



Jak mierzyć skuteczność leczenia środowiskowego?

How to measure community-based treatment efficacy?

KATARZYNA PROT-KLINGER, MAŁGORZATA PAWŁOWSKA

Z Centrum Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Praca omawia sposoby pomiaru skuteczności leczenia środowiskowego.

Poglądy. Psychiatria środowiskowa jest zalecaną przez WHO formą pomocy dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, do których zalicza się schizofrenię, chorobę afektywną dwubiegunową, ciężką depresję i otępienie. Z wprowadzaniem zasad psychiatrii środowiskowej wiąże się proces deinstytucjonalizacji, który pomimo słusznych zabiegów o przeniesienie miejsca leczenia z dużych instytucji psychiatrycznych, do środowiska, może wiązać się ze wzrostem bezdomności i ubóstwa chorych. W obliczu tych zmian, niezwykle istotna staje się ewaluacja skuteczności leczenia środowiskowego. Do badania efektywności oddziaływań środowiskowych, można stosować model odzyskiwania zdrowia oraz koncepcję relacji terapeutycznej, jak również określenie ilości i długości hospitalizacji, a także pomiar funkcjonowania społecznego, subiektywnego poczucia jakości życia oraz stopnia obciążenia rodziny.

Wnioski. Skuteczność leczenia środowiskowego jest złożonym zjawiskiem i powinna być rozumiana wielowymiarowo, a nie ograniczana do poprawy objawowej. Sprawne działanie sektora psychiatrii środowiskowej zależy od koordynacji działań wielo-profesjonalnych zespołów, w skład których wchodzi między innymi ośrodki zdrowia psychicznego i pomocy społecznej.

SUMMARY

Objective. The paper presents various methods of evaluating the effectiveness of community-based psychiatric care provision.

Review. Community psychiatry is a recommended by the WHO form of treatment for people with severe mental disorders, including schizophrenia, bipolar affective illness, major depression, and dementia. The introduction of community psychiatry principles is associated with the process of deinstitutionalization, which despite its commendable striving to transfer mental health care provision from large mental hospitals to the community, may be also associated with increased rates of psychiatric patients' homelessness and poverty. In the light of these changes, evaluation of community-based treatment effectiveness becomes increasingly important. In the measurement of community-based treatment efficacy the health recovery model can be used, as well as the conception of therapeutic relationship. Other approaches include registration of the number of hospital admissions and hospitalization length, as well as the assessment of the patients' social functioning, their subjective quality of life, and family burden.

Conclusions. Community-based treatment efficacy is a complex phenomenon and should be conceptualized multidimensionally rather than limited to symptom relief only. An efficient performance of the community psychiatry sector depends on coordinated action of multidisciplinary teams, including among others the functioning of mental health centers and social assistance services.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa / skuteczność leczenia / ciągłość opieki

Key words: community psychiatry / treatment effectiveness / continuity of care

JAK MIERZYĆ SKUTECZNOŚĆ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO?

Przedstawiana praca stanowi przegląd wybranych metod oceny efektywności leczenia w opiece środowiskowej. „Opieka środowiskowa” jest tu rozumiana jako leczenie obejmujące oddziaływania farmakologiczne, psychoterapeutyczne oraz edukacyjne, a także wspieranie osób psychochorychnych oraz ich rodzin. Opieka oznacza tu często coś więcej niż leczenie, gdyż poza standardowymi formami terapii, leczenie jest sprawowane przez wielozawodowy zespół i w praktyce często polega na towarzyszeniu pacjentom w ich życiu. Autorzy reprezentują pogląd, że psychiatria środowiskowa jest skuteczną formą pomocy dla osób chorujących z rozpoznaniem z kręgu psychoz. Możliwa jest także skuteczna ewaluacja oddziaływań środowiskowych.

