



Przydatność kwestionariusza ESMS do badania opieki środowiskowej

The usefulness of the ESMS instrument for the assessment of community care

JOLANTA SKIBA, KATARZYNA PROT

Z Centrum Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Ocena przydatności kwestionariusza dotyczącego opieki środowiskowej w warunkach polskich.

Metoda. Za pomocą kwestionariusza dotyczącego opieki środowiskowej pochodzącego z wersji skróconej kwestionariusza ESMS-b zbadano 5 Zespołów Leczenia Środowiskowego w Warszawie. Dokonano porównań struktury i funkcjonowania zespołów, rejonów, w których działają i organizacji usług psychiatrycznych na ich terenie.

Wyniki. Wykazano różnice w strukturze i funkcjonowaniu Zespołów Leczenia Środowiskowego, jak również w cechach socjodemograficznych rejonów na obszarze, których działają te Zespoły.

Wnioski. Wykorzystany w badaniach pilotażowych kwestionariusz ESMS-b dotyczący środowiskowej i ambulatoryjnej opieki pozwala na porównanie struktury i zakresu działania Zespołów Leczenia Środowiskowego pomiędzy rejonami w warunkach polskich. Pokazuje też braki w zakresie opieki środowiskowej w Warszawie.

SUMMARY

Objectives. The aim of the study was to assess the ESMS questionnaire usefulness for the description of community care in Poland.

Method. Five Mobile Community Teams were surveyed using a short version of the ESMS-b questionnaire. They were compared with regard to their structure and functioning, as well as the catchment areas served. Moreover, the organization mental health services provision in their respective areas was compared.

Results. The Mobile Community Teams were found to differ not only in their structure and functioning, but also in respect of socio-demographic characteristics of the regions in which they work.

Conclusions. The ESMS questionnaire used in the pilot study allows to compare various regions in Poland in terms of the Mobile Community Team structure and range of mental health services provided. The instrument shows the existing shortages of the community mental health services available in Warsaw.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa / zespoły leczenia domowego / kwestionariusz ESMS-b

Key words: community psychiatry / mobile community teams / ESMS-b instrument

W ostatnim okresie, w Europie zachodzą liczne zmiany związane z procesem deinstytucjonalizacji. Proces ten polega on na zastępowaniu odizolowanych miejsc długiego pobytu mniejszymi i środowiskowo zorientowanymi formami opieki. Na deinstytucjonalizację składają się trzy podstawowe zadania: przeniesienie pacjentów ze szpitala do środowiska, wstrzymanie przyjęć do szpitala, rozwój alternatywnych form środowiskowych [1]. W związku z powstawaniem różnych usług środowiskowych zarówno dotychczasowe określenia usług psychiatrycznych, jak i tych nowo powstających tracą swą jasność. I tak na przykład konieczne staje się odróżnienie szpitala jako instytucji psychiatrycznej długiego pobytu i szpitala jako zintegrowanego środowiskowo miejsca leczenia pacjenta. Podobne problemy napotykamy przy próbie określania nowych form środowiskowych.

Z tych względów nagłą potrzebą stało się utworzenie systemu opisującego usługi psychiatryczne. Dla tych celów powstało narzędzie opisujące strukturę psychiatrycznej opieki zdrowotnej *European Service of Mapping Schedule* (ESMS). Instrument ten ma formę kwestionariusza i służy do opisu i klasyfikacji usług psychiatrycznych w danym rejonie i pomiaru ich wykorzystania [2, 3]. Został omówiony na łamach Psychiatrii Polskiej [4]. Obok pełnej wersji, istnieją też skrócona wersja ESMS (ESMS-b, *The European Service Mapping Schedule – brief version*) [5]. Głównym

zadaniem kwestionariusza ESMS jest inwentaryzacja usług psychiatrycznych dla populacji osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi [2, 3, 6]. Kwestionariusz ESMS może być używany do: (1) planowania rozwoju usług psychiatrycznych, w tym określenia ich braków i nadmiaru, (2) systematycznej oceny tworzenia i realizacji tych usług, (3) porównania struktury i zakresu usług pomiędzy rejonami, (4) ułatwienia liczenia kosztów. Może on także posłużyć do porównania zmian zachodzących w danym rejonie. Analizując zmianę dla danego obszaru można próbować określić czynniki wpływające na tworzenie się danego typu usług. Omawiany kwestionariusz pomaga w interpretowaniu rezultatów badań oraz pozwala na określenie związku pomiędzy różnymi zmiennymi. Może być dodatkowym narzędziem badania innych czynników związanych z takimi usługami psychiatrycznymi, jak satysfakcja pacjenta z leczenia czy ocena jakości usług. W kontekście planowanej reformy w Polsce, ESMS może stanowić dogodne narzędzie do lokalnego planowania usług psychiatrycznych.

