has been operating for many years, has 55% more patients under care than the pilot-program CTT Kraków-Srodmiescie (CTT-S), but provides only 25% more visits than the CTT-S, which has a short period of operation. The three examined groups differed in terms of place of residence, burden of comorbid diseases, age, duration of psychiatric treatment, duration of treatment in a CTT. There was no significant difference in the average care satisfaction or any of the seven areas assessed by the VSSS-54 in the three CTTs studied. The pilot-program group, compared to the others, was characterized by a significantly lower age of the subjects, a lower number of psychiatric medications used, a higher intensity of total and positive symptoms in PANSS and thus a weaker social network, lesser activity in roles in social networks, a higher level of loneliness and a higher level of disability. For all these differences, they were not found in the number of hospitalizations

between the pilot and control group. Patients in the pilot-program group received significantly higher satisfaction with family inclusion ( $p = 0.024$ ).

**Conclusions:** 1. The network of community treatment teams in Poland should be expanded as they are an effective and satisfying form of treatment for patients. 2. The prevention of in-patient hospitalizations requires an increase in financial outlays for the development of MHCs in the capitation model. 3. It is advisable to include the patient's family in the cooperation for greater benefits from a CTT treatment. 4) In the CTT treatment program, special attention should be paid to social functioning of patients, especially to their level of autonomy, level of loneliness and development of social network. 5. A valuable continuation of the presented study would be an assessment of treatment outcomes, including the satisfaction of people treated in all Community Treatment Teams operating under the pilot-program MHCs.

**Application values of the research:** The community form of work, developed in CTTs, is valuable and should be common across the whole country. It requires parallel work with patients' families and thus appropriate training of the therapeutic team is needed. Attention should be paid to linking CTT in a comprehensive treatment system, preventing loneliness and isolation of patients and their families. The study has proven that it is particularly valuable to anchor the CTT in pilot-program structures, developed in the pilot-program MHC, based on capitation financing.

## Piśmiennictwo

1. Aaltonen, J., Seikkula, J., Lehtinen, K. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3(3), 179–191.
2. Addington, J., Piskulic, D., Marshall, C. (2010). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Curr. Dir. Psychol. Sci.*, 19(4), 260–263.
3. Aharony, L., Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med. Care Rev.*, 50(1), 49–79.
4. Alanen, Y. O. (2000). *Schizofrenia: jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
5. Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääköläinen, V., Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr. Scand.*, 83(5), 363–372.
6. Amaresha, A. C., Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian J. Psychol. Med.*, 34(1), 12–20.
7. Amering, M., Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities*. Southern Gate: John Wiley & Sons.
8. Anderson, K., Laxhman, N., Priebe, S. (2015). Can mental health interventions change social networks? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–8.
9. Andrews, A. O., Bartels, S. J., Xie, H., Peacock, W. J. (2009). Increased risk of nursing home admission among middle aged and older adults with schizophrenia. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 17(8), 697–705.
10. Angermeyer, M. C. (1989). Soziales Netzwerk und Schizophrenie: Eine Übersicht. W: *Soziales Netzwerk* (s: 188–206). Berlin: Springer.
11. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc. Rehabil. J.*, 16(4), 11–23.
12. Attkinson, C. C., Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in health and mental health services. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 185–210.
13. Attkisson, C. C., Greenfield, T. K. (1994). Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Questionnaire-30. W: Maruish, M., *Psychological Testing: Treatment planning and outcome assessment* (s:120–127). New York: Erlbaum.

14. Awad, A. G., Hogan, T. P. (1985) Early treatment events and prediction of response to neuroleptics in schizophrenia. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 9, 585–588.
15. Ban, T. A., Healy, D., Shorter, E., Neuro-Psychopharmacologicum, C. I. (Eds.). (1998). *The rise of psychopharmacology and the story of CINP*. Hungary: Animula Publishing House.
16. Barbaro, B. (1997). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
17. Barker, D. A., Shergill, S. S., Higginson, I., Orrell, M. W. (1996). Patients' views towards care received from psychiatrists, *Br. J. Psychiatry*, 168(5), 641–646.
18. Bartlett, E. E., Grayson, M., Barker, R., Levine, D. M., Golden, A., Libber, S. (1984). The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *J. Chronic Dis.*, 37(9–10), 755–764.
19. Barton, R. (2013). *Institutional neurosis*. Bristol: John Wright.
20. Bauer, M., Kunze, H., Von Cranach, M., Fritze, J., Becker, T. (2001). Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatr. Scand.*, 104, 27–34.
21. Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr. Bull.*, 32 Suppl 1, S1–S9.
22. Becker, T., Thornicroft, G., Leese, M., McCrone, P., Johnson, S., Albert, M., Turner, D. (1997). Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *Br. J. Psychiatry*, 171(1), 15–19.
23. Becker, T., Leese, M., Clarkson, P., Taylor, R. E., Turner, D., Kleckham, J., Thornicroft, G. (1998). Links between social networks and quality of life: an epidemiologically representative study of psychotic patients in South London. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 33(7), 299–304.
24. Beels, C. C. (1981). Social support and schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 7(1), 58–72.
25. Bener, A., Ghuloum, S. (2013). Gender difference on patients' satisfaction and expectation towards mental health care. *Niger. J. Clin. Pract.*, 16(3), 285–291.
26. Bengtsson-Tops, A., Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Internat. J. Soc. Psychiatry*, 47(3), 67–77.

27. Berghofer, G., Lang, A., Henkel, H., Schmidl, F., Rudas, S., Schmitz, M. (2001). Satisfaction of inpatients and outpatients with staff, environment, and other patients. *Psychiatr. Serv.*, 52(1), 104–106.
28. Bierer, J. (1980). From psychiatry to social and community psychiatry. *Internat. J. Soc. Psychiatry*, 26(2), 77–79.
29. Bjørngaard, J. H., Ruud, T., Friis, S. (2007). The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 42(10), 803–809.
30. Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press.
31. Błądziński, P., Cechnicki, A., Bogacz, J., Cichocki, Ł. (2014). Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię. *Postepy Psychiatr. i Neurol.*, 23(3), 134–139.
32. Bond, G. R., Dietzen, L. L., McGrew, J. H., Miller, L. D. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabil. Psychol.*, 40(2), 75–94.
33. Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Dis. Manag. Health Out.*, 9(3), 141–159.
34. Borrill, C., West, M., Shapiro, D., Rees, A. (2000). Team working and effectiveness in health care. *Br. J. Health Care Manag.*, 6(8), 364–371.
35. Breilmann, J., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G., Gühne, U., Hasan, A., Falkai, P., Allgöwer, A., Mucbe, R., Becker, T., Ajayi, K., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schmauß, M., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Kösters, M. (2020). Implementation of the patient version of the evidence-based (S3) guideline for psychosocial interventions for patients with severe mental illness (IMPPETUS): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 21(1), 275.
36. Breslow, E. (2001). Emergency psychiatric services. W: Thornicroft, G., Szmukler, G. (Eds). *Textbook of community psychiatry* (s: 265–276). Oxford: Oxford University Press.
37. Brown, A. S., Derkits, E. J. (2010). Prenatal infection and schizophrenia: a review of epidemiologic and translational studies. *Am. J. Psychiatry*, 167(3), 261–280.



38. Brown, G. W., Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Hum. Relat.*, 19(3), 241–263.
39. Burns, T., Raftery, J., Beadsmoore, A., McGuigan, S., Dickson, M. (1993). A controlled trial of home-based acute psychiatric services: II: Treatment patterns and costs. *Br. J. Psychiatry*, 163(1), 55–61.
40. Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., Wright, C. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol. Assess.*, 5(15), 1–139.
41. Burns, T., Firm, M. (2017). *Outreach in Community Mental Health Care: A manual for practitioners*. Oxford: Oxford University Press.
42. Burti, L. (2001). Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatr. Scand.*, 104, 41–46.
43. Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P., Keith, S. J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am. J. Psychiatry*, 158(2), 163–175.
44. Cannon, M., Jones, P. B., Murray, R. M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am. J. Psychiatry*, 159(7), 1080–1092.
45. Carlsson, A., Waters, N., Carlsson, M. L. (1999). Neurotransmitter interactions in schizophrenia — therapeutic implications. *Biol. Psychiatry*, 46(10), 1388–1395.
46. Carpenter, W. T., Strauss, J. S. (1991). The prediction of outcome in schizophrenia: IV. Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 179, 517–525.
47. Carrà, G., Cazzullo, C. L., Clerici, M. (2012). The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BMC Psychiatry*, 12(1), 140.
48. Carse, J., Panton, N., Watt, A. (1958). A district mental health service: the Worthing experiment. *Lancet*, 271(7010), 39–41.
49. Catty, J., Burns, T., Knapp, M. (2002a). Evaluating innovative mental health services: lessons from a systematic review of home treatment. *Eurohealth*, 8(1), 34–36.
50. Catty, J., Burns, T., Knapp, M., Watt, H., Wright, C., Henderson, J., Healey, A. (2002b). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol. Med.*, 32(3), 383–401.
51. Cechnicki, A. (1990). Uwagi o modelu podatności na zranienie w schizofrenii. *Psychoterapia*, 3, 39–48.