Psychiatria środowiskowa w Polsce jest rozwijającą się i zalecaną formą usług w zakresie leczenia psychiatryczne-

go osób z poważnymi problemami zdrowia psychicznego. W związku z tym istnieje stała potrzeba oceny skuteczności oddziaływań środowiskowych. Dla oceny efektywności leczenia środowiskowego, ważne jest określenie, co ją odróżnia od leczenia instytucjonalnego. Psychiatria środowiskowa opiera się na przeniesieniu miejsca leczenia pacjenta z dużych szpitali psychiatrycznych i innych instytucji długiego pobytu do opieki zlokalizowanej w pobliżu miejsca zamieszkania. Leczenie w środowisku pacjenta utożsamiane jest z wyższą jakością życia, lepszym respektowaniem praw pacjenta oraz lepszym bilansem kosztów i korzyści [1]. Wytyczne WHO wskazują, że opieka zdrowotna powinna być sprawowana przez ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ośrodki środowiskowe, natomiast duże i scentralizowane placówki należy zastąpić dostosowanymi do potrzeb ośrodkami zdrowia psychicznego [2]. Ministrowie Zdrowia Państw Członkowskich Europejskiego Regionu WHO w styczniu 2005 roku podpisali „Deklarację Zdrowia

Psychicznego dla Europy”, w której zobowiązują się „popierać (...) rozwój ośrodków środowiskowych mających zastąpić opiekę dużych instytucji nad osobami z poważnymi problemami zdrowia psychicznego” [3]. W ramach „Planu Działania – Zdrowie Psychiczne dla Europy” planowane jest stworzenie nowoczesnego systemu usług środowiskowych [3]. W myśl tego programu powstać mają specjalistyczne ośrodki opieki środowiskowej, działające w systemie dwudziestoczworgodzinny, przez siedem dni w tygodniu, w których pracują zespoły interdyscyplinarne. Dopiero taka forma pomocy może zapewnić właściwą opiekę osobom chorującym na schizofrenię, psychozę maniako-depresyjną, ciężką depresję lub otępienie. Nowe strategie promocji zdrowia psychicznego opierają się między innymi na zaleceniach europejskiej „Zielonej Księgi”, która wyraźnie wskazuje na konieczność przeniesienia leczenia z dużych szpitali psychiatrycznych, które sprzyjają powstawaniu piętna i wykluczeniu ze społeczeństwa, do łatwo dostępnych ośrodków środowiskowych oraz oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych [4]. Zasady zalecane przez WHO dla ośrodków psychiatrycznych – to:

- dostępność,
- równy dostęp do świadczeń,
- wszechstronność oraz
- koordynacja i
- ciągłość opieki [1].

Dostępność i równy dostęp do świadczeń w obrębie szpitala oraz opieki poza szpitalnej i rehabilitacyjnej, oznaczają lokalne organizowanie ośrodków, przez co skraca się czas dojazdu do nich. Wszechstronność odnosi się do zapewniania takich programów zdrowotnych, które będą odpowiadały potrzebom populacji. Koordynacja i ciągłość dotyczą działań medycznych, psychologicznych i społecznych powstałych w odpowiedzi na złożone potrzeby osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Dostarczenie takich usług w sposób ciągły i łatwo dostępny jest w pełni możliwe w rejonie zamieszkania pacjentów, co ułatwia również planowanie, finansowanie i kierowanie opieką psychiatryczną.

Doświadczenia państw europejskich, w których doszło do deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, pokazują, że jest to proces trudny, prowadzący czasem do niekorzystnych konsekwencji społecznych. W początkowym okresie zmian, polegających przede wszystkim na zamykaniu szpitali psychiatrycznych lub zmniejszaniu ich liczby, rosła liczba bezdomnych osób chorych psychicznie [5]. Wynikało to z trudności w dostarczaniu pomocy środowiskowej wszystkim potrzebującym, zwłaszcza z przewlekłymi chorobami psychicznymi, a także z braku wystarczającej liczby ośrodków środowiskowych. Aktualna sytuacja w Polsce, jest daleka od spełniania europejskich standardów. Opieka środowiskowa jest słabo rozwinięta, obejmuje swoim zasięgiem głównie duże miasta, podczas gdy na wsiach dostęp do usług środowiskowych jest praktycznie niemożliwy. Podstawowym miejscem leczenia są nadal szpitale psychiatryczne oraz poradnie, w których nie ma możliwości realizowania opieki czynnej. Istniejące, nieliczne zespoły środowiskowe funkcjonują często w formule „oddziału” z określoną liczbą miejsc, procedurą przyjęcia oraz wypisu. Taka forma opieki psychiatrycznej nie sprzyja zachowaniu ciągłości leczenia, której podstawowym wymiarem jest nie-