Do tej pory ESMS był wykorzystywany w badaniach na terenie Europy i Ameryki Łacińskiej. Jednym z nich jest badanie we Włoszech, w prowincji Piemont [7]. Narzędzie to zostało użyte, aby porównać strukturę usług psychiatrycznych i ich wykorzystanie. Badania przy użyciu ESMS wykazały istotną różnicę wykorzystania usług psychiatrycznych

Tablica 2. Formy opieki oferowane przez porównywane zespoły leczenia środowiskowego
 Table 2. Mental health services offered by the compared Mobile Community Teams

Opieka środowiskowa i ambulatoryjna <i>Community-based and outpatient care</i>	Zespół Leczenia Środowiskowego <i>Mobile Community Team</i>									
	I		II		III		IV		V	
	tak yes	nie no	tak yes	nie no	tak yes	nie no	tak yes	nie no	tak yes	nie no
Interwencja kryzysowa <i>Crisis intervention</i>										
Tylko interwencja kryzysowa <i>Crisis intervention only</i>		x		x		x		x		x
Z możliwością kontynuacji opieki w formie opieki środowiskowej ambulatoryjnej <i>with a possibility of care continuation in the form of community-based outpatient treatment</i>	x		x		x			x		x
W izbie przyjęć szpitala ogólnego <i>In the admissions room of a general hospital</i>		x		x		x		x		x
Z wizytami domowymi w godzinach pracy ośrodka <i>With home visits during the facility working hours</i>	x		x		x		x			x
Z wizytami domowymi poza godzinami pracy ośrodka <i>With home visits outside the facility working hours</i>	x		x			x		x		x
Intensywne leczenie domowe <i>Intensive home treatment</i>		x		x		x		x		x
Bardzo intensywne leczenie domowe <i>Very intensive home treatment</i>		x		x		x		x		x
Środowiskowa i ambulatoryjna opieka ciągła <i>Community-based and outpatient continuing care</i>										
Zawiera wizyty domowe <i>Home visits included</i>	x		x		x		x			x
Nie zawiera wizyt domowych <i>Home visits not included</i>		x		x		x		x		x
Aktywne włączanie do leczenia <i>Active involving in treatment</i>	?		x		x		?			x
Wczesna interwencja w psychozach <i>Early intervention in psychoses</i>	?		x		x		?			x
Konsultacje pacjentów szpitala ogólnego <i>Consultations for patients of a general hospital</i>		x		x		x		x		x

? brak danych – *missing data*

w różnych rejonach. Korzystanie z ciągłej opieki środowiskowej było wyższe na obszarach, które były w większym stopniu zamieszkiwane przez osoby żyjące samotnie. Opieka środowiskowa wpływa na wykorzystanie hospitalizacji zarówno w zakresie hospitalizacji nagłych, jak i długotrwałych. W rejonach gdzie opieka środowiskowa jest dobrze rozwinięta spadała liczba hospitalizacji spowodowanych kryzysem psychotycznym, co jest to zgodne z badaniami polskimi [8]. Natomiast intensywne oddziaływania środowiskowe powodują wzrost długotrwałych hospitalizacji z przyczyn depresyjnych oraz z powodu zaburzeń niepsychotycznych. Można stawiać hipotezę, że ta forma opieki sprzyja wykrywaniu tych zaburzeń, natomiast nie pozwala na leczenie ich w warunkach pozaszpitalnych. Długotrwałe hospitalizacje dotyczą częściej osób samotnych lub żyjących w złych warunkach mieszkaniowych.

Inne badania przy użyciu ESMS objęły 13 rejonów Włoch i Hiszpanii [9]. W tych badaniach ujawniono duże różnice w sposobie świadczenia usług i korzystania z nich wewnątrz państw i pomiędzy nimi. Wykorzystanie łóżek w opiece psychiatrycznej jest większe w obszarach mniejszego bezrobocia mężczyzn oraz tam, gdzie jest większy procent gospodarstw jednoosobowych. Hiszpania cechuje się niskim wskaźnikiem hospitalizacji psychiatrycznych nawet w tych rejonach, gdzie psychiatryczna opieka środowiskowa jest ograniczona. Natomiast te rejony Hiszpanii, w których kładzie się silny nacisk na rozwój nowatorskich usług środowiskowych cechują się niskim korzystaniem z łóżek szpitalnych przy wysokim korzystaniu z oddziałów dziennych i psychiatrycznych usług środowiskowych.

