



Skuteczność zespołu leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – wpływ na obciążenie rodziny

Community team efficacy in the „Drewnica” hospital catchment area – the effect on the family burden

LUDMIŁA BOGUSZEWSKA, ELŻBIETA ŚLUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPIŃ w Warszawie

STRESZCZENIE. *Oceniono wpływ pracy zespołu środowiskowego w subrejonach szpitala „Drewnica” na obciążenie rodziny, jakie stanowiły zaburzenia psychiatryczne jednego z jej członków. Badaniem objęto 80 opiekunów chorych, których obciążenie oceniano przy pomocy „Skali obciążenia” dwukrotnie – przed rozpoczęciem pracy środowiskowej i w rok po jej rozpoczęciu. Dla rodzin osób chorych, leczonych tradycyjnie, najbardziej obciążające było znośnienie atmosfery napięcia i zdenerwowania wprowadzanej przez podopiecznych, zalewanie za nich ważnych spraw poza domem oraz konieczność ciągłego towarzyszenia. Po roku leczenia pacjentów w zespole środowiskowym, obciążenie rodzin znacznie zmalało. Istotny spadek poziomu obciążenia stwierdzono u ponad 70% badanych rodzin (red.).*

SUMMARY. *The effect of a community team work on the family burden resulting from one of the family members' mental disorders was evaluated in the „Drewnica” hospital catchment area. Subjects in the study were 80 care providers examined with the „Family Burden Scale” twice – before the community team intervention and at 12-month follow-up. Families of the mentally disordered receiving the traditional treatment indicated the following domains as the most burdensome: the experience of permanent tension and irritation evoked by their charges, managing for them their important affairs out of home, and the necessity of keeping them company continuously. After a year of the patients' treatment by the community team a major relief of the family burden was noted: a significant reduction in the burden level was found in 70% of the families under study (Ed.).*

Słowa kluczowe: zespół leczenia środowiskowego / obciążenie rodziny

Key words: community team / family burden

Zespół Leczenia Środowiskowego szpitala „Drewnica” został utworzony w 1995 roku w ramach polsko-holenderskiego programu „Pacjenci też są obywatelami”, realizowanego przez szpital „Drewnica” w Żąbkach i H.C. Rümke Groep z Utrechtu. Efekty pracy zespołu oceniono w programie badawczym, prowadzonym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Sponsorem większości tych prac była strona holenderska.

Badanie miało na celu ustalenie wpływu działań zespołu na pacjentów i ich rodziny. Wszystkie badane osoby oceniane były dwukrotnie – przed wprowadzeniem lecze-

nia środowiskowego i po 12 miesiącach jego trwania. W badaniu wpływu programu leczenia na pacjentów [14] wykazano, że nastąpiła statystycznie istotna poprawa wszystkich ocenianych wymiarów skuteczności (czas hospitalizacji, liczba przyjęć, funkcjonowanie społeczne i satysfakcja z usług). Tak na przykład, czas hospitalizacji zmniejszył się czterokrotnie – ze 108 dni w okresie roku poprzedzającego leczenie środowiskowe do 26 dni w dwunastomiesięcznym okresie jego trwania, a klinicznie istotna poprawa funkcjonowania społecznego nastąpiła u 56% chorych.

Celem niniejszej pracy jest ocena wpływu działań zespołu na obciążenie rodzin pacjentów. Zagadnienie to, teoretycznie uważane za niezmiernie istotne w ocenie przydatności różnych form psychiatrii środowiskowej, w praktyce jest dość rzadko badane, m.in. z powodu braku powszechnie dostępnych i w miarę prostych narzędzi badawczych [11, 12]. Nieliczne istniejące badania wskazują, że zespoły leczenia środowiskowego wpływają korzystnie na poziom odczuwanego przez rodziny obciążenia [13], zdaniem jednak niektórych znawców zagadnienia, wpływ ten jest niejasny [8]. W Polsce kwestie te wydają się szczególnie istotne, ponieważ w najbliższych latach planowany jest znaczny wzrost liczby zespołów leczenia środowiskowego [4, 9].