przerwany, uporządkowany ruch pacjentów w obrębie różnych elementów systemu opieki psychiatrycznej, który zapewnia spójną opiekę odpowiadającą na ich potrzeby [6].

MODEL ODZYSKIWANIA ZDROWIA

Oceniając skuteczność leczenia środowiskowego można posłużyć się modelem „odzyskiwania zdrowia”, który oznacza indywidualny proces odkrywania, jak żyć z objawami i nadwrażliwością oraz otwartość na możliwość całkowitego wyzdrowienia [7]. Odzyskiwanie zdrowia jest opisywane jako uniwersalny proces, który może odnosić się do każdej próby zmiany. Większość koncepcji zakłada, że jest to przede wszystkim proces osobisty i może trwać przez całe życie [8]. W podejściu tym odzyskiwanie zdrowia wymaga spełnienia pewnych wewnętrznych warunków, takich jak nadzieja, postrzeganie choroby jako części siebie, odzyskiwanie kontroli oraz *empowerment* czyli nabieranie autonomii, odwagi i odpowiedzialności [9]. W modelu tym związki z innymi ludźmi pełnią funkcję pomostu pomiędzy warunkami wewnętrznymi a zewnętrznymi odzyskiwania zdrowia. Na warunki zewnętrzne składają się między innymi przestrzeganie praw człowieka a także „pozytywna kultura leczenia” – tolerancja, słuchanie, empatia, bezpieczeństwo i zaufanie. Istotne staje się tutaj rozwijanie współpracy między pacjentami a profesjonalistami. Biorąc pod uwagę powyższe wytyczne, ośrodki środowiskowe powinny spełniać kryteria ośrodków „zorientowanych na odzyskiwanie zdrowia” [10]. Oferta takich ośrodków powinna zawierać działania ukierunkowane na łagodzenie objawów, interwencje kryzysowe, indywidualne prowadzenie pacjenta, rehabilitację, ochronę praw pacjenta, podtrzymanie oraz samopomoc. Ośrodki środowiskowe mają oferować system interwencji i wsparcia zbliżony do pozaszpitalnego systemu leczenia, umożliwiając w ten sposób swoim klientom kontynuowanie aktywności życiowej. Część osób, otrzymująca ten rodzaj pomocy, uzyskuje pełne wyzdrowienie. Pozostałe osoby uzyskują dostęp do wsparcia środowiskowego, co pozwala włączyć chorobę do ich życia, jako wielowymiarowy element egzystencji.

MODEL RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

Próba oceny skuteczności leczenia środowiskowego może być określenie poziomu relacji terapeutycznej między pacjentem a jego podstawowym opiekunem (np. terapeutą, lekarzem). Wiąż między pacjentem a jego terapeutą jest integralnym elementem opieki środowiskowej, decydującym w dużej mierze o jej efektywności i o postępach w leczeniu. W opiece środowiskowej każdy pacjent ma swojego indywidualnego terapeutę, który jest odpowiedzialny za jego leczenie oraz pozostaje z nim w częstym i bliskim kontakcie. Autorzy posługują się pojęciem relacji terapeutycznej zaproponowanej przez McGuire-Sniecus i współpracowników, w myśl której na kształt relacji wpływa zarówno pacjent, jak i terapeuta [11]. Relacja terapeutyczna z punktu widzenia terapeuty obejmuje wymiary pozytywnej współpracy (*positive collaboration*), trudności emocjonalnych terapeuty w pracy z pacjentem (*emotional difficulties*) oraz

