



Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katamneza dwuletnia¹

Effectiveness of mobile community teams in four centers – a two-year follow up study

ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA,
LUDMIŁA BOGUSZEWSKA, STANISŁAW WÓJTOWICZ

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Badanie miało na celu porównanie skuteczności opieki zespołów leczenia środowiskowego i leczenia tradycyjnego (ambulatoryjnego) u przewlekle chorych na psychozy, głównie na schizofrenię. Przebadano 107 pacjentów, którzy losowo zostali przydzieleni do grup eksperymentalnych i kontrolnych, oraz przedstawiciele ich rodzin. Wszystkie te osoby były badane trzykrotnie – na początku, po 10 miesiącach i po 22 miesiącach. Wykazano, że efekty uzyskane po 22 miesiącach opieki środowiskowej są istotnie lepsze od efektów opieki tradycyjnej w większości zastosowanych miar. Wyższą skuteczność zespołów środowiskowych stwierdzono w następujących miarach: 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 następujących miarach: liczba przyjęć i trzy obszary funkcjonowania społecznego (wycofanie, rekreacja, prospołeczność). Efekty pracy zespołów leczenia po 22 miesiącach są wyraźnie lepsze niż uzyskane po 10 miesiącach, zwłaszcza w zakresie obciążenia rodziny, zachowań uciążliwych oraz czasu hospitalizacji chorych – po 10 miesiącach nie było różnic między grupami, a po 22 miesiącach uzyskano istotnie większą poprawę u chorych objętych opieką środowiskową niż tradycyjną.*

SUMMARY. *The aim of the study was to compare effectiveness of mobile community teams and traditional outpatient psychiatric care provision to patients with chronic psychoses, schizophrenia mostly. Participants were 107 patients (randomly assigned to either experimental or control conditions), and their family members. All the participants were examined thrice: at baseline, at 10 months and at 22 months. Effects attained after 22 months of community-based care were found to be significantly better than those of the traditional care on the majority of measures used in the study. The following indicators evidenced a higher effectiveness of care provided by mobile community teams: duration of hospitalization, four areas of social functioning (general, interpersonal contacts, independence, work), patients' satisfaction with services, patients' troublesome behaviors, and family burden. Effectiveness of mobile community teams was not found to be higher on the following measures: number of hospital admissions, and three areas of social functioning (withdrawal, recreation, pro-social activities). Effects of mobile community teams' work were evidently better after 22 months than these at 10 months, especially as regards family burden, troublesome behaviors and duration of hospitalization – at 10 months there were no intergroup differences, while at 22 months a significantly higher improvement was attained in patients receiving community-based care than in those provided with traditional outpatient care.*

Słowa kluczowe: zespoły opieki środowiskowej / efektywność / psychiatria środowiskowa

Key words: mobile community teams / effectiveness / community psychiatry

¹ Koszty badań pokrywane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Ministerstwo Spraw Zagranicznych Holandii.

W krajach Europy zachodniej i w USA zespoły leczenia środowiskowego są jedną z najbardziej rozpowszechnionych i najczęściej badanych form psychiatrycznej opieki środowiskowej [14, 17, 19]. Doświadczenia tych krajów wskazują, że zespoły są jedną z tańszych form leczenia pozaszpitalnego, nie wymagają bowiem znacznych nakładów rzeczowych. Nadto, dla wielu chorych są skuteczną alternatywą rozpoczęcia lub kontynuowania leczenia szpitalnego.

W Polsce w połowie lat dziewięćdziesiątych było jedynie 16 takich zespołów. W roku 1995 psychiatrzy z Holandii zaproponowali pomoc w rozwoju tej formy opieki w Polsce. Pierwszy zespół utworzono w rejonie szpitala w Drewnicy, a jego efekty oceniono w odrębnym programie badawczym. U pacjentów objętych przez rok działaniami zespołu stwierdzono istotną poprawę wszystkich wymiarów skuteczności – funkcjonowanie społeczne, satysfakcja z usług, czas hospitalizacji, liczba przyjęć i obciążenie rodziny [2, 21]. Zachęteni tymi wynikami koledzy holenderscy przedłużyli program współpracy, co pozwoliło na utworzenie w latach 1998/1999 zespołów w kolejnych pięciu ośrodkach. Dla większości z nich wzorcem była placówka w Drewnicy, wyróżniona w 1997 roku nagrodą firmy Lilly (*Lilly Schizophrenia Reintegration Award*), ponieważ zespół uznano za najlepszy spośród kilkudziesięciu programów, których celem była reintegracja chorych na schizofrenię ze społeczeństwem.

CEL

Niniejsza praca ma na celu ocenę efektów dwuletniej pracy czterech zespołów* i porównanie ich z efektami opieki tradycyjnej. Ma również na celu ocenę dynamiki efektów w czasie – porównanie skuteczności po 10 miesiącach i po blisko 2 latach.

* Piąty zespół, z Zamościa, nie mógł być włączony do badań, ponieważ uformował się za późno, aby mógł być objęty harmonogramem finansowym prac badawczych.