Porównanie wykorzystania usług psychiatrycznych w ośrodkach włoskich i hiszpańskich dowodzi, że jest ono istotnie mniejsze w porównaniu z ośrodkami północnej Europy [10].

Kolejne badania dotyczyły międzynarodowego porównania systemów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Chile i Hiszpanii [11]. Uwidocznili one szczególnie niedostatki systemu psychiatrycznej opieki środowiskowej w badanych obszarach Chile. W szczególności niewystarczająco rozwinięta okazała się dzienna opieka psychiatryczna oraz długotrwała o charakterze stacjonarnym, w porównaniu z modelem opieki środowiskowej realizowanym w Hiszpanii. Badanie wykazało, że ESMS jest właściwym narzędziem do międzynarodowego porównywania dostępności opieki psychiatrycznej i korzystania z niej nie tylko na obszarze Europy ale również poza jej granicami.

W Polsce do tej pory pełna wersja kwestionariusza ESMS była wykorzystana w badaniach dotyczących usług psychiatrycznych we Wrocławiu. Uświadomiły one braki w zakresie świadczonych usług psychiatrycznych we wrocławskim rejonie badań [4] – brakuje hosteli, domów kryzysowych, warsztatów pracy chronionej, mobilnych zespołów pomocy psychiatrycznej

CEL

Celem badania jest określenie przydatności skali dotyczącej środowiskowej i ambulatoryjnej opieki w warunkach polskich. Badania pilotażowe dotyczyły porównania pięciu

Tablica 3. Liczba pacjentów pod opieką porównywanych Zespołów Leczenia Środowiskowego

Table 3. Number of patients in charge of the compared Mobile Community Teams

Liczba użytkowników Number of users	Zespół Leczenia Środowiskowego Mobile Community Team				
	I	II	III	IV	V
100–150	x	x		x	
201–250					x
251–300			x		
powyżej 65 lat aged over 65	?	?	?	10%	33%
w wieku 18–65 lat aged 18–65	?	?	?	90%	66%

? brak danych – missing data

Tablica 4. Liczba kontaktów z pacjentami w ciągu tygodnia w porównywanych Zespołach Leczenia Środowiskowego

Table 4. Number of contacts with patients per week in the compared Mobile Community Teams

Zmienna analizowana Variable analyzed	Zespół Leczenia Środowiskowego Mobile Community Team				
	I	II	III	IV	V
Wszystkie kontakty All contacts					
50–75	x	x			
76–100					
101–125			x		x
126–150					
151–175				x	
Kontakty na terenie ośrodka Contacts on the facility premises					
20–35					x
36–50	x	x		x	
51–65					
66–80			x		
Kontakty w domach/środowisku użytkownika Contacts at the user's home/in the community					
11–40	x	x	x		
41–70					
71–100					x
101–130				x	

zespołów leczenia środowiskowego w Warszawie. Ograniczyliśmy się do tej formy opieki środowiskowej, gdyż w obecnej sytuacji w Polsce zespoły środowiskowe są jedyną formą realizującą opiekę czynną wobec pacjentów. Tak więc pytania dotyczące wizyt domowych czy dostępności całodobowej w przypadku zespołów są bardziej zasadne niż wobec poradni. Z drugiej strony zespoły różnią się zakresem świadczonych usług i chcieliśmy sprawdzić czy kwestionariusz różnice te wykaże.