52. Cechnicki, A. (2009a). Rehabilitacja psychiatryczna — cele i metody. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej, Via Medica*, 2(1), 41–54.
53. Cechnicki, A. (2009b). W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej — 30 lat doświadczeń krakowskich. *Psychoterapia*, 3(150), 43–55.
54. Cechnicki, A. (2009c). Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny. <http://swiatlekarza.pl/psychiatria-jest-bardzo-czula-na-kontekst-spoeczny/> [Dostęp: 20.02.2020].
55. Cechnicki, A. (2011). Schizofrenia — proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
56. Cechnicki, A., Wojciechowska, A., Valdez, M. (2007). Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji. *Psychiatr. Pol.*, 41(4), 527–537.
57. Cechnicki, A., Bielańska, A., Hanuszkiewicz, I., Daren, A. (2013a). The predictive validity of expressed emotions (EE) in schizophrenia. a 20-year prospective study. *J. Psychiatr. Res.*, 47(2), 208–214.
58. Cechnicki, A., Bielańska, A., Daren, A., Wroński, K., Kalisz, A., Błądziński, P., Pilecki, M. (2013b). Wpływ interakcji dwóch predyktorów na wczesne i odległe wyniki leczenia schizofrenii. *Psychiatr. Pol.*, 47(5), 775–786.
59. Cechnicki, A., Hanuszkiewicz, I., Polczyk, R., Cichocki, Ł., Kalisz, A., Rostworowska, M. (2010). Wskaźnik ekspresji emocji (EE) jako rodzinny predyktor przebiegu schizofrenii. *Psychiatr. Pol.*, 44(2), 173–184.
60. Cechnicki, A., Wojciechowska, A. (2007). Zależności pomiędzy właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji. *Psychiatr. Pol.*, 41(4), 513–525.
61. Cervello, S., Pulcini, M., Massoubre, C., Trombert-Paviot, B., Fakra, E. (2019). Do home-based psychiatric services for patients in medico-social institutions reduce hospitalizations? Pre-post evaluation of a French psychiatric mobile team. *Psychiatr. Q.*, 90(1), 89–100.
62. Chamberlin, J. (2005). User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, 14(1), 10–14.
63. Chatterjee, S., Naik, S., John, S., Dabholkar, H., Balaji, M., Koschorke, M., McCrone, P., Varghese, M., Thara, R., Weiss, H. A., Williams, P., Patel, V., Thornicroft, G. (2014). Effectiveness of a community-based intervention for people with schizophrenia and

- their caregivers in India (COPSI): a randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9926), 1385–1394.
64. Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B. C., Kotirum, S., Chiou, C. F., Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 12, 357.
  65. Ciompi, L. (1984). Is there really a schizophrenia? The long-term course of psychotic phenomena. *Br. J. Psychiatry*, 145(6), 636–640.
  66. Ciompi, L. (1997). The concept of affect logic: An integrative psycho-socio-biological approach to understanding and treatment of schizophrenia. *Psychiatry*, 60(2), 158–170.
  67. Cleary, P. D., McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25–36.
  68. Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., Gwaltney, J. M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA*, 277(24), 1940–1944.
  69. Cohen, C. I., Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social networks: ex-patients in the inner city. *Schizophr. Bull.*, 4(4), 546.
  70. Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.*, 98(2), 310–357.
  71. Correll, C. U., Malhotra, A. K., Kaushik, S., McMeniman, M., Kane, J. M. (2003). Early prediction of antipsychotic response in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 160(11), 2063–2065.
  72. Corrigan, P. W., Liberman, R. P., Engel, J. D. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr. Serv.*, 41(11), 1203–1211.
  73. Crow, T. J. (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr. Bull.*, 11(3), 471–488.
  74. Davidson, L., Tondora, J., O’Connell, M. J., Kirk Jr, T., Rockholz, P., Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept to reality. *Psychiatr. Rehabil. J.*, 31(1), 23.
  75. Davidson, L., O’Connell, M. J., Tondora, J., Staeheli, M., Evans, A. C. (2005) Recovery in serious mental illness: paradigm shift or shibboleth? In: Davidson, L., Harding, C., Spaniol, L. (red.). *Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice* (s: 5–26). Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation.
  76. Deissler, K. G., Keller, T., Schug, R. (1995). Kooperative Gesprächsmoderation. *Zeitschrift für Systemische Therapie*, 13(1), 12–30.

77. Degan, A., Berry, K., Sweet, D., Abel, K., Crossley, N., Edge, D. (2018). Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 53(9), 873–888.
78. Díaz-Caneja, C. M., Pina-Camacho, L., Rodríguez-Quiroga, A., Fraguas, D., Parellada, M., Arango, C. (2015). Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr.*, 1(1), 1–10.
79. Díaz-Fernández, S., Frías-Ortiz, D. F., Fernández-Miranda, J. J. (2019). Suicide attempts in people with schizophrenia before and after participating in an intensive case managed community program: a 20-year follow-up. *Psychiatry Res.*, 287, 112479.
80. Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P., Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr. Serv.*, 52(7), 903–910.
81. Doane, J. A., West, K. L., Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Jones, J. E. (1981). Parental communication deviance and affective style: Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38(6), 679–685.
82. Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.*, 44(3), 166–206.
83. Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., Clark, R. E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 64(2), 391–399.
84. Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56, 627–633.
85. Drake, R. E., Green, A. I., Mueser, K. T., Goldman, H. H. (2003). The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Ment. Health J.*, 39(5), 427–440.
86. Dz.U. 2017 poz. 458. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022; [dostęp: 16.02.2019].
87. Dz. U. z 2018r. Poz. 852. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego [dostęp 31.10.2019].

88. Dz. U. z 2019, poz. 1285. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [dostęp 02.11.2019].
89. Dz. U. z 2019 r. poz. 2444. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego [dostęp 02.03.2020].
90. Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D., Wells, K. B. (2003). Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care? *Health Serv. Res.*, 38(2), 631–645.
91. Eglit, G. M., Palmer, B. W., A'verria, S. M., Tu, X., Jeste, D. V. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLOS ONE*, 13(3).
92. Eklund, M. (2001). Determinants of satisfaction with community-based psychiatric services: a cross-sectional study among schizophrenia outpatients. *Nord. J. Psychiatry*, 55(6), 413–418.
93. Emamian, E. (2012). AKT/GSK3 signaling pathway and schizophrenia. *Front. Mol. Neurosci.*, 5, 33.
94. Eytan, A., Bovet, L., Gex-Fabry, M., Alberque, C., Ferrero, F. (2004). Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *Eur. Psychiatry*, 19(8), 499–501.
95. Frydecka, D., Misiak, B., Kotowicz, K., Pionke, R., Krężolek, M., Cechnicki, A., Gawęda, Ł. (2020). The interplay between childhood trauma, cognitive biases and cannabis use on the risk of psychosis in non-clinical young adults in Poland. *Eur. Psychiatry*, 63(1), 1–17.
96. Gandré, C., Gervais, J., Thillard, J., Macé, J. M., Roelandt, J. L., Chevreul, K. (2017). The development of psychiatric services providing an alternative to full-time hospitalization is associated with shorter length of stay in French public psychiatry. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14(3), 325.
97. Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., Read, J., Power, P. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry*, 188(1), 37–45.
98. Gayer-Anderson, C., Morgan, C. (2013). Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiol. Psychiatr. Sci*, 22(2), 131–146.