METODY

Działania zespołu leczenia środowiskowego

Zespół został podzielony na 3 grupy, działające w 3 subregionach, zamieszkałych przez 560 tys. mieszkańców. W skład każdej grupy wchodziło: 1 lekarz psychiatra (pełniący rolę kierownika), 1 psycholog, 3 pielęgniarki i 1 pracownik socjalny. Wszyscy pracownicy, przed podjęciem pracy w zespołach, przeszli intensywne szkolenie, prowadzone przez specjalistów polskich i holenderskich. Znaczną część szkolenia poświęcono zasadom pracy zespołów środowiskowych (wykłady, warsztaty).

Każdy członek zespołu odbył również tygodniowy staż w Holandii. Opieką Zespołu objęto pacjentów szczególnie trudnych, u których choroba spowodowała znaczne deficyty funkcjonowania lub też stwarzała konieczność długiej hospitalizacji. Opieka Zespołu polegała na prowadzeniu leczenia farmakologicznego, psychoterapii indywidualnej, treningów umiejętności codziennego życia oraz umiejętności społecznych, terapeutycznej pracy z rodziną i najbliższym otoczeniem społecznym pacjenta oraz na pomocy socjalnej. Każdy członek zespołu pełnił rolę indywidualnego terapeuty kilku pacjentów. W początkowym okresie

opieki, terapeuci spotykali się w domach swoich pacjentów wraz z ich rodzinami, przeciętnie 1–2 razy w tygodniu, później częstotliwość i miejsce kontaktu zależały od potrzeb pacjenta. Członkowie zespołu byli dostępni 12 godzin na dobę przez 5 dni w tygodniu, a w sytuacjach kryzysowych również w pozostałe dni tygodnia i święta. Zespół utrzymywał ścisły kontakt z sąsiadami pacjentów i ze służbami społecznymi. Wielu pacjentom trzeba było załatwiać tak podstawowe sprawy jak bony żywnościowe lub renta inwalidzka. Niektórzy chorzy wymagali pomocy w trudniejszych sprawach, takich jak przydział lub remont mieszkania, pomoc w pokryciu zadłużenia za czynsz lub elektryczność.

W 1997 r. zespół otrzymał nagrodę firmy Lilly (*Lilly Schizophrenia Reintegration Award*), ponieważ uznano go za najlepszy spośród kilkudziesięciu programów, których celem była reintegracja chorych na schizofrenię ze społeczeństwem.

Osoby badane

Badano przedstawicieli rodzin przewlekłe chorych pacjentów, objętych opieką zespołu leczenia środowiskowego. Pacjenci byli w wieku 21–67 lat, zdecydowaną większość z nich (90%) stanowili chorzy na schizofrenię, utrzymujący się z renty inwalidzkiej [14]. Wybranim do badań przedstawicielem rodziny, była osoba pozostająca z chorym w najbliższym kontakcie, najlepiej zorientowana w jego sprawach.

Metody oceny

Do pomiaru poziomu obciążenia rodziny zastosowano „Kwestionariusz obciążenia rodziny”, przeznaczony dla osoby „znaczącej”, pozostającej w bliskim kontakcie z pacjentem. Kwestionariusz 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). Globalny wynik na „Skali obciążenia”, charakteryzującej się rozpiętością teoretyczną od 0 do 16 punktów, jest średnią z jej poszczególnych wymiarów.

Kwestionariusz był wypełniany przez psychologa, na podstawie rozmowy z przedstawicielem rodziny. Psycholog nie wchodził w skład zespołu leczenia środowiskowego.

WYNIKI

Charakterystyka opiekunów

W pierwszym pomiarze, przed wprowadzeniem leczenia środowiskowego, badaniem objęto 80 osób opiekujących się pacjentami (dziesięciu chorych mieszkających samotnie nie miało również żadnej osoby znaczącej). Do analiz zmian, jakie nastąpiły po roku leczenia w tym systemie, weszło 78 opiekunów.