BADANE OŚRODKI I OSOBY

Opieka zespołów leczenia środowiskowego

Zespoły w trzech ośrodkach (Łomża, Szczecin i Warta) utworzono w ramach polsko-holenderskiego programu *The community cares*, realizowanego przez *H.C. Rumke Groep* z Utrechtu, zespół terapeutów ze szpitala Drewnica i Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Zespół w Białymstoku utworzono z pomocą kolegów holenderskich z *Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen* w ramach projektu *Powrót do społeczeństwa*. Przed rozpoczęciem pracy w zespołach wszyscy ich przyszli pracownicy ukończyli kurs prowadzony przez fachowców z Holandii i Polski, poświęcony głównie zasadom zespołowej pracy w środowisku. Kurs obejmował wykłady i uczestnictwo w warsztatach roboczych, ponadto kierownicy zespołów odbyli staż w Holandii. Po utworzeniu zespołów eksperci polscy i holenderscy wizytowali i prowadzili superwizję. Zdaniem ekspertów, zespoły w dużej mierze (choć nie zawsze w jednakowym stopniu) stosują cztery z sześciu podstawowych zasad działania, opisywanych w literaturze przedmiotu, koniecznych do ich sprawnego i efektywnego funkcjonowania:

-
- odpowiedzialność zespołu za wszystkie usługi niezbędne pacjentowi, począwszy od świadczeń medycznych poprzez psychospołeczne do socjalnych,
 - prowadzenie usług *in vivo*, w naturalnym środowisku pacjenta, z naciskiem na jego umiejętności życiowe,
 - asertywne podejście, zwłaszcza w początkowej fazie pracy z pacjentem,
 - opieka długoterminowa.
-

Żaden z ośrodków nie spełniał wymogu dostępności personelu przez 24 godziny na dobę, a ośrodek w Warcie – wymogu wielo- i profesjonalności zespołu. Składał się on z lekarza psychiatry i pielęgniarek.

Opieka tradycyjna

Pacjenci z grup kontrolnych byli objęci opieką poradni zdrowia psychicznego w swoim miejscu zamieszkania. Praktycznie wszystkie świadczenia udzielane są chorym w poradni, opieka w naturalnym środowisku chorego prowadzona jest bardzo rzadko. Opieka ambulatoryjna koncentruje się na prowadzeniu farmakoterapii. Do rzadkości należy kompleksowa pomoc pacjentowi w rozwiązywaniu jego problemów bytowych, incydentalnie też poradnie prowadzą psychoterapię, a zwłaszcza trening umiejętności życiowych.

Opiekę szpitalną nad pacjentami, zarówno z grup eksperymentalnych jak też kontrolnych, sprawowały szpitale psychiatryczne lub oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych. W dwu ośrodkach pacjenci mieli ponadto dostęp do opieki oddziałów dziennych.

Kryteria doboru pacjentów do badań

Przyjęto następujące kryteria doboru pacjentów do badań:

- wyrażenie zgody na badanie,
- wiek od 18 do 60 lat,
- rozpoznanie psychozy schizofrenicznej, schizoafektywnej, choroby afektywnej jedno- i dwubiegunowej,
- przebyte wielokrotne hospitalizacje (przynajmniej 3 razy w życiu) lub co najmniej sześciomiesięczny pobyt w szpitalu (w oddziale dziennym lub całodobowym) w okresie ostatniego roku,
- spełnianie trzech z następujących warunków:
 1. czas trwania choroby powyżej 1 roku,
 2. brak ciągłości leczenia,
 3. spadek aktywności zawodowej (szkolnej),
 4. obniżenie liczby i zakresu kontaktów społecznych,
 5. trudna sytuacja rodzinna (samotny, rodzina nie dająca wsparcia, konflikt w rodzinie),
 6. poważne trudności w radzeniu sobie z czynnościami codziennymi i sprawami socjalnymi.

Z programu badawczego wykluczeni byli pacjenci poważnie chorzy somatycznie, uzależnieni od alkoholu lub środków psychoaktywnych, oraz osoby, które wymagały hospitalizacji z powodu zagrożenia własnego życia lub życia czy zdrowia innych osób, bądź nie mogły samodzielnie funkcjonować w środowisku bez stałej pomocy osób trzecich. Do badań zakwalifikowano 171 chorych, spośród których już przed pierwszym pomiarem odpadły 34 osoby. Pacjenci, którzy odpadli nie różnili się od chorych objętych badaniami pod względem większości cech demograficzno-klinicznych, byli od nich natomiast istotnie młodsi i częściej mieszkali w miastach.

Charakterystyka badanej populacji

Pierwszym badaniem objęto 137 osób, spośród których 30 pacjentów odpadło w trakcie katamnezy. Najwięcej odpadło chorych, którzy w trakcie badań zostali przesunięci z grupy kontrolnej do eksperymentalnej (w trakcie organizacji pracy zespołów obiecano wielu pacjentom z grupy kontrolnej objęcie opieką zespołów, a termin ten nie zawsze udało się zgrać z harmonogramem badań). Osób takich było 16, siedmiu pacjentów nie zbadano po 22 miesiącach, ponieważ przebywali w szpitalu, 1 pacjent zmarł, pozostali zmienili miejsce zamieszkania lub nie mieli uprawnień do leczenia w kasie chorych, finansującej działanie placówek, objętych badaniami. Osoby, które odpadły z badań nie różniły się od osób zbadanych ani cechami społeczno-demograficznymi, ani początkowym poziomem funkcjonowania, zachowań uciążliwych, satysfakcji oraz obciążenia rodziny. Pacjentów tych charakteryzował natomiast dłuższy czas hospitalizacji i większa liczba przyjęć w okresie poprzedzającym badania niż chorych objętych katamnezą.