99. Gebhardt, S., Wolak, A. M., Huber, M. T. (2013). Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients — the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Compr. Psychiatry*, 54(1), 53–60.
100. Geel Mental Health, <http://www.geelmentalhealth.com/> [dostęp 04.09.2019].
101. Gharabawi, G. M., Greenspan, A., Rupnow, M. F., Kosik-Gonzalez, C., Bossie, C. A., Zhu, Y., Kalali, A. H., Awad, A. G. (2006). Reduction in psychotic symptoms as a predictor of patient satisfaction with antipsychotic medication in schizophrenia: data from a randomized double-blind trial. *BMC Psychiatry*, 6(1), 45.
102. Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A., Morosini, P. (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *Eur. Psychiatry*, 17(3), 139–147.
103. Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2005(2), CD004025.
104. Goldstein, J. L., Godemont, M. M. L. (2003). The legend and lessons of Geel, Belgium: a 1500-year old legend, a 21st-century model. *Community Ment. Health J.*, 39(5), 441–458.
105. Grayton, H. M., Rujescu, D., Collier, D. A. (2012). Copy number variations in neurodevelopmental disorders. *Prog. Neurobiol.*, 99(1), 81–91.
106. Gråwe, R. W., Ruud, T., Bjørngaard, J. H. (2005). Alternative emergency interventions in adult mental health care. *Tidsskr. Nor. Legeforen.*, 125(23), 3265–3268.
107. Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Becker, T., Riedel-Heller, S. G. (2015). S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 265(3), 173–188.
108. Guo, S., Biegel, D. E., Johnsen, J. A., Dyches, H. (2001). Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatr. Serv.*, 52(2), 223–228.
109. Hammer, M. (1963). Influence of small social networks as factors on mental hospital admission. *Hum. Organ.*, 22(4), 243–251.
110. Hansson, L., Höglund, E. (1995). Patient satisfaction with psychiatric services: the development, reliability, and validity of two patient-satisfaction questionnaires for use in inpatient and outpatient setting. *Nord. J. Psychiatry*, 49(4), 257–262.
111. Harding, C. M. (1988). Course types in schizophrenia: an analysis of European and American studies. *Schizophr. Bull.*, 14(4), 633–643.

112. Harris, C., Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br. J. Psychiatry*, 173(1), 11–53.
113. Harrison, G., Gunnell, D., Glazebrook, C., Page, K., Kwiecinski, R. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: case–control study. *Br. J. Psychiatry*, 179(4), 346–350.
114. Harrison-Read, P., Lucas, B., Tyrer, P., Ray, J., Shipley, K., Simmonds, S., Knapp, M., Lowin, A., Patel, A., Hickman, M. (2002). Heavy users of acute psychiatric beds: randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London borough. *Psychol. Med.*, 32(3), 403–416.
115. Heath, D. S. (2005). *Home treatment for acute mental disorders: an alternative to hospitalization*. New York: Routledge.
116. Heinssen, R. K., Liberman, R. P., Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophr. Bull.*, 26(1), 21–46.
117. Henderson, C., Phelan, M., Loftus, L., Dall’Agnola, R., Ruggeri, M. (1999). Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatr. Scand.*, 99(3), 188–195.
118. Hendrie, H. C., Tu, W., Tabbey, R., Purnell, C. E., Ambuehl, R. J., Callahan, C. M. (2014). Health outcomes and cost of care among older adults with schizophrenia: a 10-year study using medical records across the continuum of care. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 22(5), 427–436.
119. Hogarty, G. E. (2002). *Personal therapy for schizophrenia and related disorders: a guide to individualized treatment*. New York: Guilford Press.
120. Holcomb, W. R., Parker, J. C., Leong, G. B., Thiele, J., Higdon, J. (1998). Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. *Psychiatr. Serv.*, 49(7), 929–934.
121. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLOS Med.*, 7(7), e1000316.
122. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect. Psychol. Sci.*, 10(2), 227–237.
123. Horan, W. P., Subotnik, K. L., Snyder, K. S., Nuechterlein, K. H. (2006). Do recent-onset schizophrenia patients experience a “social network crisis”? *Psychiatry*, 69(2), 115–129.

124. Hoult, J., Reynolds, I., Charbonneau-Powis, M., Coles, P., Briggs, J. (1981). A controlled study of psychiatric hospital versus community treatment — the effect on relatives. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 15(4), 323–328.
125. Hoult, J., Reynolds, I., Charbonneau-Powis, M., Weekes, P., Briggs, J. (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 17(2), 160–167.
126. Hoult, J., Reynolds, I. (1984). Schizophrenia: A comparative trial of community orientated and hospital orientated psychiatric care. *Acta Psychiatr. Scand.*, 69(5), 359–372.
127. Howes, O. D., Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*, 383(9929), 1677–1687.
128. Huang, H. C. H., Taylor, M., Carmichael, A. (2018). The outcomes of home treatment for schizophrenia. *B. J. Psych. Bull.*, 42(6), 238–242.
129. Jones, K. (1993). *Asylums and after: a revised history of the mental health services: from the early 18th century to the 1990s*. London: Athlone Press.
130. Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., Addington, J., Brunette, M. F., Correll, C. U., Estroff, S. E., Marcy, P., Robinson, J., Meyer-Kalos, P. S., Gottlieb, J. D., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Pipes, R., Kurian, B. T., Miller, A. L., Azrin, S. T., Goldstein, A. B., Severe, J. B., Lin, H., Sint, K. J., John, M., Heinssen, R. K. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am. J. Psychiatry*, 173(4), 362–372.
131. Kaszyński, H. (2006). *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*. Warszawa: Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych.
132. Kaszyński, H., Cechnicki, A. (2011). Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie. *Psychiatr. Pol.*, 45(1), 50–52.
133. Katschnig, H., Konieczna, T., Marks, I., Scott, R. (1990). Innovative approaches to delivery of emergency services in Europe. W: Marks I.M., Scott, R. A. (red.). *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementation* (s: 85–103). Cambridge University Press.
134. Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 13(2), 261–276.



135. Keller, T. (2002). Kooperationsgespräche „im Chaos der psychotischen Kommunikation”. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 3(03), 277–283.
136. Kępiński, A. (1972). *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
137. Kępiński, A. (1978). *Poznanie chorego*. Kraków: PZWL.
138. Khandaker, G. M., Zimbron, J., Lewis, G., Jones, P. B. (2012). Prenatal maternal infection, neurodevelopment and adult schizophrenia: a systematic review of population-based studies. *Psychol. Med.*, 43(2), 239–257.
139. Killaspy, H. (2006). From the asylum to community care: learning from experience. *Br. Med. Bull.*, 79(1), 245–258.
140. King, M., Coker, E., Leavey, G., Hoare, A., Johnson-Sabine, E. (1994). Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic groups. *Br. Med. Bull.*, 309(6962), 1115–1119.
141. Kluiters, H. (1997). Inpatient treatment and care arrangements to replace or avoid it—searching for an evidence-based balance. *Curr. Opin. Psychiatry*, 10(2), 160–167.
142. Kłapciński, M. M., Rymaszewska, J. (2015). Open Dialogue Approach — about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry. *Psychiatr. Pol.*, 49(6), 1179–1190.
143. Köhler, S., Unger, T., Hoffmann, S., Steinacher, B., Fydrich, T. (2015). Patient satisfaction with inpatient psychiatric treatment and its relation to treatment outcome in unipolar depression and schizophrenia. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.*, 19(2), 119–123.
144. Kordas, W., Kokodyńska, K., Kurtyka, A., Sikorska, I., Walczewski, K., Bogacz, J. (2015). Family and schizophrenia-psychoeducational group in a pilot programme. *Psychiatr. Pol.*, 49(6), 1129–1138.
145. Kuipers, L. (1993). Family burden in schizophrenia: implications for services. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 28(5), 207–210.
146. Kunii, Y., Ikemoto, K., Wada, A., Yang, Q., Kusakabe, T., Suzuki, T., Niwa, S. I. (2011). Detailed DARPP-32 expression profiles in postmortem brains from patients with schizophrenia: an immunohistochemical study. *Med. Mol. Morphol.*, 44(4), 190–199.
147. Kunze, H., Becker, T., Priebe, S. (2004). Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care. *Psychol. Bull.*, 28(6), 218–221.
148. Kurtz, M. M., Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 76(3), 491–504.
149. Lanfredi, M., Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Boero, M. E., Giobbio, G. M., Goldschmidt, N., Greppo, S., Iozzino, L., Maggi, P., Melegari, A., Pasqualetti, P., Rossi,

- G., de Girolamo, G., PERDOVE group. (2014). The effect of service satisfaction and spiritual well-being on the quality of life of patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.*, 216(2), 185–191.
150. Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann.*, 2(3), 197–207.
151. Lauveng, A. (2008). *Byłam po drugiej stronie lustra. wygrana walka ze schizofrenią*. Sopot: Smak Słowa.
152. Lebow, J. L. (1983). Client satisfaction with mental health treatment: methodological considerations in assessment. *Eval. Rev.*, 7(6), 729–752.
153. Leese, M., Johnson, S., Slade, M., Parkman, S., Kelly, F., Phelan, M., Thornicroft, G. (1998). User perspective on needs and satisfaction with mental health services. *Br. J. Psychiatry*, 173(5), 409–415.
154. Lefley, H. P., Johnson, D. L. (1990). *Families as allies in treatment of the mentally ill: New directions for mental health professionals*. Washington: American Psychiatric Press.
155. Liberman, R. P., Hilty, D. M., Drake, R. E., Tsang, H. W. (2001). Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatr. Serv.*, 52(10), 1331–1342.
156. Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int. Rev. Psychiatry*, 14(4), 256–272.
157. Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., Massel, H. K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schizophr. Bull.*, 12(4), 631–647.
158. Lincoln, T. M., Wilhelm, K., Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr. Res.*, 96(1–3), 232–245.
159. Lipton, F. R., Cohen, C. I., Fischer, E., Katz, S. E. (1981). Schizophrenia: a network crisis. *Schizophr. Bull.*, 7(1), 144–151.
160. Locker, D., Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc. Sci. Med.*, 12, 283–292.