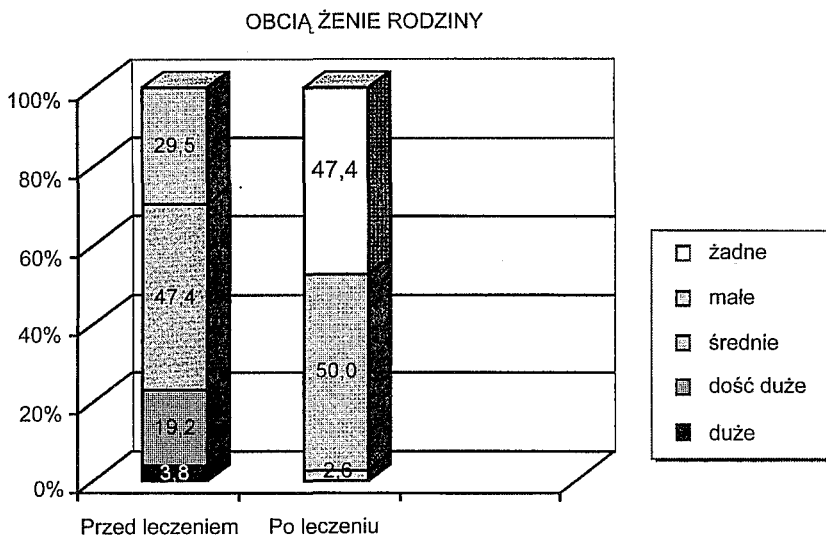
Pacjentami najczęściej opiekowały się matki (37%), czterokrotnie rzadziej pełnili taką rolę ojcowie (9%), podobnie dorosłe dzieci (11%). Prawie co piątym pacjentem opiekowała się osoba bliska z dalszej rodziny, podobnie często współmałżonek. W ogóle nie należało do rodziny 5% opiekunów. Bardzo zróżnicowany jest wiek osób, zajmujących się pacjentami (od 19 do 76 lat), przy czym najliczniejszą grupę wiekową stanowią osoby w wieku od 49 do 63 roku życia (35%), najmniej liczną ludźmi młodzi w wieku 19–33 lat (14%). Ponad połowa opiekunów nie pracowała, są to głównie emeryci i renciści.

Globalny poziom obciążenia przed i po leczeniu

Zanim objęto pacjentów programem leczenia środowiskowego, globalny dla wszystkich opiekunów, średni wynik na „Skali obciążenia” wynosił 6,4 punktu (s.d. = 2,8), co przy teoretycznie określonych przedziałach punktowych definiowane jest jako średni poziom obciążenia. Empiryczna rozpiętość punktów ukształtowała się od 2 do 14, co wskazuje, że chociaż nie było osoby, która zachowania swojego podopiecznego uznalaby za maksymalnie obciążające (16 punktów), to zarazem żaden z opiekunów nie deklarował całkowitego braku obciążenia (0 punktów).

W drugim pomiarze, po roku leczenia, nastąpiła statystycznie istotna poprawa opinii opiekunów o zachowaniach pacjentów ($t=18,0$, $p<0,001$). Globalny średni wynik na „Skali obciążenia” wyniósł $\bar{x}=1,0$ (s.d. = 1,3), z empiryczną rozpiętością punktów od 0 do 6. Zatem, maksymalny poziom odczuwanego obciążenia po roku leczenia w nowym systemie był niższy od średniego globalnego wyniku przed jego wprowadzeniem. Istotna poprawa nastąpiła nie tylko na globalnym poziomie „Skali obciążenia”, ale również we wszystkich jej podwymiarach, na poziomie istotności $p<0,001$ testu Z Wilcoxona.

Przed wprowadzeniem nowej formy leczenia, żaden z opiekunów nie deklarował całkowitego braku obciążenia zachowaniami pacjenta, chociaż dla większości nie stanowiły one poważniejszego problemu. Najwięcej osób miało poczucie, że występują one w stopniu określanym jako średni (47%), a prawie 30%, że wręcz małym. Niemniej, prawie jedna czwarta badanych (23%) czuła się znacznie obciążona, przejawiane przez podopiecznych zachowania były dla nich w dużym lub bardzo dużym stopniu kłopotliwe. Po roku działania programu diametralnie zmieniły się proporcje osób, prezentujących określone poziomy obciążenia zachowaniami pacjenta (rysunek 1). Ponad 47% badanych nie stwierdziło jakichkolwiek problemów



Rysunek 1. Porównanie stopnia obciążenia rodziny przed i po leczeniu

związanych z zachowaniami chorego, a połowa uznała, że co prawda zachowania takie występują, ale są mało kłopotliwe. Tylko nieliczni (niecałe 3%) mieli poczucie wyraźnego dyskomfortu, ale w stopniu nie wyższym niż średni.