Liczebność grupy zbadanej wynosi zatem ostatecznie 107 osób (tabl. 1). Średni wiek badanych wynosił 42 lata, nieznacznie przeważali mężczyźni, ponad 80% chorych mieszkało w miastach, z rodzinami. Gros badanych stanowili chorzy na schizofrenię (91%).

Tablica 1. Charakterystyka zbadanej populacji (N=107)

Przeciętny wiek		41,64 ± 9,37
Płeć męska		50,5%
Miejsce zamieszkania – miasto		82,0%
Mieszka:	samotnie	15,0%
	z rodziną lub innymi osobami	85,0%
Rozpoznanie:	schizofrenia	90,7%
	inne rozpoznania	9,3%
Hospitalizacja w okresie	średnia liczba dni	37,38 ± 52,63
10 miesięcy przed I badaniem:	średnia liczba przyjęć	0,73 ± 0,88

W okresie 10 miesięcy poprzedzających badanie pacjenci spędzili w szpitalu średnio 37 dni.

Zbadana populacja składa się z trzech podgrup: objętej przez cały okres badawczy opieką zespołów, czyli eksperymentalnej – EE (N=41); objętej przez cały czas opieką tradycyjną, czyli kontrolnej – KK (N=47), oraz z grupy pacjentów, którzy przez dłuższy czas byli pod opieką zespołów, a następnie (co najmniej 3 miesiące przed końcem okresu obserwacji) przeszli do opieki tradycyjnej (N=19). Grupa ta, określana dalej dla uproszczenia eksperymentalno-kontrolną (EK), jest niejednorodna pod względem powodów zmiany opieki – mniej więcej połowę stanowią osoby, które zrezygnowały same z opieki, pozostali to pacjenci, którym zespół zalecił inną formę, zazwyczaj poradnię zdrowia psychicznego.

Grupa EE nie różniła się od KK pod względem wieku, płci, częstości zamieszkiwania samotnie i rozpoznania, było w niej natomiast więcej mieszkańców miast niż w grupie kontrolnej. Między grupą EE i EK nie było różnic pod względem wymienionych cech.

METODY

Schemat badań

Ogólnie, badanie jest kontrolowanym badaniem prospektywnym. Pacjenci i ich rodziny byli badani trzykrotnie – najpierw przed rozpoczęciem działań zespołów środowiskowych, a następnie po 10 i po 22 miesiącach

od pierwszego badania. Przy pomiarze parametrów hospitalizacji zastosowano schemat retrospektywno-prospektywny. Badano te charakterystyki w trzech jednakowo długich (10-miesięcznych) odcinkach czasu w następujących okresach: przed uruchomieniem zespołów, na początku ich opieki oraz na końcu 22-miesięcznego okresu katamnezy.

We wszystkich ośrodkach zastosowano identyczny dobór pacjentów do grupy eksperymentalnej i kontrolnej – warstwowy i proporcjonalny z uwzględnieniem równoważności cech klinicznych, socjodemograficznych i niektórych psychospołecznych.

Pierwszym etapem procesu doboru próby było przesłanie przez poszczególne ośrodki do Instytutu Psychiatrii i Neurologii listy pacjentów, spełniających wymagane kryteria badawcze. W Instytucie przeprowadzono podział pacjentów na grupy o zbliżonych charakterystykach społeczno-demograficznych i klinicznych, określonych następującymi cechami: wiek, płeć, miejsce zamieszkania (miasto lub wieś), sytuacja rodzinna (osoba samotna bądź zamieszkała z rodziną) oraz stopień ciężkości choroby określany liczbą hospitalizacji w całym okresie trwania choroby i liczbą dni spędzonych w szpitalu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Następnie pacjenci o takich samych profilach wyszczególnionych cech przydzielani byli losowo do grupy A lub B. Listy pacjentów wymienionych w obu grupach przesyłane były do odpowiednich ośrodków, w których

podejmowano decyzję, która z grup będzie eksperymentalną, a która kontrolną.

Miary i narzędzia ewaluacyjne

Zastosowano cztery miary wpływu interwencji na pacjentów (funkcjonowanie społeczne, satysfakcja z leczenia, zachowania uciążliwe, hospitalizacja) oraz jedną miarę wpływu na rodziny chorych (poziom obciążenia rodziny zachowaniami pacjenta).