161. Loebel, A. D., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D. I., Geisler, S. H., Szymanski, S. R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 149(9), 1183–1188.
162. López-Muñoz, F., Alamo, C., Cuenca, E., Shen, W. W., Clervoy, P., Rubio, G. (2005). History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Ann. Clin. Psychiatry*, 17(3), 113–135.
163. Love, R. E., Caid, C. D., Davis Jr, A. (1979). The user satisfaction survey: Consumer evaluation of an inner city community mental health center. *Eval. Health Prof.*, 2(1), 42–51.
164. Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *J. Marital Fam. Ther.*, 38(1), 101–121.
165. Macdonald, E. M., Hayes, R. L., Baglioni Jr, A. J. (2000). The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophr. Res.*, 46(1), 25–30.
166. Malone, D., Marriott, S. V., Newton-Howes, G., Simmonds, S., Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2007(3), CD000270.
167. Marom, S., Munitz, H., Jones, P. B., Weizman, A., Hermesh, H. (2005). Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr. Bull.*, 31(3), 751–758.
168. Marshall, M., Lockwood, A., Gath, D. (1995). Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. *Lancet*, 345(8947), 409–412.
169. Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62(9), 975–983.
170. Marwaha, S., Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 39(5), 337–349.
171. Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., Lalucat-Jo, L. (2013). Considering variables for the assignment of patients with schizophrenia to a case management programme. *Community Ment. Health J.*, 49(6), 831–840.
172. Mattsson, M., Lawoko, S., Cullberg, J., Olsson, U., Hansson, L., Forsell, Y. (2005). Background factors as determinants of satisfaction with care among first-episode psychosis patients. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 40(9), 749–754.

173. McCrone, P., Johnson, S., Thornicroft, G. (2001). Predicting the costs of community care for individuals with severe mental illness in South London. *Schizophr. Bull.*, 27(4), 653–660.
174. McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J. Marital Fam. Ther.*, 29(2), 223–245.
175. McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: a review. *Fam. Process*, 55(3), 460–482.
176. McGlashan, T. H. (1988). A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 14(4), 515–542.
177. McQuiston, H. L., Sowers, W. E., Ranz, J. M., Feldman, J. M. (2012). In: *Handbook of Community Psychiatry*. New York: Springer.
178. Merson, S., Tyrer, P., Carlen, D., Johnson, T. (1996). The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services. *Psychol. Med.*, 26(4), 727–734.
179. Mickan, S. M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Aust. Health Rev.*, 29(2), 211–217.
180. Miglietta, E., Belessiotis-Richards, C., Ruggeri, M., Priebe, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: a systematic review. *J. Psychiatr. Res.*, 100, 33–46.
181. Miklowitz, D. J., Strachan, A. M., Goldstein, M. J., Doane, J. A., Snyder, K. S., Hogarty, G. E., Falloon, I. R. (1986). Expressed emotion and communication deviance in the families of schizophrenics. *J. Abnorm. Psychol.*, 95(1), 60.
182. Mokrzycka-Markowska, M., Drozdowicz, E., Nasierowski, T. (2015). Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej — przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji. *Psychiatr. Pol.*, 49(2), 403–412.
183. Morgan, C., Kirkbride, J., Leff, J., Craig, T., Hutchinson, G., McKenzie, K., Morgan, K., Dazzan, P., Doody, G., Jones, P., Murray R., Fearon, P. (2007). Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol. Med.*, 37(4), 495–503.
184. Murray, R. M., Lewis, S. W. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *BMJ*, 295, 681–682.
185. Murray, R. M., Bhavsar, V., Tripoli, G., Howes, O. (2017). 30 years on: how the neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia morphed into the developmental risk factor model of psychosis. *Schizophr. Bull.*, 43(6), 1190–1196.

186. Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., Dain, B. J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 185(7), 419–426.
187. Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr. Bull.*, 24(1), 37–74.
188. Mueser, K. T., Gingerich, S. (2011). Relapse prevention and recovery in patients with psychosis: the role of psychiatric rehabilitation. *Psychiatr. Times*, 28(6), 66.
189. Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Ann. Rev. Clin. Psychol.*, 9, 465–497.
190. Myhrman, A., Rantakallio, P., Isohanni, M., Jones, P., Partanen, U. (1996). Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child. *Br. J. Psychiatry*, 169(5), 637–640.
191. Namysłowska, I. (2006). Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię. *Postępy Psychiatr. i Neurol.*, 15(3), 136–140.
192. Nasser, M. (1995). The rise and fall of anti-psychiatry. *Psychiatr. Bull.*, 19(12), 743–746.
193. NICE Clinical guideline 2009. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2009). Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. NICE clinical guideline 82. London.
194. NICE Clinical guideline 2014: Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> [dostęp: 28.03.2020].
195. Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., Ventura, J., Asarnow, R. F., Gitlin, M. J., Yee, C. M., Gretchen-Doorly, D., Mintz, J. (2011). Neurocognitive predictors of work outcome in recent-onset schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 37(supplement 2), S33–S40.
196. Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of flexible assertive community treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Community Ment. Health J.*, 52(8), 898–907.
197. O’Callaghan, E., Turner, N., Renwick, L., Jackson, D., Sutton, M., Foley, S. D., McWilliams, S., Behan, C., Fetherstone, A., Kinsella, A. (2010). First episode psychosis and the trail to secondary care: help-seeking and health-system delays. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 45(3), 381–391.

198. Pasamanick, B., Scarpitti, F. R., Lefton, M., Dinitz, S., Wernert, J. J., McPheeters, H. (1964). Home vs hospital care for schizophrenics. *JAMA*, 187(3), 177–181.
199. Pattison, E. M., Pattison, M. L. (1981). Analysis of a schizophrenic psychosocial network. *Schizophr. Bull.*, 7(1), 135–143.
200. Pedersen, C. B., Mortensen, P. B. (2001). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch. Gen. Psychiatry*, 58(11), 1039–1046.
201. Pekkala, E., Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2002 (2), CD002831.
202. Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 205(2), 88–94.
203. Perreault, M., Rogers, W. L., Leichner, P., Sabourin, S. (1996). Patients' requests and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting. *Psychiatr. Serv.*, 47(3), 287–292.
204. Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschläger, J., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*, 331(7517), 602.
205. Pfammatter, M., Junghan, U. M., Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from metaanalyses. *Schizophr. Bull.*, 32(1), S64–80.
206. Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2010 (12), CD000088.
207. Pietrzykowska, B. (2011). *Psychiatria środowiskowa i organizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. W: Bilikiewicz A., (red.) *Psychiatria, Podręcznik dla studentów medycyny* (s: 213–289). Warszawa: Edra Urban & Partner.
208. Pigott, H. E., Trott, L. (1993). Translating research into practice: the implementation of an in-home crisis intervention triage and treatment service in the private sector. *Am. J. Med. Qual.*, 8(3), 138–144.
209. Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E. et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol. Med.*, 32(5), 763–782.