Analiza różnic między obszarem obciążenia czynnościami opiekuńczymi a obszarem obciążenia emocjonalnego wykazała, że o ile w pierwszym pomiarze wystąpiła istotna statystycznie różnica ($p=0,02$), wskazująca na większe obciążenie w sferze emocjonalnej niż opiekuńczej, o tyle po roku działań środowi-

skowych nie zauważa się różnicy między tymi obszarami (tabl. 1). W obu natomiast obszarach nastąpiła istotna statystycznie poprawa oceny zachowań pacjentów po roku opieki w systemie środowiskowym (odpowiednio: $t=14,55$, $p<0,001$ i $t=14,29$, $p<0,001$).

Różnice na poziomie poszczególnych wymiarów obciążenia, przed i po leczeniu. Przed rozpoczęciem działań zespołu środowiskowego, przeważająca liczba osób twierdziła, że ich podopieczni prezentowali sześć spośród ośmiu wyszczególnionych w Skali Obciążenia zachowań. Pacjenci najwięcej

Tablica 1. Różnice między wymiarem opiekuńczym i emocjonalnym obciążenia w I i II pomiarze

Punkt pomiaru	Statystyka	Wymiar	
		opiekuńczy	emocjonalny
I	średnia	2,9	3,41
	odchylenie standardowe	1,5	1,9
		Kendala tau-B=0,20 p=0,02	
II	średnia	0,5	0,5
	odchylenie standardowe	0,7	0,8
		Kendala tau-B=0,19 p=0,08	
I vs II	test t	t=14,5 p<0,001	t=14,3 p<0,001

Tablica 2. Odsetki osób deklarujących określony stopień obciążenia poszczególnymi zachowaniami pacjenta w I i II pomiarze

Wymiar obciążenia	Pomiar	Stopień obciążenia		
		Nigdy	Czasem	Często
Pomoc w codziennych, osobistych czynnościach	I	83,3	7,7	9,0
	II	96,2	2,6	1,3
Załatwianie za pacjenta ważnych spraw poza domem, w urządzie, sklepie itp.	I	33,3	32,1	34,6
	II	75,6	19,2	5,1
Konieczność stałej opieki	I	25,6	60,3	14,1
	II	93,6	3,8	2,6
Kłopoty finansowe spowodowane przez pacjenta	I	43,6	37,2	19,2
	II	93,9	6,4	0
Kłopoty z zachowaniem, agresją, nieprzestrzeganiem norm	I	61,5	25,6	12,8
	II	100,0	–	–
Atmosfera napięcia, zdenerwowania spowodowana przez pacjenta	I	10,3	44,9	44,9
	II	69,2	28,2	2,6
Narażenie na wstyd	I	35,9	44,9	19,2
	II	92,3	7,7	–
Strach przed pacjentem	I	41,0	42,3	16,7
	II	91,0	9,0	–

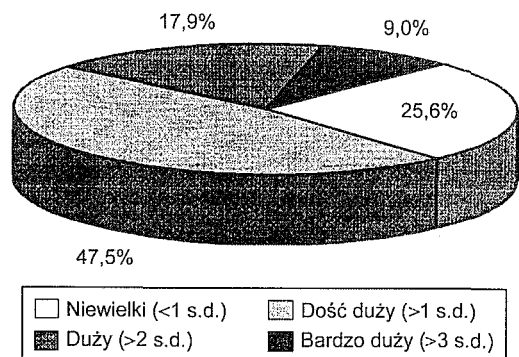
kłopotów sprawiali swoim bliskim wprowadzaniem atmosfery napięcia i zdenerwowania (którą odczuwało prawie 90% opiekunów, połowa z nich często), w dużej mierze obciążające było też załatwianie za pacjenta ważnych spraw poza domem (67% opiekunów podejmowało takie obowiązki, ponad połowa z nich często) oraz konieczność ciągłego towarzyszenia pacjentowi (74%, w większości tylko czasami). Najmniejsze obciążenie stanowiła dla opiekunów pomoc pacjentowi w codziennych, osobistych czynnościach (ponad 83% w ogóle nie musiało spełniać takiej funkcji), a z zachowaniami niezgodnymi z przyjętymi normami nie miało żadnego problemu 61% (tabl. 2).