Funkcjonowanie społeczne mierzono przy pomocy *Skali funkcjonowania społecznego* (SFS), opracowanej przez Birchwooda, służącej do badania chorych na schizofrenię. SFS koncentruje się na tych obszarach funkcjonowania, które są podstawowe dla utrzymania się chorego na schizofrenię w środowisku. W odróżnieniu od wielu innych narzędzi, SFS nie ocenia, na ile jednostka pełni role społeczne. Stosuje natomiast podejście listowania umiejętności i zachowań społecznych i określenia, które z nich występują u badanego. Narzędzie to ma zadowalające własności psychometryczne. Wyniki na skali SFS korelują istotnie z negatywnymi i pozytywnymi objawami psychopatologicznymi [1]. Autor skali wyraził zgodę na stosowanie jej w Polsce.

Większość pytań kwestionariusza jest sformułowana w kategoriach częstotliwości wykonywania określonych czynności. W trakcie wywiadów pacjenci oceniali swoje funkcjonowanie w okresie ostatniego miesiąca. Skala składa się z siedmiu podskal, poświęconych poszczególnym obszarom funkcjonowania. Średnia ze standaryzowanych wyników ze wszystkich podskal jest globalną miarą funkcjonowania społecznego.

Skala obejmuje następujące obszary:

1. *Wycofanie/zaangażowanie społeczne* (czas spędzany samotnie, rozpoczynanie rozmowy, wychodzenie z domu, reakcja na obecność ludzi).
2. *Komunikacja międzyludzka* (liczba przyjaciół, kontakty heteroseksualne, jakość komunikacji).

3. *Niezależność* – aktywność (wykonywanie czynności, niezbędnych dla samodzielnego życia, np. dbanie o higienę, sprzątanie, pranie).
4. *Niezależność* – możliwości (umiejętność wykonywania czynności, niezbędnych dla samodzielnego życia)*.
5. *Rekreacja* (czynności wykonywane dla przyjemności, np. czytanie, oglądanie TV, majsterkowanie).
6. *Prospołeczność* (chodzenie do kina, na mecze, odwiedzanie krewnych itp.).
7. *Praca* (zatrudnienie lub udział w ustrukturalizowanym programie zajęć, np. w kursie szkoleniowym, terapii zajęciowej).

Satysfakcję z leczenia badano przy pomocy *Kwestionariusza pomiaru satysfakcji*, opracowanego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Kwestionariusz składa się z 12 wymiarów sformułowanych w formie zdań wymagających uzupełnienia. Dotyczą one takich obszarów, jak: atmosfera oddziału czy poradni, możliwość uzyskania pomocy, sposób leczenia, komunikatywność i życzliwość personelu, oparcie w trudnych chwilach, pomoc w sytuacjach kryzysowych, zaufanie do sposobu leczenia. Globalny wynik na *Skali satysfakcji*, charakteryzującej się rozpiętością teoretyczną od 12 do 24 punktów jest sumą z jej poszczególnych wymiarów. Skala ma zadowalające własności psychometryczne [10].

Trzecią miarą wpływu na pacjenta był poziom uciążliwości jego zachowań, oceniany przez przedstawiciela rodziny (lub inną, znaczącą dla chorego osobę). Poziom demonstrowanych zachowań mierzono przy pomocy *Kwestionariusza zachowań uciążliwych*, opracowanego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Składa się on z krótkiego opisu 14 różnego typu zachowań, których występowanie rodziny określały na 3-stopniowej skali: często, czasami, nigdy. Pytania

* W naszej analizie pominęliśmy ten obszar, ze względu na zastrzeżenia co do rzetelności oceny tych potencjalnych umiejętności przez pacjentów.

kwestionariusza dotyczyły następujących zachowań: beczynność, unikanie kontaktu, wykonywanie czynności niezrozumiałych dla otoczenia, wszczynanie kłótni lub bójek, niszczenie przedmiotów, wypowiadanie myśli samobójczych, próby samobójcze, samookaleczenia, nadużywanie alkoholu bądź leków, nie dbanie o higienę osobistą, zachowanie niezgodne z przyjętymi normami obyczajowymi, zachowania niezgodne z normami prawnymi. Ogólny poziom uciążliwości prezentowanych przez pacjenta zachowań jest sumą z poszczególnych podwymiarów (pytań) Kwestionariusza, charakteryzującego się rozpiętością teoretyczną od 0 do 28 punktów.

Czwartą miarą wpływu interwencji na pacjentów jest hospitalizacja (liczba przyjęć, czas hospitalizacji). Informacje o liczbie i czasie hospitalizacji były zbierane w działach statystyki poszczególnych ośrodków. Od czasu hospitalizacji odliczano okresy przepustek, jeżeli były one dłuższe niż 3 dni.

Do pomiaru poziomu obciążenia rodziny zastosowano *Kwestionariusz obciążenia rodziny*, przeznaczony dla osoby „znaczącej”, pozostającej w bliskim kontakcie z pacjentem. Kwestionariusz, opracowany w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, zawiera informacje o osobie udzielającej wywiadu (pokrewieństwo, wiek, źródło utrzymania) oraz osiem podstawowych wymiarów (w formie pytań), wskazujących na charakter obciążenia zachowaniami pacjenta. Poziom obciążenia na każdym z wymiarów określony jest na 3 stopniowej skali (nigdy, czasem, często).