pozytywne oddziaływania terapeuty (*positive clinician input*). Relacja terapeutyczna z punktu widzenia pacjenta określa obszary, w jakich pacjent ma poczucie pozytywnej współpracy z terapeutą, negatywnych oddziaływań z jego strony (*non-supportive clinician input*) oraz oddziaływań pozytywnych. Pozytywna współpraca oznacza dobre porozumiewanie się, podzielane przez terapeutę i pacjenta rozumienie celów leczenia oraz doświadczenie obopólnej otwartości i zaufania. Pozytywne oddziaływania terapeuty oznaczają, że jest on postrzegany przez pacjenta jako wspierający, uważny, słuchający i rozumiejący pacjenta. Emocjonalne trudności terapeuty odnoszą się do takich problemów w relacji, jak: poczucie terapeuty, że nie jest empatyczny lub akceptowany przez pacjenta. Istnienie negatywnych oddziaływań terapeuty oznacza, że pacjent czuje, że terapeuta nie jest z nim szczerzy, jest niecierpliwy lub autorytarny. Do pomiaru tak rozumianej relacji terapeutycznej w warunkach psychiatrii środowiskowej został stworzony kwestionariusz: *Scale to Assess Therapeutic Relationship*, opisujący punkt widzenia terapeuty oraz pacjenta na więź między nimi [11]. Zarówno w wersji dla pacjenta i dla terapeuty składa się z dwunastu stwierdzeń ocenianych na pięciostopniowej skali od 0 do 4 (nigdy, rzadko, czasami, często, zawsze). Kwestionariusz w wersji dla klinicysty bada relację terapeutyczną na wymiarze pozytywnej współpracy, trudności emocjonalnych oraz pozytywnego oddziaływania terapeuty. Obszarem tym w wersji dla pacjenta odpowiadają: pozytywna współpraca, negatywne oddziaływania terapeuty oraz pozytywne oddziaływania terapeuty w ocenie pacjenta. Uzyskano zgodę autorów kwestionariusza na jego tłumaczenie i stosownie w Polsce. W chwili obecnej trwają badania pilotażowe z użyciem tego narzędzia.

WŁASNE DOŚWIADCZENIA

Odpowiedzią na potrzebę mierzenia efektywności rozwijającej się opieki środowiskowej oraz oceny stopnia realizacji jej założeń programowych, było badanie skuteczności leczenia środowiskowego w Zespole Leczenia Domowego IPiN. Mierzono ilość i długość hospitalizacji w oddziale całodobowym w okresie pozostawania pod opieką ośrodka, w porównaniu z okresem poprzedzającym przyjęcie do zespołu, stan psychiczny, funkcjonowanie pacjentów, ich jakość życia oraz obciążenie rodziny. Badanie wykonywano przy przyjmowaniu pacjenta do zespołu oraz po roku pozostawania pod opieką zespołu. Uzyskane w tym badaniu wyniki (tabl. 1) wskazują na to, że leczenie środowiskowe nie zmieniło obciążenia rodziny, związanego przede wszystkim z przewlekłymi objawami choroby, natomiast znacznie zmniejszyło „zachowania uciążliwe” w ocenie członków rodziny.

Poprawie uległ stan psychiczny na poziomie symptomów negatywnych, pozytywnych oraz wyniku ogólnego. Nastąpiła również poprawa w zakresie jakości życia na wymiarach relacji z rodziną i układania się relacji z rodziną, a także poprawa satysfakcji z życia. Uzyskano prawie czterokrotną redukcję czasu trwania hospitalizacji na oddziale całodobowym. Jest to interesujący wynik, który pozwala przypuszczać, że aktywna forma leczenia środowiskowego umożliwi pomoc w trakcie kryzysu psychotycznego bez konieczności hospitalizacji.

Tablica 1. Wskaźniki skuteczności leczenia środowiskowego i rezultaty uzyskane w badaniach własnych.