210. Pinto, R. M. (2006). Using social network interventions to improve mentally ill clients' well-being. *Clin. Soc. Work J.*, 34(1), 83–100.
211. Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia — a meta-analysis. *Schizophr. Bull.*, 27(1), 73–92.
212. Polak, P. R., Kirby, M. W. (1976). A model to replace psychiatric hospitals. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 162(1), 13–22.
213. Popovic, D., Schmitt, A., Kaurani, L., Senner, F., Papiol, S., Malchow, B., Fischer, A., Schulze, T. G., Koutsouleris, N., Falkai, P. (2019). Childhood trauma in schizophrenia: current findings and research perspectives. *Front. Neurosci.*, 13, 274.
214. Press, I., Ganey, R. F., Malone, M. P. (1991). Satisfied patients can spell financial well-being. *Healthcare Financial Management: Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 45(2), 34–36.
215. Priebe, S., Bröker, M. (1999). Prediction of hospitalizations by schizophrenia patients assessment of treatment: An expanded study. *J. Psychiatr. Res.*, 33(2), 113–119.
216. Priebe, S., Gruyters, T. (1995). Patients' assessment of treatment predicting outcome. *Schizophr. Bull.*, 21(1), 87–94.
217. Priebe, S., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., [Rössler, W.](#), [Salize, H.](#), [Svensson, B.](#), [Torres-Gonzales, F.](#), Van Den Brink, R., [Wiersma, D.](#), [Wright, D. J.](#) (2007). Structured patient — clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: cluster randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry*, 191(5), 420–426.
218. Prot, K. (2011). Od azylu poprzez dom wariatów do domu własnego. *Konteksty*, (02–03), 294–298.
219. Prot, K., Pałyska, M., Anczewska, M., Indulska, A., Raduj, J. (2005). Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej. *Postępy Psychiatr. i Neurol.*, 14(4), 299–304.
220. Prot, K., Anczewska, M., Indulska, A., Raduj, J., Pałyska, M. (2011). Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej —badanie pilotażowe. *Psychiatr. Pol.*, 45(6), 799–809.
221. Prot-Klinger, K., Pawłowska, M. (2008). Jak mierzyć skuteczność leczenia środowiskowego? *Postępy Psychiatr. i Neurol.*, 17(3), 229–232.
222. Prot-Klinger, K., Pawłowska, M. (2009). The effectiveness of community care for people with severe mental disorders. *Arch. Psychiatry Psychother.*, 4, 43–50.

223. Rapoport, J. L., Giedd, J. N., Gogtay, N. (2012). Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol. Psychiatry*, 17(12), 1228–1238.
224. Raport biura ds. pilotażu 2019: Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. [dostęp 31.10.2019].
225. Raport RPO 2014: Rzecznik Praw Obywatelskich. Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.  
[https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona\\_zdrowia\\_psychicznego.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf) [dostęp: 18.02.2019].
226. Read, J., Fink, P., Rudegeair, T., Felitti, V., Whitfield, C. (2008). Child maltreatment and psychosis: a return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clin. Schizophr. Relat. Psychoses*, 2(3), 235–254.
227. Read, J., Gumley, A. (2008). Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis? *Attachment*, 2(1), 1–35.
228. Realizacja zadań NPOZP, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12692,vp,15090.pdf> [dostęp: 18.02.2019]
229. Reding, G. R., Raphelson, M. (1995). Around-the-clock mobile psychiatric crisis intervention: another effective alternative to psychiatric hospitalization. *Community Ment. Health J.*, 31(2), 179–187.
230. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.
231. Resende, K., Bandeira, M., Oliveira, D. C. R. D. (2018). Factors associated with satisfaction with a community mental health service. *Paidéia*, 28, e2831. Epub January 07, 2019.
232. Richardson, M., Katsakou, C., Priebe, S. (2011a). Association of treatment satisfaction and psychopathological sub-syndromes among involuntary patients with psychotic disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 46(8), 695–702.
233. Richardson, M., Katsakou, C., Torres-González, F., Onchev, G., Kallert, T., Priebe, S. (2011b). Factorial validity and measurement equivalence of the Client Assessment of



- Treatment Scale for psychiatric inpatient care — a study in three European countries. *Psychiatry Res. Neuroimaging*, 188(1), 156–160.
234. Robson, D., Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *Int. J. Nurs. Stud.*, 44(3), 457–466.
235. Robustelli, B. L., Newberry, R. E., Whisman, M. A., Mittal, V. A. (2017). Social relationships in young adults at ultra-high risk for psychosis. *Psychiatry Res.*, 247, 345–351.
236. Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T., Brenner, H. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophr. Bull.*, 32(1), 81–93.
237. Rohland, B. M., Langbehn, D. R., Rohrer, J. E. (2000). Relationship between service effectiveness and satisfaction among persons receiving Medicaid mental health services. *Psychiatr. Serv.*, 51(2), 248–250.
238. Rosenheck, R., Wilson N., Meterko, M. (1997). Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment. *Psychiatr. Serv.*, 48(12), 1553–1561.
239. Ruddy, R., Milnes, D. (2005). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2005(4), CD004025.
240. Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 29(5), 212–227.
241. Ruggeri, M., Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychol. Med.*, 23(2); 511–523.
242. Ruggeri, M., Dall'Agnola, R., Agostini, C., Bisoffi, G. (1994). Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 29(6), 265–276.
243. Ruggeri, M., Biggeri, A., Rucci, P., Tansella, M. (1998). Multivariate analysis of outcome of mental health care using graphical chain models the South-Verona outcome project 1. *Psychol. Med.*, 28(6), 1421–1431.
244. Ruggeri, M., Gater, R., Bisoffi, G., Barbui, C., Tansella, M. (2002). Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatr. Scand.*, 105(2), 131–140.

245. Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vázquez-Barquero, J. L., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H. C., Schene, A., Tansella, M. EPSILON Study Group. (2003). Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. *Schizophr. Bull.*, 29(2), 229–245.
246. Rybakowski, J., Pużyński, S., Wciórka, J. (2010). *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, (s: 587–653). Wrocław : Elsevier Urban & Partner
247. Sadock, B., Sadock, V., Ruiz, P. (2009). *History of psychiatry*. W: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (s: 4481–4483). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
248. Schöttle, D., Ruppelt, F., Schimmelmann, B. G., Karow, A., Bussopulos, A., Gallinat, J., Wiedemann, K., Luedecke, D., Rohenkohl, A. C., Huber, C. G., Bock, T., Lambert, M. (2019). Reduction of involuntary admissions in patients with severe psychotic disorders treated in the ACCESS integrated care model including therapeutic assertive community treatment. *Front. Psychiatry*, 10, 736.
249. Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5(3), 163–182.
250. Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother. Res.*, 16(2), 214–228.
251. Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 1–13.
252. Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Marriott, S. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 178(6), 497–502.
253. SJP PWN: Słownik Języka Polskiego PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/psychiatria-srodowiskowa;4009738.html> [dostęp 04.09.2019].
254. Skiba, J., Prot, K. (2008). Przydatność kwestionariusza ESMS do badania opieki środowiskowej. *Postępy Psychiatr. i Neurol.*, 17, 319–325.

255. Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
256. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20.
257. Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R., Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 2(6), 503–514.
258. Słupczyńska-Kossobudzka, E., Boguszevska, L.(1998). Zespoły leczenia środowiskowego: metaanaliza informacji z literatury. *Postępy Psychiatr. i Neurol.*, 7, 387–398.
259. Słupczyńska-Kossobudzka, E., Boguszevska, L., Wójtowicz, S. (2001). Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach — katamneza dwuletnia. *Postępy Psychiatr. i Neurol.*, 10, 289–299.
260. Smith, D., Roche, E., O'Loughlin, K., Brennan, D., Madigan, K., Lyne, J., O'Donoghue, B. (2014). Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. *J. Ment. Health*, 23(1), 38–45.
261. Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, 2016. <https://docplayer.pl/19008751-Sprawozdanie-zespołu-powolanego-przez-ministra-zdrowia-do-opracowania-projektu-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html> [dostęp 04.09.2019]
262. Sprawozdanie za 2017 rok z realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 Kraków, październik 2018 rok Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego Departament Zdrowia i Polityki Społecznej <https://www.malopolska.pl/userfiles/uploads/PS%20IV/Sprawozdanie%20z%20MPOZ%20za%202017%20r..pdf> [dostęp 23.03.2020].
263. Stamboglis, N., Jacobs, R. (2020). Factors associated with patient satisfaction of community mental health services: a multilevel approach. *Community Ment. Health J.*, 56(1), 50–64.
264. Stein, L. I., Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37(4), 392–397.

265. Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M. J., Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr. Bull.*, 34(1), 193–199.
266. Slater, V., Linn, M., Harris, R. (1981). Outpatient evaluation of mental health care. *South. Med. J.*, 74(10), 1217–1219.
267. Solomon, P., Draine, J., Mannion, E., Meisel, M. (1996). Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophr. Bull.*, 22(1), 41–50.
268. Stanisz, A. (2016). Modele regresji. W: Modele regresji logistycznej (s: 77–149). Kraków: StatSoft Polska.
269. Svensson, B., Hansson, L. (2006). Satisfaction with mental health services. a user participation approach. *Nord. J. Psychiatry*, 60(5), 365–371.
270. Swofford, C. D., Kasckow, J. W., Scheller-Gilkey, G., Inderbitzin, L. B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 20(1–2), 145–151.
271. Tee, H., Priebe, S., Santos, C., Xanthopoulou, P., Webber, M., Giacco, D. (2020). Helping people with psychosis to expand their social networks: the stakeholders' views. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–10.
272. The NHS Plan 2000: a plan for investment a plan for reform, Department of Health, 2000. <https://navigator.health.org.uk/content/nhs-plan-plan-investment-plan-reform-2000> [dostęp 06.11.2019].
273. Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br. J. Psychiatry*, 199(6), 441–442.
274. Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., Johnson, S., Szmuckler, G. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. *Br. J. Psychiatry*, 173(5), 423–427.
275. Thornicroft, G., Becker, T., Holloway, F., Johnson, S., Leese, M., McCrone, Szmukler, G., Taylor, R., Wykes, T. (1999). Community mental health teams: evidence or belief? *Br. J. Psychiatry*, 175(6), 508–513.
276. Thornicroft, G., Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br. J. Psychiatry*, 185(4), 283–290.
277. Thornicroft, G., Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, 14(1), 1–3.