METODA

Wykorzystano kwestionariusz dotyczący środowiskowej i ambulatoryjnej opieki, opracowany na podstawie skróconej wersji kwestionariusza ESMS-b [5]. Za zgodą autorów, dokonano tłumaczenia i przystosowania tego kwestionariusza do warunków polskich. Część wstępna użytego

Tablica 5. Charakterystyka rejonu, w którym działa porównywany Zespół Leczenia Środowiskowego

Table 5. Characteristics of the catchment area in charge of the compared Mobile Community Teams (MCT)

Analizowana cecha Characteristic analyzed	Badany zespół Mobile Community Team				
	I	II	III	IV	V
Na jakiej podstawie wydzielony jest rejon, nad którym opiekę psychiatryczną sprawuje dany ZLŚ? On what grounds is the area in charge of MCT defined?					
Obszar dzielnicy Residential district area	x	x	x		
Decyzja władz miasta Decision of local authorities					
Położenie geograficzne Geographical situation				x	x
Ilu mieszkańców ma rejon, nad którym opiekę psychiatryczną sprawuje dany ZLŚ? What is the population size in the area provided with psychiatric care by a given MCT?					
100 000 – 175 000		x	x		
176 000 – 250 000	x				
251 000 – 315 000					
316 000 – 400 000					
401 000 – 475 000					
476 000 – 550 000				x	x
Ile kilometrów ma obszar rejonu, nad którym opiekę psychiatryczną sprawuje dany ZLŚ? What is the size (in kilometers) of the area provided with psychiatric care by a given MCT?					
0 – 25 km ²			x		
26 – 50 km ²		x			
51 – 75 km ²	x				
76 – 100 km ²					x
powyżej 100 km ²				x	
Ilu ludzi mieszkających w rejonie, nad którym opiekę psychiatryczną sprawuje dany ZLŚ jest w wieku przedprodukcyjnym? How many residents in the area provided with psychiatric care by a given MCT are under working age?					
15 000 – 30 000	x	x	x		
31 000 – 45 000					
46 000 – 60 000					
61 000 – 75 000				x	x
Ilu ludzi mieszkających w rejonie, nad którym opiekę psychiatryczną sprawuje dany ZLŚ jest w wieku poprodukcyjnym? How many residents in the area provided with psychiatric care by a given MCT are over working age?					
1 000 – 25 000		x	x		
26 000 – 50 000					
51 000 – 75 000	x				
76 000 – 100 000				x	
101 000 – 125 000					
126 000 – 150 000					x
Ilu ludzi mieszkających w rejonie, nad którym opiekę psychiatryczną sprawuje dany ZLŚ żyje samotnie? How many residents in the area provided with psychiatric care by a given MCT live alone?					
1 000 – 25 000		x	x	x	
26 000 – 50 000	x				
51 000 – 75 000					
76 000 – 100 000					
101 000 – 125 000					x

Tablica 6. Zakres form opieki środowiskowej oferowanych przez placówki opieki psychiatrycznej w danym rejonie, poza Zespołami Leczenia Środowiskowego
 Table 6. The range of community-based forms of care provided by psychiatric facilities in a given area, beyond the Mobile Community Teams

Formy opieki <i>Forms of care</i>	Zespół Leczenia Środowiskowego <i>Mobile Community Team</i>				
	I	II	III	IV	V
Interwencja kryzysowa <i>Crisis intervention</i>					
tylko interwencja kryzysowa <i>crisis intervention only</i>	2 Ośr.	1 Ośr.	brak	brak	brak
z możliwością kontynuacji opieki w formie środowiskowej ambulatoryjnej <i>with a possibility of care continuation in the form of community-based outpatient treatment</i>	PZP	brak	PZP	3 PZP	PZP
w izbie przyjęć szpitala ogólnego <i>in the admissions room of a general hospital</i>	brak	brak	brak	brak	OZ
z wizytami domowymi. w godzinach pracy ośrodka <i>with home visits during the facility working hours</i>	brak	brak	brak	brak	brak
z wizytami domowymi poza godzinami pracy ośrodka <i>with home visits outside the facility working hours</i>	brak	brak	brak	brak	brak
intensywne leczenie domowe <i>intensive home treatment</i>	brak	brak	brak	brak	brak
bardzo intensywne leczenie domowe <i>very intensive home treatment</i>	brak	brak	brak	brak	brak
z wizytami domowymi dla osób w wieku 65 lat i starszych <i>with home visits for persons aged 65 and over</i>	brak	brak	brak	brak	brak
z wizytami domowymi dla osób w wieku 18–65 lat <i>with home visits for persons aged 18–65</i>	brak	brak	brak	brak	brak
Środowiskowa i ambulatoryjna opieka ciągła <i>Community-based and outpatient continuing care</i>					
obejmuje wizyty domowe <i>home visits included</i>	brak	brak	brak	brak	brak
nie obejmuje wizyt domowych <i>home visits not included</i>	PZP	brak	brak	3 PZP	PZP
aktywne włączanie do leczenia <i>active involving in treatment</i>	brak	brak	brak	brak	brak
wczesna interwencja. w psychozach <i>early intervention in psychoses</i>	brak	brak	brak	ŚDS	brak
konsultacje pacjentów szpitala ogólnego <i>consulting patients of general hospital</i>	brak	brak	brak	brak	brak
z wizytami domowymi dla osób w wieku 65 lat i starszych <i>with home visits for persons aged 65 and over</i>	brak	brak	brak	brak	brak
z wizytami domowymi dla osób w wieku 18–65 lat <i>with home visits for persons aged 18–65</i>	brak	brak	brak	brak	brak