Skala obciążenia składa się z dwu różnych obszarów, wskazujących na nieco inne powody odczuwanego obciążenia. Cztery spośród ośmiu pytań skali dotyczą czynności opiekuńczych, takich jak pomoc przy utrzymaniu higieny osobistej i spożywaniu posiłków, załatwianie w imieniu chorego spraw urzędowych, rezygnowanie z własnych zajęć z powodu koniecznej obecności przy chorym oraz obciążenie finansowe. Cztery natomiast dotyczą reakcji emocjonalnych domowników na zachowania pacjenta (napięcie, poczucie wstydu, poczucie

zagrożenia). Ogólny wynik na *Skali obciążenia*, charakteryzującej się rozpiętością teoretyczną od 0 do 16 punktów, jest sumą z jej poszczególnych wymiarów.

Badania kwestionariuszowe przeprowadzali przeważnie ci sami ankieterzy we wszystkich punktach pomiaru. Ankieter przeprowadzał rozmowę z pacjentem i członkiem jego rodziny zadając pytania kolejnych kwestionariuszy. Pytania wszystkich kwestionariuszy dotyczą ostatniego miesiąca przed badaniem. Ankieterzy (głównie pielęgniarki) nie należeli do zespołów leczenia.

Analizy statystyczne

Stwierdzeniu skuteczności terapeutycznej posłużyły analizy statystyczne istotności różnic, zachodzących między zmiennymi (zarówno ze względu na czas jak i przynależność do grup). W odniesieniu do skal zastosowano analizę wariancji wielokrotnej zewnętrznej i wewnętrzklasowej, test t-Studenta dla porównania par między pierwszym a drugim (lub trzecim) pomiarem oraz analizę wariancji z kowariantami (ANCOVA) do porównania różnic między grupami pomiędzy pierwszym a drugim (lub trzecim) pomiarem z kontrolą pomiaru pierwszego. Testy nieparametryczne Manna-Whitneya (Wilcoxon) były wykorzystane do danych, które nie spełniały założeń testów parametrycznych (rozkład normalny, równość wariancji), czyli do pomiaru różnic w czasie hospitalizacji i liczbie przyjęć.

Większość analiz koncentruje się na porównaniu grupy eksperymentalnej (czyli pacjentów, którzy do końca okresu obserwacji byli pod opieką zespołów z kontrolną (cały czas objętej opieką tradycyjną). Dodatkowo przeprowadzono analizę grupy osób, które odpadły z opieki zespołów przed końcem obserwacji. Ze względu na stosunkowo niewielkie liczebności badanych grup przeprowadzono analizy wyłącznie na poziomie globalnym, czyli łącznie wszystkich ośrodków. Odstąpiono natomiast od analizy wyników w poszczególnych ośrodkach, ponieważ statystyki dla tak mało licznych

grup jak w naszym badaniu (np. w Szczecinie było 7 osób w grupie eksperymentalnej i 9 w kontrolnej) nie byłyby wiarygodne.

WYNIKI

Skuteczność po 22 miesiącach

Funkcjonowanie społeczne. Na początku okresu badawczego nie było różnic w globalnym poziomie funkcjonowania społecznego pacjentów z grupy eksperymentalnej (EE) i kontrolnej (KK). W grupie EE średni poziom wynosił 94,6, a w grupie KK 94,1 punkty na skali o rozpiętości od 55 do 135 punktów (tablica 2). Po blisko 2 latach funkcjonowanie chorych z grupy EE istotnie wzrosło, natomiast nie zmieniło się u osób z grupy kontrolnej. Różnica efektów w obu grupach jest statystycznie istotna ($p \leq 0,04$).

Tabl. 2 zawiera też informacje o poszczególnych obszarach funkcjonowania. U chorych z grupy EE wzrosło funkcjonowanie we wszystkich obszarach, w porównaniu jednak z grupą kontrolną grupa eksperymentalna uzyskała statystycznie lepsze efekty w trzech obszarach, a w trzech podskalach nie stwierdzono różnic między grupami. Opieka środowiskowa wpłynęła istotnie na poprawę stosunków interpersonalnych, niezależności i aktywności zawodowej lub quasi-zawodowej. Nie była natomiast bardziej skuteczna niż opieka tradycyjna w stosunku do poziomu wycofania, zakresu zajęć rekreacyjnych i społecznych u swoich pacjentów.

Zachowania uciążliwe. Początkowy średni poziom tych zachowań był stosunkowo niewielki i nie różnił się istotnie w obu grupach. Wynosił on średnio 6 punktów w grupie eksperymentalnej i 7 w grupie kontrolnej (tabl. 2). W ciągu blisko 2 lat nasilenie zachowań uciążliwych istotnie spadło w obu grupach, spadek ten był istotnie większy w grupie eksperymentalnej.

Satysfakcja z leczenia. Na początku okresu badawczego średni poziom satysfakcji w obu grupach był wysoki, kształtował się bowiem na poziomie 20 punktów uzyskanych na skali o rozpiętości od 12 do 24 punk-

tów (tabl. 2). Po 22 miesiącach średni poziom satysfakcji istotnie wzrósł w grupie eksperymentalnej (do 23 punktów), w drugiej grupie nie zmienił się. Efekt uzyskany w grupie eksperymentalnej jest istotnie lepszy niż w grupie kontrolnej ($p \leq 0,001$).