278. Thornicroft, G., Bebbington, P., Leff, J. (2005). Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr. Serv.*, 56(11), 1416-1422.
279. Thornicroft, G., Tansella, M. (2010). Satisfaction with mental health services. *Mental Health Outcome measures* (s:99–115). London: RCPsych Publications.
280. Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K. T., Drake, R. E. (2011). *Oxford Textbook of Community Mental Health*, Oxford: Oxford University Press.
281. Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J. Health Soc. Behav.*, 52(2), 145–161.
282. Tranchina, P., Archi, G., Ferrara, M. (1981). The new legislation in Italian psychiatry: an advanced law originating from alternative practice. *Int. J. Law Psychiatry*, 4(1–2), 181–190.
283. Turner, J., Hayward, R., Angel, K., Fulford, B., Hall, J., Millard, C., Thomson, M. (2015). The history of mental health services in modern England: practitioner memories and the direction of future research. *Med. Hist.*, 59(4), 599–624.
284. Tyrer, P., Evans, K., Gandhi, N., Lamont, A., Harrison-Read, P., Johnson, T. (1998). Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ*, 316(7125), 106–109.
285. Tyrer, P., Coid, J., Simmonds, S., Joseph, P., Marriott, S. (1999). Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2000 (2), CD000270.
286. Uchwała Rady ds. Psychiatrii z dnia 10.06.2020
287. Üstün T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., von Korff, M., Pull, C. (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. *Bull. World Health Organ.* 2010; 88, 815–823.
288. Vaughn, C. E., Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br. J. Psychiatry*, 129(2), 125–137.
289. Ventura, J., Subotnik, K. L., Gitlin, M. J., Gretchen-Doorly, D., Ered, A., Villa, K. F., Helleman, G. S., Nuechterlein, K. H. (2015). Negative symptoms and functioning during the first year after a recent onset of schizophrenia and 8 years later. *Schizophr. Res.*, 161(2–3), 407–413.

290. Vermeulen, J. M., Schirmbeck, N. F., van Tricht, M. J., de Haan, L. (2018). Satisfaction of psychotic patients with care and its value to predict outcomes. *Eur. Psychiatry* 47, 60–66.
291. Voruganti, L., Heslegrave, R., Awad, A. G., Seeman, M. V. (1998). Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol. Med.*, 28(1), 165–172.
292. Vuori, H. (1987). Patient satisfaction — an attribute or indicator of the quality of care? *QRB. Qual. Rev. Bull.*, 13(3), 106–108.
293. Ware Jr, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval. Program Plan.*, 6(3–4), 247–263.
294. Wciórka, J. (2000). *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. Postępy Psychiatr. i Neurol.*, 9(3), 319–337.
295. Weiden, P., Olfson, M., Essock, S. (1997). Medication noncompliance in schizophrenia: Effects on mental health service policy. treatment compliance and the therapeutic alliance: *Chronic Mental Illness*, 5, 35–60.
296. Weinberger, D. R. (1986). The pathogenesis of schizophrenia: a neurodevelopmental theory. *W: The neurology of schizophrenia (s: 387–405)*. New York, Elsevier.
297. WHO 2014: World Health Organization. *Mental Health Atlas*, revised edition; 2014, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011\\_eng.pdf;jsessionid=5D934625167009488EC936276D97EEB1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf;jsessionid=5D934625167009488EC936276D97EEB1?sequence=1) [dostęp 30.10.2019].
298. WHO 2017: World Health Organization. *Mental Health Atlas*, revised edition; 2017, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/396765/EMH-Atlas-6.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/396765/EMH-Atlas-6.pdf?ua=1) [dostęp 30.10.2019]
299. Winefield, H. R., Harvey, E. J. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 19(3), 619–625.
300. Woodward, S., Berry, K., Bucci, S. (2017). A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *J. Psychiatr. Res.*, 92, 81–93.
301. Xia, J., Grant, T.J. (2009). Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2009(1), CD006868.
302. Xia, J., Merinder, L. B., Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2011(6), CD002831.

303. Załuska, M. (2006). Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. *Postępy Psychiatr. i Neurol.*, 15(4), 277–85.
304. Załuska, M., Prot-Klinger, K., Bronowski, P. (2007). *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
305. Zarządzenie Nr 55/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego <https://czp.org.pl/wp-content/uploads/docs/Zarz%C4%85dzenia%20w%20sprawie%20um%C3%B3w%20pilota%C5%BCowych%20Prezesa%20NFZ%20tekst%20ujednolicony%20na%20dzie%205%84%203%20marca%202020.pdf> [dostęp 23.03.2020].
306. Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [dostęp 23.03.2020].
307. Zendjidjian, X. Y., Auquier, P., Lancon, C., Loundou, A., Parola, N., Faugere, M., Boyer, L. (2014). Determinants of patient satisfaction with hospital health care in psychiatry: results based on the SATISPSY-22 questionnaire. *Patient Prefer. Adherence*, 8, 1457.
308. Ziguras, S. J., Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr. Serv.*, 51(11), 1410–1421.
309. Ziguras, S. J., Stuart, G. W., Jackson, A. C. (2002). Assessing the evidence on case management. *Br. J. Psychiatry*, 181(1), 17–21.
310. Zubin, J., Spring, B. (1977) Vulnerability — a new view of schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.*, 86(2), 103–126.

## Spis tabel i rysunków

Tabela 1.1. Porównanie nakładów finansowych na opiekę psychiatryczną w wybranych krajach [WHO 2017] .....	15
Rysunek 1.1. Schemat modelu działania CZP .....	18
Rysunek 1.2. Obszary objęte pilotażem CZP w 2018 i planowany rozwój pilotażu w 2020 roku ....	19
Tabela 1.2. Liczba placówek lecznictwa psychiatrycznego w Polsce w latach 1970-2014 [Rybakowski i wsp., 2010; Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, 2016; Załuska, 2006] .....	20
Tabela 1.3. Liczba ZLŚ oraz pacjentów objętych opieką ZLŚ w Polsce w poszczególnych latach..	28
Rysunek 1.3. Liczba ZLŚ w województwie małopolskim w 2017 roku .....	28
Tabela 1.4. Wyniki badań oceniających skuteczność leczenia ZLŚ .....	30
Tabela 1.5. Liczba pacjentów objętych opieką środowiskową w Polsce i Małopolsce w poszczególnych latach z wyszczególnieniem pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii.....	39
Rysunek 2.1. Model systemowego ujęcia biopsychospołecznego wg Ciompiego [1984] z modyfikacjami [Ciompi 1984;Ciompi 1997].....	42
Rysunek 2.2. Rozszerzony o recovery model V-S .....	48
Rysunek 2.3 .Przebieg schizofrenii wg Ciompiego [Ciompi, 1984, Ciompi 1997].....	49
Tabela 3.1 Związek satysfakcji z opieki z wynikami leczenia – przegląd badań .....	67
Tabela 4.1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy z uwzględnieniem porównania trzech badanych ZLŚ .....	75
Tabela 4.2. Charakterystyka kliniczna badanej grupy (n=90). .....	78
Tabela 4.3. Charakterystyka badanych zespołów leczenia środowiskowego .....	79
Tabela 4.4. Porównanie personelu zatrudnionego w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego – cz1.....	81
Tabela 4.5. Porównanie personelu zatrudnionego w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego – cz.2.....	82
Tabela 5.1. Kliniczne i społeczne wyniki leczenia w badanej grupie n=90.....	86
Tabela 5.2. Wyniki satysfakcji z opieki dla grupy n=90. Średnia ocena ogólna i w badanych kategoriach.....	87