brak *none*; Ośr. – ośrodek, *facility*; PZP – poradnia zdrowia psychicznego *out-patient facility*; OZ – ograniczony zakres opieki *limited range of care*; SDS – środowiskowy dom samopomocy *community selfcare center*

kwestionariusza dotyczy struktury i funkcjonowania zespołu. Zawiera pytania o staż pracy i kwalifikacje zatrudnionego w zespole personelu, jak również szczegóły dotyczące form opieki zapewnianej przez zespół. Wyróżnione są dwa główne podtypy opieki środowiskowej i ambulatoryjnej: interwencja kryzysowa i opieka ciągła. Ta część narzędzia służy też do gromadzenia szczegółowych informacji o profilu i liczbie pacjentów pozostających pod opieką zespołu oraz o ilości kontaktów z pacjentami w ciągu tygodnia.

Kolejne dwie części opisują kontekst pracy ośrodka. Część A składa się z pytań dotyczących lokalizacji, charakterystyki i granic badanego rejonu, które dotyczą liczby mieszkańców, obszaru rejonu, charakterystyki populacji a także miesięcznego dochodu. Natomiast część B składa się z ogólnych pytań o organizację systemu usług psychiatrycznych w rejonie i ich dostępność oraz o inicjatywy promujących zdrowie psychiczne.

Badania objęły 5 zespołów leczenia środowiskowego działających w Warszawie. Zgodnie z instrukcją ESMS informacji udzielali przedstawiciele personelu zatrudnionego w danym zespole leczenia środowiskowego (ZLS). Na ogół byli to kierownicy poszczególnych zespołów. Udzielili oni odpowiedzi na pytania z części wstępnej wykorzystywanego w badaniu kwestionariusza o strukturze i funkcjonowaniu ZLS, w którym pracują. Określili również rejon, któremu

zapewniają swoje usługi i odpowiedzieli na pytania ogólne części B, dotyczące organizacji systemu usług psychiatrycznych w tym rejonie. Określili również ile ośrodków w danym rejonie świadczy poszczególnych form opieki środowiskowej i ambulatoryjnej. Informacje te zostały zweryfikowane w oparciu o informacje z urzędu gminy. Część socjodemograficznych informacji o rejonie (część A), w którym mieści się ośrodek pochodzi z Głównego Urzędu Statystycznego. Niektóre informacje takie, jak liczba mieszkańców rejonu urodzonych poza granicami danego kraju czy też przeciętny miesięczny dochód w danym rejonie nie – były dostępne.

WYNIKI

Wyniki badań wykazały różnice w strukturze i funkcjonowaniu ZLS. Poszczególne Zespoły różnią się między sobą zatrudnionym personelem, czyli jego kwalifikacjami zawodowymi i stażem pracy (tabl. 1).

Pewne zróżnicowanie uwidoczni się również w zakresie oferowanych przez nie form opieki (tabl. 2).

Wspólne dla wszystkich zespołów jest zaadresowanie ich usługi do tej samej populacji osób, mianowicie do dorosłych w wieku 18–64 lata z objawami zaburzeń psychicz-

nych, z wyjątkiem pacjentów, u których jedynym rozpoznaniem jest uzależnienie od substancji psychoaktywnych lub upośledzenie umysłowe. Największa liczba użytkowników usług (251–300 osób) jest w ZLS III (tabl. 3), przy czym zespół ten funkcjonuje bardziej jako poradnia i w związku z tym wykonuje znacznie więcej wizyt w ośrodku niż w środowisku pacjenta.