Hospitalizacja. Przyjęto dwie miary: liczbę przyjęć i czas hospitalizacji w okresie ostatnich 10 miesięcy okresu badawczego (czyli w tzw. okresie eksperymentalnym) w porównaniu z okresem 10 miesięcy przed wprowadzeniem zespołów leczenia (tzw. okres kontrolny).

W okresie kontrolnym średni czas hospitalizacji wynosił 52 dni w grupie eksperymentalnej i był istotnie wyższy niż w grupie kontrolnej (23 dni). Liczba przyjęć nie różniła się w obu grupach, wynosiła średnio 0,8 i 0,6 przyjęć (tabl. 2). W okresie eksperymentalnym czas hospitalizacji w grupie eksperymentalnej uległ istotnemu skróceniu (do 25 dni), w grupie kontrolnej pozostał na niezmiennym poziomie. Efekt uzyskany w grupie eksperymentalnej jest istotnie lepszy niż w kontrolnej.

W żadnej z grup nie nastąpiły istotne zmiany liczby przyjęć.

Obciążenie rodziny. Początkowy poziom obciążenia rodziny, mierzony skalą o rozpiętości od 0 do 16 punktów, wynosił średnio 4 punkty w grupie eksperymentalnej i 4,6 w kontrolnej (tablica 2). Po blisko 2 latach obciążenie rodzin chorych z grupy eksperymentalnej istotnie spadło, a w grupie kontrolnej nie zmieniło się. Istotność różnic efektów uzyskanych w obu grupach kształtuje się na poziomie 0,04.

Dynamika skuteczności

W tabl. 3 przedstawiono informacje o dynamice skuteczności obu rodzajów opieki. Zestawiono w niej poziomy istotności różnic między efektami uzyskanymi w opiece środowiskowej i tradycyjnej po 10 i po 22 miesiącach obserwacji w poszczególnych miarach.

Po 10 miesiącach u pacjentów objętych opieką środowiskową istotnie wzrosły (w porównaniu z grupą kontrolną) satysfakcja z usług oraz poziom funkcjonowania społecznego

Tablica 2. Skuteczność opieki po 22 miesiącach – porównanie wyników I i III badania w grupie eksperymentalnej i kontrolnej

Miara	Grupa eksperymentalna						Grupa kontrolna						Różnice między pomiarami/grupami			
	n	I		III		t/z	istotność [p≤]	n	I		III		t	istotność [p≤]	F	istotność [p≤]
		średnia	odchylenie	średnia	odchylenie				średnia	odchylenie						
											średnia	odchylenie				
Funkcjonowanie społeczne – ogółem	41	94,6	9,5	101,75	11,18	-4,396	0,00	45	94,1	11,8	96,9	11,5	-1,442	4,314	0,041	
Wycofanie	41	103,5	12,8	107,6	12,7	-1,743	0,089	45	101,0	12,6	102,9	12,7	-0,856	2,249	0,137	
Interpersonalność	41	98,2	15,2	109,8	18,5	-3,267	0,002	45	101,0	21,1	103,0	15,6	-0,578	4,062	0,047	
Niezależność	41	91,1	15,6	101,9	14,5	-4,415	0,000	45	90,5	16,0	95,4	16,8	-2,087	4,353	0,040	
Rekreacja	41	89,8	9,4	94,8	12,8	-3,062	0,004	45	91,2	17,4	90,9	17,1	-0,116	2,838	0,096	
Prospoteczność	41	89,9	12,8	98,0	13,9	-3,902	0,000	45	87,3	13,8	93,8	13,2	-2,742	1,346	0,249	
Praca	41	95,3	12,6	100,8	12,8	-2,585	0,013	45	93,4	11,2	95,2	11,6	-0,987	3,942	0,05	
Zachowania uciążliwe	31	5,9	3,9	3,0	2,1	-4,545	0,00	45	6,8	5,2	4,6	3,5	-2,487	4,701	0,03	
Satysfakcja	41	20,1	3,93	22,9	1,58	-4,19	0,00	41	20,5	4,1	20,6	4,2	-2,21	12,594	0,001	
Czas hospitalizacji	41	52,07	66,11	24,7	43,1	-2,822	0,05	47	23,3	35,2	21,0	52,0	-1,105	4,119	0,045	
Liczba przyjęć	41	0,78	0,82	0,60	0,86	-1,242	0,221	47	0,55	0,65	0,77	1,84	-0,667	Z=	0,832	
Obciążenie rodziny	31	4,0	3,58	2,5	3,0	2,183	0,037	45	4,6	3,8	4,1	3,4	0,737	4,272	0,042	

Tablica 3. Istotność różnic efektów opieki środowiskowej i tradycyjnej po 10 i po 22 miesiącach

Miara	Po 10 miesiącach [p ≤]	Po 22 miesiącach [p ≤]
Funkcjonowanie społeczne ogółem	0,04*	0,04
Wycofanie	ns**	ns
Interpersonalność	0,02	0,047
Niezależność	0,011	0,04
Rekreacja	ns	ns
Prospołeczność	ns	ns
Praca	ns	0,05
Zachowania uciążliwe	ns	0,03
Satysfakcja	0,004	0,001
Czas hospitalizacji	ns	0,045
Liczba przyjęć	ns	ns
Obciążenie rodziny	ns	0,04

* Wszędzie tam, gdzie podano wartość poziomu istotności, znacząco lepsze efekty stwierdzono u chorych objętych opieką zespołów leczenia środowiskowego.