Tabela 5.3. Wyniki satysfakcji z opieki dla badanej grupy n=90. Średnia oraz odsetki odpowiedzi pozytywnych i negatywnych na poszczególne pytania w obszarach satysfakcja ogólna oraz profesjonalizm i zachowanie terapeutów .....	88
Tabela 5.4. Wyniki satysfakcji z opieki dla badanej grupy n=90. Średnia oraz odsetki odpowiedzi pozytywnych i negatywnych na poszczególne pytania w obszarach informacja, dostępność, skuteczność i włączenie rodziny .....	89
Tabela 5.5. Wyniki satysfakcji z opieki dla całej badanej grupy n=90. Średnia oraz odsetki odpowiedzi pozytywnych i negatywnych na poszczególne pytania w obszarze typy interwencji....	90
Tabela 5.6. Modele jednoczynnikowych regresji liniowych dla wyższej satysfakcji z opieki w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych (n=90).....	92
Tabela 5.7. Modele jednoczynnikowych regresji liniowych dla wyższej satysfakcji z opieki w zależności od kwestionariuszowych zmiennych opisujących nasilenie objawów schizofrenii i funkcjonowanie społeczne .....	93
Tabela 5.8. Model pierwszy regresji wielorakiej dla zmiennej satysfakcja z opieki z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych, danych klinicznych, nasilenia objawów oraz kwestionariuszy opisujących funkcjonowanie społeczne .....	94
Tabela 5.9. Model trzeci regresji wielorakiej dla zmiennej satysfakcja z opieki po usunięciu PANSS-POZ.....	95
Tabela 5.10. Charakterystyka kliniczna oraz wyniki opisujące nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcji z opieki w ZLŚ Śródmieście n=30.....	96
Tabela 5.11. Charakterystyka kliniczna oraz wyniki opisujące nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcji z opieki w ZLŚ Nowa Huta n=30 .....	97
Tabela 5.12. Charakterystyka kliniczna wyniki opisujące nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcji z opieki w ZLŚ Olkusz n=30 .....	98
Tabela 5.13. Porównanie wewnątrzgrupowych wieku i danych klinicznych w trzech badanych ZLŚ 3x n=30. ....	99
Tabela 5.14. Porównanie nasilenia objawów klinicznych w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego 3xn=30 .....	100
Tabela 5.15. Porównanie funkcjonowania społecznego w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego 3x n=30 .....	101
Tabela 5.16. Porównanie średnich ocen VSSS-54 oraz średnich w siedmiu badanych obszarach w trzech badanych ZLŚ.....	102

Tabela 5.17. Konfiguracja czynników rokowniczych powiązanych z wyższą satysfakcją z opieki w badanych ZLŚ .....	103
Tabela 5.18. Analiza i porównanie odpowiedzi na wybrane pytania skali VSSS-54 w 3 badanych ZLŚ.....	104
Tabela 5.19. Korelacje satysfakcji z opieki z poszczególnymi zmiennymi w trzech badanych zespołach leczenia środowiskowego.....	105
Tabela 5.20. Charakterystyka socjodemograficzna w podziale na grupę pilotażową i kontrolną ...	107
Tabela 5.21. Charakterystyka kliniczna oraz wyniki opisujące nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcji z opieki w grupie kontrolnej (ZLŚ Nowa Huta i ZLŚ Olkusz).....	108
Tabela 5.22. Porównanie danych klinicznych, nasilenia objawów schizofrenii, funkcjonowania społecznego i satysfakcji z opieki między grupą pilotażową (ZLŚ Ś) a grupą kontrolną (ZLŚ NH i ZLŚ O)..	109
Tabela 5.23. Porównanie długości leczenia w ZLŚ i liczby hospitalizacji psychiatrycznych między grupą pilotażową i kontrolną.....	110

## Wykaz skrótów

- ACT – ang. assertive community treatment, aktywne leczenie w środowisku
- AS – ang. affective style, styl uczuciowy
- BPRS – ang. Brief Psychiatric Ratings Scale, krótka psychiatryczna skala oceny
- CAN-EU – ang. Camberwell Assessment of Need, Ocena Potrzeb Camberwell wersja europejska
- CAT – ang. Client Assessment of treatment, ocena leczenia przez klienta
- CC – ang. critical remarks, krytyczne komentarze
- CD – ang. communication deviance, spaczona komunikacja
- CGI – ang. Clinical Global Impression Scale, skala ogólnego wrażenia klinicznego mierząca ciężkość obecnych objawów
- CM – ang. case management, koordynacja opieki
- CMHC - ang. community mental health center, centrum zdrowia psychicznego
- CMHT – ang. community mental health team, zespół leczenia środowiskowego
- COMT - katechol-O-metylotransferaza
- CRT - - ang. crisis resolution team, inna nazwa dla MCHT, zespół leczenia domowego
- CSN – centralny system nerwowy
- CSM – wł. Centri di Salute Mentale, sieć centrów zdrowia psychicznego
- CSQ – ang. Client Satisfaction Questionnaire, kwestionariusz oceny satysfakcji
- CTT – ang. Community Treatment Team, zespół leczenia środowiskowego
- CUES-U – ang. Carers' and User's Expectations of Services, User Version
- CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego
- DPS – dom pomocy społecznej
- DSM – wł. Dipartimento di Salute Mentale, sieci departamentów zdrowia psychicznego
- DUP – ang. duration of untreated psychosis, czas nieleczonej psychozy
- EBM – ang. evidence-based medicine, medycyna oparta na faktach
- ECM – ang. enhanced case management, „ulepszona” koordynacja opieki
- EE – ang. expressed emotion, wskaźnik ujawnianych uczuć
- EI – ang. Early Intervention, zespół wczesnej interwencji
- EOI – ang. emotional overinvolvement, emocjonalne naduwikłanie
- FACT - - ang. Flexible Assertive Community Treatment, elastyczne aktywne leczenie w środowisku
- GAF – ang. Global Assessment of Functioning, globalna ocena funkcjonowania
- HRSD – ang. Hamilton Depression Scale, skala depresji Hamiltona

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii

LPP – leki przeciwpsychotyczne

LQL-EU- ang. Lancashire Quality of Life Profile, skala jakości życia Lancashire wersja europejska

MANSA - ang. The Manchester Short Assessment of quality of life, krótka ocena jakości życia Manchester

MCHT – ang. Mobile Crisis Home Treatment, zespół leczenia domowego, patrz też CRT

MZ – Minister Zdrowia

NAA – ang. need adapted approach, leczenie dostosowane do potrzeb

NICE – ang. National Institute for Health and Care Excellence, Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NPOZP - Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

ODA – ang. open dialogue approach, metoda otwartego dialogu

PANSS – ang. Positive and Negative Syndrome Scale, Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych

PANSS – NEG - Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych, ocena objawów negatywnych

PANSS – POZ - Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych, ocena objawów pozytywnych

PLEs - ang. psychotic-like experiences, doświadczenia podobne do objawów psychotycznych

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

PZK – punkt zgłoszeniowo – koordynacyjny

PZP – poradnia zdrowia psychicznego

QALY - ang. quality-adjusted life year, lata życia skorygowane o jego jakość

QS – skala jakości życia

RPO – Rzecznik Praw Obywatelskich

RT – ang. reflecting team, zespół reflaktujący

SMHC – ang. Satisfaction with mental health care, ankieta satysfakcji z centrum zdrowia psychicznego

SNI – ang. Social Network Index, Wskaźnik sieci społecznej

SPRI – ang. Self-rating patient satisfaction questionnaire, kwestionariusz oceny satysfakcji pacjenta

SSS-30 – ang. Service Satisfaction Scale, skala oceny satysfakcji z opieki

ŚDS – środowiskowy dom samopomocy

TCL – ang. Training in Community Living, trening życia w środowisku

UCLA Loneliness Scale - Skala samotności

UHR – ang. ultra-high risk, stan bardzo wysokiego ryzyka rozwoju psychozy

USS – ang. User Satisfaction Survey, Ankieta satysfakcji z opieki  
V-S Model - ang. Vulnerability – Stress Model, Model podatność – stres  
VSSS – 54- ang. Verona Service Satisfaction Scale, Skala Werońska  
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia  
WHODAS – ang. WHO Disability Assessment Schedule, kwestionariusz oceny niepełnosprawności  
WHO  
WHOQoF – ang. WHO quality of life, kwestionariusz oceny jakości życia  
WTZ – warsztaty terapii zajęciowej  
ZLŚ – zespół leczenia środowiskowego  
ZL NH – zespół leczenia środowiskowego Kraków Nowa Huta  
ZLŚ O – zespół leczenia środowiskowego Olkusz  
ZLŚ Ś – zespół leczenia środowiskowego Kraków Śródmieście  
ZUF – 8 – ang. Zurich Satisfaction Questionnaire, Kwestionariusz satysfakcji Zurich

## Aneks

### ANKIETA DANYCH SOCJODEMOGRAFICZNYCH i WYWIAD CHOROBY:

I. Kod osoby badanej :

II. Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

III. Wiek:

IV. Miejsce zamieszkania:

- miasto
- wieś

V. Wykształcenie:

- podstawowe
- gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- pomaturalne/policealne
- wyższe

VI. Stan cywilny: (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- żonaty/zamężna (ile razy? .....)
- po rozwodzie
- w związku nieformalnym
- wdowiec/wdowa
- w separacji
- kawaler/panna

VII. z kim Pan/i mieszka? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- z partnerem
- z innymi osobami w mieszkaniu
- z dziećmi
- w akademiku/hotelu/pensjonacie
- sam/sama
- brak stałego miejsca (np. u znajomych)
- z rodzicami
- bezdomny
- z rodzeństwem
- DPS
- z dalszą rodziną
- inne

VIII. Czy ma Pan/i dzieci:

- NIE

- TAK

liczba

IX. Obecna praca (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- własna działalność
- pełny etat
- niepełny wymiar godzin - regularnie
- niepełny wymiar godzin – nieregularnie (praca dorywcza)
- praca chroniona
- renta (od kiedy?)
- emerytura(od kiedy?)
- student/stażysta
- bezrobotny(od kiedy?)