Natomiast największa spośród badanych ośrodków liczba kontaktów z pacjentami w ciągu tygodnia cechuje ZLS IV (151–175), przy czym większość kontaktów ma miejsce w domach pacjentów (tabl. 4). Ten ośrodek przyjmuje jedynie pacjentów po leczeniu w szpitalu psychiatrycznym ze skierowaniem do kontynuacji leczenia do ZLS. Nie konsultuje pacjentów samodzielnie zgłaszających się i nie prowadzi interwencji kryzysowej.

Każdy z badanych zespołów obejmuje opieką inny obszar terytorialny (tabl. 5). Największy pod względem wielkości rejon ma pod swą opieką ZLS IV, powyżej 100 km². Jednocześnie ten rejon ma najwięcej mieszkańców, to znaczy 476–550 tys. Drugi co do wielkości rejon ma pod swoją opieką ZLS V (76–100 km²) z liczbą mieszkańców podobną jak poprzedni, lecz największą liczbą mieszkańców w wieku poprodukcyjnym (126–150 tys.) i żyjących samotnie (101–125 tys.).

WNIOSKI

Przeprowadzone badanie pokazało, że kwestionariusz ESMS-b dotyczący środowiskowej i ambulatoryjnej opieki pozwala w warunkach polskich na porównanie struktury i zakresu działania ZLS pomiędzy rejonami. ZLS różniły się zarówno pod względem zasad przyjmowania pacjentów, jak i rodzaju oferowanej opieki. Wydaje się, że model leczenia środowiskowego w badanych zespołach waha się od formy określanej kiedyś jako hospitalizacja domowa (duża ilość kontaktów, głównie w domach pacjentów) do modelu aktywnej poradni. Może być interesujące wykorzystanie tego kwestionariusza do badań mających na celu określenie skuteczności leczenia oraz satysfakcji pacjentów w zależności od charakteru pracy ośrodka. Zastosowanie omówionego kwestionariusza przez pracowników Zespołów Leczenia Środowiskowego pokazało ubóstwo oferty usług psychiatrycznych w ramach opieki środowiskowej i ambulatoryjnej w badanych rejonach także poza Zespołami (tabl. 6).

Uświadamia on braki w zakresie świadczeń opieki środowiskowej w regionie warszawskim. W każdej z badanych

dzielnic istnieje niedobór ośrodków zapewniających interwencję kryzysową i zdecydowanie za mało jest zespołów oferujących leczenie osobom chorującym psychicznie w domu. Na poziomie lokalnym niewiele jest inicjatyw promujących zdrowie psychiczne.

PIŚMIENICTWO

1. Prot K, MHEEN II Zespół. Równowaga pomiędzy opieką stacjonarną a środowiskową – Wyniki programu MHEEN II. *Psychiatria Polska*. 2007; 41 (suplement 3): 122.
2. Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental Health services. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102 (suplement 405): 14–23.
3. Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS). London: 1997.
4. Adamowski T, Trypka E. Narzędzie opisujące strukturę psychiatrycznej opieki zdrowotnej – “European Service Mapping Schedule”(ESMS). *Psychiatria Polska*. 2002; 36 (suplement 6): 369–376.
5. Johnson S, Tibaldi G, Salvador-Carulla L, Ruud T, Kallert T, Nawka P, Adamowski T. The European Service Mapping Schedule – brief version (ESMS-b). Pilot version. 2006.
6. Salvador-Carulla L, Poole M, Gonzalez-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Consensus Panel. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114 (suplement 432): 19–28.
7. Tibaldi G, Munizza C, Pasian S, Johnson S, Salvador-Carulla L, Zucchi S, Cesano S, Testa C, Scala E, Pinaciaroli L. Indicators Predicting Use of Mental Health Services in Piedmont, Italy. *J Ment Health Policy Econ*. 2005; 8: 95–106.
8. Prot-Herczyńska K. Wpływ różnych form opieki pozaszpitalnej na koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. *Post Psychiatr Neurol*. 1995; 4: 299–313.
9. Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C. Patterns of mental Health service utilisation in Italy and Spain: an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40: 149–159.
10. Becker T, Ismann S, Kundsén HC, Amadeo F, Herman A, Knapp M, Schene AH, Tansella M, Thornicroft G, Vasquez-Barquero JL. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37: 465–474.
11. Meso-level comparison of mental health service availability and use in Chile and Spain. *Psychiatric Services* (w druku).

Wpłynęło: 06.03.2008. Zrecenzowano: 12.05.2008. Przyjęto: 05.08.2008.

*Adres: Mgr Jolanta Skiba, Centrum Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. 0-22-45-82-751*