Po roku leczenia środowiskowego, zachowania pacjentów w poczuciu opiekunów wyraźnie poprawiły się, chociaż hierarchia poszczególnych zachowań uznanych za uciążliwe prawie nie zmieniła się. Z tym, że o ile w dalszym ciągu najbardziej kłopotliwa dla rodzin była stwarzana przez pacjentów atmosfera napięcia, to prawie 70% nie od-

czuwało jej już w ogóle, a często niecałe 3%. Podobnie, załatwianie za pacjenta ważnych spraw poza domem absorbowало 24% osób bliskich, ale na ogół jedynie od czasu do czasu, a ponad trzy czwarte w ogóle nie musiało podejmować takich obowiązków. Pozostałych sześciu zachowań obciążających, olbrzymia większość rodzin (powyżej 90% do 100%) nie doświadczała w ogóle przez ostatnie parę miesięcy działania programu, a na znaczną ich częstotliwość wskazywano sporadycznie (tabl. 2).

Poprawa w indywidualnie odczuwanym obciążeniu

Do pomiaru globalnej zmiany w indywidualnie odczuwanym obciążeniu, przyjęto arbitralny wskaźnik, określony liczbą punktów równą co najmniej jednemu odchyleniu standardowemu z I pomiaru ($s.d.=2,8$). Spadek punktów o wartość jednego odchylenia zdefiniowany został jako istotny poziom poprawy. Zmianę w poszczególnych wymiarach skali określano na podstawie



Rysunek 2. Stopień poprawy w zakresie obciążenie rodziny po leczeniu

różnicy liczby punktów w pierwszym i drugim pomiarze. Analiza wykazała, że żaden z opiekunów nie doświadczał większego niż przed rokiem globalnego obciążenia, a 74% deklarowało wyraźną poprawę zachowań pacjenta. Bardzo duży stopień poprawy (powyżej trzech odchyłeń standardowych) zauważyło u swoich podopiecznych 9% rodzin, a 18% dużą poprawę (ponad dwa od-

chylenia standardowe). Najliczniejszą grupę opiekunów (ponad 47%) stanowili tacy, którzy dostrzegli dość duży stopień poprawy, natomiast niewielka zmiana nastąpiła u 26% rodzin (jedno lub poniżej jednego odchylenia standardowego) (rys. 2). Zarazem, przeważająca większość rodzin, wskazujących niewielkie zmiany już w pierwszym pomiarze deklarowała tak znikome obciążenie chorym, że teoretycznie nie dawało ono szansy na wykazanie istotnej poprawy. Oczekiwać jej można było tylko w przypadku 4 osób (5%).

Warto zauważyć, że większość opiekunów wskazała na poprawę tych zachowań, które przed wprowadzeniem nowego systemu leczenia, przysparzały najczęściej problemów (tabl. 3). Zdenerwowanie i atmosferę napięcia z mniejszą częstotliwością odczuwało 77% osób, a mniejsze zaangażowanie stałą opieką nad pacjentem oraz załatwianiem jego spraw poza domem dostrzegło 58% osób, chociaż sporadycznie zdarzały się przypadki pogorszenia (4%). Najmniej-

Tablica 3. Odsetki osób ujawniających zmiany w ocenie poszczególnych zachowań pacjentów. Porównanie rang wg stopnia obciążenia z I i II pomiaru