X. Jak określa Pan/i swoje warunki bytowe?

- Bardzo dobre
- Dobre
- Dość dobre
- Mierne
- Złe

#### **DANE KLINICZNE:**

I. Rozpoznanie:

II. Od ilu lat jest Pani/Pan leczona/y psychiatrycznie?

III. Od ilu lat jest Pani/Pan leczona/y w Zespole Leczenia Środowiskowego?

IV. Leki zażywane:

a) doustne

- NIE
- TAK

jakie?

b) iniekcje o przedłużonym działaniu?

- NIE
- TAK

jakie?

V Ile razy była/był Pani/Pan hospitalizowany w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym?

VI. Pierwsza hospitalizacja w oddziale psychiatrycznym (w którym roku?)

Ostatnia hospitalizacja w oddziale psychiatrycznym (w którym roku)

Liczba hospitalizacji w ostatnich 3 latach

Liczba hospitalizacji w 2019

VII. Uzależnienie od:

	TAK	NIE
ALKOHOL		
NARKOTYKI/DOPALACZE		
NIKOTYNA (ile papierosów/d)		

VIII. Choroby przewlekłe:

IX. Przebyte urazy / inne poważne dysfunkcje (np. ślepotą, niedowładami)

X. Skierowany do ZLŚ przez:

- oddział psychiatryczny
- rodzinę
- PZP
- MOPS
- POZ
- zgłosił się sam
- inne/ brak danych

XI. Pacjent uczęszcza na zajęcia do :

- WTZ
- ŚDS
- nie uczęszcza

### **Kwestionariusz opisujący model działania zespołu leczenia środowiskowego**

1. Obejmowany obszar :

- nazwa.....

a) wielkość [w km<sup>2</sup>]

- 0-25
- 26-50
- 51-75
- 76-100
- powyżej 100km<sup>2</sup>

b) liczba mieszkańców:

- do 50tys
- 51-100tys
- 101-150tys
- 151-200tys
- powyżej 200tys

2. Liczba pacjentów objętych opieką:

- do 50
- 51-100
- 101-150
- 151-200



- 201-250
- 251-300
- powyżej 300

3. Liczba kontaktów z pacjentami w tygodniu:

- do 50
- 51-100
- 101-150
- 151-200
- 201-250
- powyżej 250

4. Liczba kontaktów w tygodniu w domu pacjenta:

- do 25
- 26-50
- 51-75
- 76-100
- 101-125
- powyżej 125

5. Formy opieki oferowanej w ramach zespołu leczenia środowiskowego:

- a) interwencja kryzysowa (wizyty domowe)
- b) interwencja kryzysowa – porada w ramach siedziby ZLS
- c) interwencja kryzysowa – całodobowa możliwość uzyskania porady
- d) interwencja kryzysowa – w ramach ośrodka współpracującego (np. Izba Przyjęć)
- e) interwencja kryzysowa z możliwością objęcia opieką ciągłą w formie wizyt domowych
- f) interwencja kryzysowa z możliwością objęcia opieką ciągłą w formie porad w siedzibie ośrodka
- g) opieka ciągła – w formie wizyt domowych
- h) wizyty domowe interwencyjne u pacjentów objętych opieką ciągłą w godzinach pracy ośrodka
- i) wizyty domowe interwencyjne u pacjentów objętych opieką ciągłą poza godzinami pracy ośrodka
- j) intensywne leczenie domowe ( wizyta lekarza 1x w tygodniu)
- k) intensywne leczenie domowe (wizyta lekarza 2x w tygodniu)
- l) intensywne leczenie domowe (hospitalizacja domowa, wizyta lekarza codziennie w dni robocze)
- m) aktywne włączanie do leczenia
- n) konsultacje pacjentów we współpracy w ośrodku pomocy społecznej

6. Personel:

	<i>Liczba osób zatrudnionych</i>	<i>Liczba etatów</i>	<i>Liczba osób ze specjalizacją z psychiatrii</i>	<i>Liczba osób z certyfikatem psychoterapeut y</i>	<i>Liczba osób z certyfikatem terapeut y środowiskoweg o</i>
<i>Lekarz</i>					
<i>Psycholog</i>					

<i>Pielęgniarka</i>					
<i>Pracownik socjalny</i>					
<i>Terapeuta środowiskowy</i>					

7. Staż pracy w psychiatrii i staż pracy w opiece środowiskowej w latach:

	<i>Staż pracy w psychiatrii (w latach)</i>	<i>Staż pracy w opiece środowiskowej (w latach)</i>
<i>Lekarz 1</i>		
<i>Lekarz 2</i>		
<i>Lekarz 3</i>		
<i>Psycholog 1</i>		
<i>Psycholog 2</i>		
<i>Psycholog 3</i>		
<i>Psycholog 4</i>		
<i>Pielęgniarka 1</i>		
<i>Pielęgniarka 2</i>		
<i>Pielęgniarka 3</i>		
<i>Pielęgniarka 4</i>		
<i>Pielęgniarka 5</i>		
<i>Ter. Środowiskowy 1</i>		
<i>Ter. Środowiskowy 2</i>		
<i>Prac. Socjalny 1</i>		
<i>Prac. Socjalny 2</i>		

8. Liczba pacjentów znajdujących się pod opieką poszczególnych członków personelu oraz minimalna/ maksymalna ilość wizyt w miesiącu:

	<i>Liczba pacjentów pod opieką</i>	<i>Minimalna liczba wizyt w miesiącu</i>	<i>Maksymalna liczba wizyt w miesiącu</i>
<i>Lekarz 1</i>			
<i>Lekarz 2</i>			
<i>Lekarz 3</i>			
<i>Psycholog 1</i>			
<i>Psycholog 2</i>			
<i>Psycholog 3</i>			
<i>Psycholog 4</i>			
<i>Pielęgniarka 1</i>			
<i>Pielęgniarka 2</i>			
<i>Pielęgniarka 3</i>			
<i>Pielęgniarka 4</i>			
<i>Pielęgniarka 5</i>			

Ter. Środowiskowy 1			
Ter. Środowiskowy 2			
Prac. Socjalny 1			
Prac. Socjalny 2			

9. Zespół leczenia środowiskowego jest utworzony przez:

- szpital psychiatryczny
- szpital ogólny
- poradnię zdrowia psychicznego
- prywatny
- inne

10. Współpraca z:

	<i>tak</i>	<i>nie</i>	<i>niewystarczająca</i>
<i>Ośrodek Pomocy społecznej</i>			
<i>Warsztaty Terapii Zajęciowej</i>			
<i>Środowiskowy Dom Samopomocy</i>			
<i>Hostel</i>			
<i>Zakłady pracy chronionej</i>			
<i>Mieszkania chronione</i>			
<i>Oddział dzienny</i>			
<i>Oddział stacjonarny psychiatryczny</i>			
<i>Inne (jakie?)</i>			

11. Godziny dostępności:

- poniedziałek: .....
- wtorek: .....
- środa: .....
- czwartek:.....
- piątek:.....
- sobota: .....
- niedziela:.....

12. Godziny dostępności lekarza:

- poniedziałek: .....
- wtorek: .....
- środa: .....
- czwartek:.....
- piątek:.....
- sobota: .....
- niedziela:.....

13. Czy pacjent ma możliwość kontaktu telefonicznego z personelem?

- tak

- nie

14. Czy pacjent ma możliwość całodobowego kontaktu telefonicznego z personelem?

- tak
- nie

15. Czy są organizowane regularne spotkania zespołu?

- tak
- nie

16. Czy w ramach zespołu leczenia środowiskowego funkcjonuje klub pacjenta?

- tak
- nie