** Różnica nieistotna statystycznie.

(globalnego oraz relacji interpersonalnych i niezależności). We wszystkich pozostałych miarach efekty w obu grupach nie różniły się. Po blisko 2 latach leczenia opieka środowiskowa była jeszcze bardziej skuteczna od tradycyjnej niż poprzednio. Utrzymane bowiem zostały efekty z poprzedniego okresu, a ponadto opieka środowiskowa okazała się bardziej skuteczna w zmniejszaniu zachowań uciążliwych, obciążenia rodziny i czasu hospitalizacji oraz w poprawie aktywności zawodowej lub quasi-zawodowej.

Porównanie grupy eksperymentalno-kontrolnej z grupą eksperymentalną

Dziewiętnaście osób zmieniło rodzaj opieki (z eksperymentalnej na kontrolną). W pierwszym badaniu, przed rozpoczęciem działań zespołów, różniły się one od grupy eksperymentalnej jedynie wyższym poziomem globalnego funkcjonowania społecznego. Poza tym nie było różnic w charakterystyce społeczno-demograficznej i wynikach I pomiaru u obu grup. Po 22 miesiącach w grupie EK stwierdzono istotnie słabsze efekty niż w eksperymentalnej w dwu miarach – zachowania uciążliwe i czas hospitalizacji.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Reasumując, nasze badanie wykazało, że po blisko dwu latach opieki leczenie środowiskowe było bardziej skuteczne niż opieka tradycyjna – u pacjentów leczonych w zespołach nastąpiła istotna poprawa funkcjonowania społecznego, zwiększyła się satysfakcja z usług, zmniejszył się poziom zachowań uciążliwych i obciążenia rodziny oraz skrócił się czas hospitalizacji. Opieka zespołu nie miała jedynie wpływu na liczbę przyjęć do szpitali.

Wyniki naszych badań potwierdzają zatem dane z literatury światowej o większej skuteczności opieki zespołów niż leczenia ambulatoryjnego. W zdecydowanej większości zagranicznych badań stwierdzano pozytywny wpływ zespołów na satysfakcję pacjentów z usług [4, 6, 8, 12, 15], czas ich hospitalizacji [4, 5, 6, 11, 13, 15, 17, 18] oraz na obciążenie rodziny [4, 9, 16, 22]. W wielu badaniach ustalono również pozytywny wpływ zespołów na funkcjonowanie społeczne chorych [3, 19, 21], aczkolwiek w sporej części prac nie odnotowano oczekiwanych korzystnych rezultatów [20].

Interesującą kwestią jest nierównomierność popraw w różnych obszarach funkcjonowania społecznego, stwierdzana często również w innych badaniach. Istotnie wzrosło ono w obszarach kontaktów interpersonalnych, niezależności oraz pracy, nie stwierdzono natomiast istotnych efektów w zakresie wycofania, rekreacji i tzw. prospołeczności. Być może jedną z przyczyn braku efektów w tych dwu ostatnich obszarach są względy finansowe. Uczestnictwo bowiem w większości aktywności, objętych tymi obszarami (np. chodzenie do kina, na wystawy, uprawianie sportu, wycieczki, hobby itp.) wymaga pewnych nakładów finansowych, których pacjenci często nie mają, niezależnie od formy opieki psychiatrycznej. Nie można jednak wykluczyć, że brak efektów w tych obszarach wynika ze stabilności poziomu deficytów niektórych umiejętności chorych, takich jak np. korzystanie ze środków transportu lub znalezienie informacji o ciekawych wydarzeniach kulturalnych. Być może, działania zespołów były zbyt mało energiczne w ćwiczeniu u chorych takich umiejętności.

Zaprezentowane przez nas wyniki opisują zmiany, jakie zaszły we wszystkich ośrodkach łącznie. Pozostaje kwestią otwartą możliwość odnoszenia ich do poszczególnych zespołów – nie można bowiem wykluczyć, że opisywane efekty uzyskano tylko w niektórych z nich. Pytanie to musi zostać bez odpowiedzi, ponieważ, jak wspomniano, ze względu na małą liczebność podgrup w poszczególnych ośrodkach analizy statystyczne nie byłyby wiarygodne. Pomimo tego ograniczenia nasze badanie potwierdza celowość rozwoju zespołów leczenia środowiskowego w Polsce.