Wymiar obciążenia	Rangi I/II	Poprawa	Pogorszenie	Bez zmiany
Pomoc w codziennych, osobistych czynnościach	[1] [2]	15,4	–	84,6
Kłopoty z zachowaniem, agresją, nieprzestrzeganiem norm	[2] [1]	38,5	–	61,5
Strach przed pacjentem	[3] [6]	56,4	1,3	42,3
Kłopoty finansowe spowodowane przez pacjenta	[4] [3]	53,8	2,6	43,6
Narażanie na wstyd	[5] [4]	61,5	1,3	37,2
Konieczność stałej opieki	[6] [5]	57,5	–	42,3
Załatwianie za pacjenta ważnych spraw poza domem, w urzędzie, sklepie itp.	[7] [7]	57,7	3,9	38,4
Atmosfera napięcia, zdenerwowania spowodowana przez pacjenta	[8] [8]	76,9	–	23,1

sze zmiany wystąpiły w ocenie tych zachowań, które rok wcześniej sprawiały jakieś problemy niewielu osobom.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie wykazało, że poziom obciążenia rodzin po 12 miesiącach opieki zespołu środowiskowego był istotnie niższy niż przed jej wprowadzeniem. Podobne wyniki osiągnano w wielu innych badaniach wskazujących, że jest to rodzaj opieki, który nie tylko nie zwiększa obciążenia (czego się obawiano), ale przeciwnie, potrafi zmniejszyć jego nasilenie [3, 5, 6, 8, 15]. Powstaje natomiast pytanie, czy poprawę tę można przypisać wyłącznie działalności zespołu. Wiadomo, że w badanym okresie 12 miesięcy nie zadziałały jakieś nadzwyczajne czynniki społeczne, nie zmieniła się też zasadniczo organizacja opieki psychiatrycznej w rejonie szpitala tak, aby stanowiła istotną zmienną interweniującą. Sugeruje to, że powodem poprawy była działalność zespołu opieki środowiskowej. Niemniej, wniosek ten może być sformułowany jedynie jako wysoce prawdopodobny, ze względu na brak grupy kontrolnej w badaniu.

Interesującą kwestią jest niższy od oczekiwanego, początkowy poziom obciążenia rodzin. Prawie jedna trzecia opiekunów deklaruwała jedynie niewielkie obciążenie zachowaniami pacjenta, chociaż badaniem objęto pacjentów szczególnie trudnych, ze znacznymi deficytami funkcjonowania społecznego, uważanego za ważną przyczynę obciążenia, istotniejszą nawet niż nasilone objawy psychopatologiczne [7]. Wydaje się, że mogło ujawnić się tutaj opisywane w literaturze zjawisko, konsekwentnego przyzwyczajania się rodzin do zachowań pacjenta w trakcie jego długotrwałej choroby, co implikuje zanikanie tendencji do traktowania tych zachowań jako obciążających, a z czasem również niezdawania sobie z nich sprawy [5]. Niektóre rodziny nie mają nawet oczekiwań zmiany swojej sytuacji [2, 5].

Przed objęciem pacjentów opieką zespołu środowiskowego, najbardziej obciążające dla

rodzin były następujące konsekwencje zachowań podopiecznych: wprowadzanie atmosfery napięcia i zdenerwowania, załatwianie za pacjenta ważnych spraw poza domem oraz konieczność stałego przebywania z nim. Z dużym prawdopodobieństwem można generalizować uzyskane w naszych badaniach informacje o rodzaju trudności, doświadczanych przez rodziny pacjentów. W praktycznej pracy z przewlekle chorymi, leczonymi ambulatoryjnie-szpitalnie z epizodami hospitalizacji, mogą one być ważną wskazówką w poradniach i na oddziałach szpitalnych również w innych rejonach kraju.

Kolejną kwestią wartą uwagi są mechanizmy spadku poziomu obciążenia rodzin. Powszechnie uważa się, że odczuwane przez otoczenie obciążenie warunkowane jest czynnikami, wypływającymi z funkcjonowania społecznego osoby chorej, stopnia nasilenia objawów negatywnych oraz częstotliwości hospitalizacji [7]. Wyniki naszych badań wykazały, że funkcjonowanie społeczne chorych uległo istotnej poprawie i miało statystycznie istotny wpływ na poziom deklarowanego przez rodziny obciążenia ($r=0,51$, $p<0,001$). Zmniejszyła się również wydatnie częstotliwość hospitalizacji. Wydaje się jednak, że nie jest to jedyna przyczyna poziomu odczuwanego obciążenia. Zdaniem niektórych badaczy, zależy on bowiem również od postaw rodziny, jej umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach sprawowania opieki nad osobą chorą, poziomu i sposobu wyrażania emocji oraz stopnia otrzymywanego wsparcia społecznego [2, 7, 10]. Jest wysoce prawdopodobne, że terapeutyczna praca z rodzinami, jaką prowadził zespół, korzystnie zmieniła u członków rodzin percepcję ich sytuacji, nawet jeśli obiektywnie nie nastąpiły w niej wyraźne zmiany.

Zagadnieniem wymagającym dalszych badań jest kwestia trwałości efektów pracy zespołów. Badania prowadzone w krajach zachodnich wskazują, że u wielu chorych efekty działania zespołów środowiskowych znacznie się zmniejsza po przeniesieniu pacjentów do

innych form opieki [1]. Określenie, jak długo różne grupy chorych, powinny znajdować się pod opieką zespołów środowiskowych, pozostaje zadaniem do rozwiązania w toku dalszych badań.

WNIOSKI

1. Dla rodzin osób chorych, leczonych tradycyjnie, najbardziej obciążające było znoszenie atmosfery napięcia i zdenerwowania wprowadzanej przez podopiecznych, załatwianie za nich ważnych spraw poza domem oraz konieczność ciągłego towarzyszenia.
2. Po roku leczenia pacjentów w zespole środowiskowym, obciążenie rodzin znacznie zmalało. Istotny spadek poziomu obciążenia stwierdzono u ponad 70% badanych rodzin.
3. W celu sprawdzenia trwałości efektów, uzyskanych dzięki pracy zespołu opieki środowiskowej, konieczne jest przeprowadzenie badań katamnestycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Audini B., Marks I.M., Lawrence R.E., Connolly J. i wsp.: Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. *Br. J. Psychiatry* 1994, 165, 204–210.
2. Bibou-Nakou I., Dikaiou M., Bairactaris C.: Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1997, 32, 104–108.
3. Chandler D., Meisel J., Hu T., McGowen M., Madison K.: Client outcomes in a three-year controlled study of an integrated service agency model. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 1337–1343.
4. Docelowa sieć publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Ministerstwo

Zdrowia i Opieki Społecznej, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1996.

5. Hoult J.: Psychiatric hospital versus community treatment – a controlled study. Department of Health, N.S.W., Sydney 1983.
6. Koniczyńska Z., Pietrzykowska B., Zaborowski B.: Obciążenie rodzin pacjentów leczonych w oddziale pełnodobowym lub w alternatywnych formach leczenia psychiatrycznego. *Psychiatr. Pol.* 1997, 5, 625–636.
7. Magliano L., Fadden G., Madianos M. i wsp.: Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998, 33, 405–412.
8. McFarlane W.R., Dushay R.A., Stastny P., Deakins S.M. i wsp.: A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 744–750.
9. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, 4, 321–332.
10. Scazufca M., Kuipers E.: Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol. Med.* 1998, 28, 453–461.
11. Schene A.H., Tessler R.C., Gamache G.M.: Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1994, 29, 228–240.
12. Słupczyńska-Kossobudzka E., Boguszewska L.: Główne kierunki i metody badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej na świecie. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 381–392.
13. Słupczyńska-Kossobudzka E., Boguszewska L.: Zespoły leczenia środowiskowego – metaanaliza informacji z literatury. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998, 7, 387–398.
14. Słupczyńska-Kossobudzka E., Boguszewska L.: Effects of community mobile team intervention in the Drownica Hospital catchment area. I. Patient outcome. *Int. J. Soc. Psychiatry* (w druku).
15. Weisbrod B.A., Test M.A., Stein L.I.: Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* 1980, 37, 400–405.