Interesujące są analizy dynamiki skuteczności opieki – po blisko 2 latach skuteczność opieki środowiskowej była wyższa niż po 10 miesiącach. Dopiero bowiem w dłuższym okresie czasu ujawniły się lepsze efekty opieki środowiskowej niż kontrolnej w zmniejszeniu zachowań uciążliwych, obciążenia rodziny oraz czasu hospitalizacji, a także w zwiększaniu produktywnej aktywności. Wyniki naszych badań potwierdzają zatem

opinie wielu autorów zachodnich, zdaniem których ujawnienie się efektów opieki środowiskowej wymaga czasu i nie należy się spodziewać wyraźniejszych efektów przed upływem półtora roku do dwóch lat [3, 19]. W niektórych badaniach zdarza się jednak odwrotnie – najlepsze efekty stwierdza się w pierwszych miesiącach po utworzeniu nowej formy. Dość powszechnie uważa się, że jest to spowodowane tzw. efektem Hawthorna, czyli zupełnie nadzwyczajnym zaangażowaniem się personelu w nową inicjatywę, dzięki wielu czynnikom motywującym [7, 21]. W sytuacji natomiast „spokojnego” wprowadzania innowacji, zwłaszcza w tzw. rutynowych warunkach klinicznych, a nie w promowanych eksperymentach szpitali klinicznych, efekty przychodzą stopniowo, tak jak w przedstawionym badaniu.

W badaniu poddaliśmy analizie osobną podgrupę chorych, tzw. eksperymentalno-kontrolną, czyli osoby, które zakończyły leczenie w zespołach środowiskowych przed końcem dwuletniego okresu obserwacji. Stwierdzono, że na końcu katamnezy pacjenci ci nie różnią się od grupy eksperymentalnej w większości miar, z wyjątkiem zachowań uciążliwych i czasu hospitalizacji, których dynamika jest istotnie korzystniejsza w grupie eksperymentalnej. Wydaje się to sugerować, że przerwanie opieki środowiskowej nie jest dla chorych korzystne. Przypuszczenie to pozostaje jednak jedynie sugestią, przede wszystkim ze względu na małą liczebność grupy eksperymentalno-kontrolnej.

WNIOSKI

1. Efekty dwuletniej opieki zespołów środowiskowych były istotnie lepsze od opieki tradycyjnej – u pacjentów leczonych w zespołach nastąpiła istotna poprawa funkcjonowania społecznego, zwiększyła się satysfakcja z usług, zmniejszył się poziom zachowań uciążliwych i obciążenia rodziny oraz skrócił się czas hospitalizacji.
2. Opieka zespołu nie miała natomiast wpływu na liczbę przyjęć do szpitali.

3. Skuteczność opieki zespołów była istotnie większa po dwu latach niż po 10 miesiącach, co potwierdza wnioski wielu badań zachodnich, że wyraźne efekty leczenia w zespołach ujawniają się zazwyczaj nie wcześniej niż po półtora do dwóch lat.
4. Badanie potwierdza trafność opracowanych planów znacznego rozszerzenia sieci zespołów leczenia środowiskowego w Polsce.

PIŚMIENNICTWO

1. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, i in. The Social Functioning Scale. The Development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 853-9.
2. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E. Skuteczność zespołu leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – wpływ na obciążenie rodziny. *Post Psychiatr Neurol* 1999; 8: 357-64.
3. Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: An update of randomized trials. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 669-75.
4. Chandler D, Meisel J, Hu T, i in. Client outcomes in a three-year controlled study of an integrated service agency model. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 1337-43.
5. Dincin J, Wasmer D, Witheridge TF, i in. Impact of assertive community treatment on the use of state hospital inpatient bed-days. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 833-8.
6. Dixon L. Assertive community treatment: Twenty-five years of gold. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 6, 759-65.
7. Hafner H, van der Heiden W. Evaluating effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1991; 17: 441-53.
8. Hoult J, Rosen A, Reynolds I. Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Soc Science Med* 1984; 18: 1015-20.
9. Hoult J. Psychiatric hospital versus community treatment – a controlled study. Sydney: Department of Health, NSW; 1983.
10. Ignaczak M. Kwestionariusz A-B i skala S – narzędzia do pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki psychiatrycznej i odwykowej. Konstrukcja kwestionariusza satysfakcji, parametry psychometryczne. *Biul IPiN* 1990; 3-4 (80-81): 61-105.
11. Knapp M, Beecham J, Koutsogeorgopoulou V, i in. Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 195-203.
12. Knapp M, Marks I, Wolstenholme J, i in. Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 506-12.
13. Lafave HG, De Souza HR, Gerber GJ. Assertive community treatment of severe mental illness: A Canadian experience. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 757-9.
14. Lehman AF, Dixon L, Hoch JS, i in. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 346-52.
15. Marks IM, Connolly J, Muijen M, i in. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 179-94.
16. McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, i in. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 744-50.
17. McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, i in. A multi-site study of client outcomes in assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 696-701.
18. Santos AB, Deci PA, Lachance KR, i in. Providing assertive community treatment for severely mentally ill patients in a rural area. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 34-9.
19. Santos AB, Henggeler SW, Burns BJ, i in. Research on field-based services: Models for reform in the delivery of mental health care to populations with complex clinical problems. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1111-23.
20. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Zespoły leczenia środowiskowego: metaanaliza informacji z literatury. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7: 387-98.
21. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Effects of community mobile team intervention in the Drewnica hospital catchment area. I. Patient outcome. *Intern J Soc Psychiatry* 1999; 45 (3): 207-15.
22. Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 400-5.