Table 1. Indicators of community-based psychiatric care provision effectiveness and treatment outcomes in the authors' study

Wskaźnik skuteczności <i>Efficacy indicator</i>	Uzyskany wynik <i>Treatment outcome</i>
Obciążenie rodziny <i>Family burden</i>	bez zmian <i>no change</i>
Stan psychiczny <i>Mental state</i>	poprawa <i>improvement</i>
Liczba i czas trwania hospitalizacji <i>Number and duration of hospitalizations</i>	redukcja <i>reduction</i>
Funkcjonowanie społeczne <i>Social functioning</i>	poprawa <i>improvement</i>
Jakość życia <i>Quality of life</i>	poprawa <i>improvement</i>

Autorzy uważają, że bez aktywnej opieki, jaką daje model środowiskowy, pomoc pacjentom w aktywnej fazie psychozie nie byłaby możliwa. Wydaje się zasadne stwierdzenie, że rzadkie i krótkotrwałe kontakty pacjentów z lekarzem w opiece ambulatoryjnej, nie są w stanie zapewnić opieki ciągłej, która wdrożona odpowiednio wcześniej może skutecznie interweniować w razie pogorszenie stanu psychicznego. Interwencje te to, na przykład, przyspieszenie terminu wizyty u lekarza psychiatry oraz zwiększenie częstotliwości wizyt w ośrodku bądź w domu pacjenta do kilku w ciągu tygodnia. Można przypuszczać, że ograniczenia w pracy ambulatoryjnej – konieczność przyjmowania dużej liczby pacjentów, w krótkim czasie i brak możliwości częstego kontaktu z pogorszonym pacjentem – skutkują większą liczbą hospitalizacji pacjentów objętych tą formą pomocy. Mniejsza skuteczność opieki ambulatoryjnej w przypadku pacjentów z powtarzającymi się epizodami psychoz, może wiązać się nie tylko z brakiem ciągłości kontaktu, ale też ze związaną z tym brakiem słabą więzią lekarza z pacjentem. W dużej mierze „sukces” leczenia środowiskowego, opiera się przede wszystkim na relacji terapeutycznej zrodzonej na wzajemnym zaufaniu i współpracy. Rezultaty potwierdzają skuteczność leczenia środowiskowego. Dotyczą one zwłaszcza istotnego w pierwszym okresie pozostawania pod opieką środowiskową, czasu trwania hospitalizacji oraz gwałtownych, czy trudnych zachowań związanych z chorobą [12].

Z uwagi na wielowymiarowe aspekty efektywności opieki środowiskowej istotne staje się włączenie do oceny punktu widzenia pacjentów/konsumentów tej formy pomocy. Badania pilotażowe satysfakcji pacjentów, przeprowadzone w środowiskowych ośrodkach IPiN, wskazują na potrzebę poszerzenia opieki środowiskowej zwłaszcza w zakresie oddziaływań w domu pacjenta, współpracy z rodziną oraz współpracy z ośrodkami pomocy społecznej w celu wzbogacenia opieki środowiskowej [13].

Grupa fokusowa wykazała następujące oceny satysfakcji z opieki środowiskowej:

- „Gdy leczyłam się w oddziale szpitalnym, odradzano mi studia, ostrzegano, że będą się łączyły ze zbyt wielkim stresem. Później trafiłam do zespołu leczenia domowego. Spotkałam się tu z zachętą i pomocą w ukończeniu studiów”.

- „*W przychodni, gdzie się przedtem leczylismy wizyty są raz na miesiąc lub raz na dwa miesiące. Tutaj trzeba przyjść co tydzień, pokazać się, porozmawiać (...) Stajemy się jakby poszerzoną rodziną. Gdy ktoś nie przyjdzie jego terapeuta kontaktuje się z nim telefonicznie. (...) W krytycznej sytuacji można uzyskać bezpośrednio potrzebną pomoc.*”
- „*Zawsze istnieje możliwość rozmowy z terapeutą, uzyskania recepty*”, „*Ważne jest także, że terapeuci przychodzą do domu. Rozmawiają z rodziną i z chorym. Jak ktoś ma problemy rodzinne, pomagają je rozwiązać*”.

Wysoko oceniono kompetencje i życzliwość personelu zespołu oraz fakt, że nie popada on w rutynę w kontaktach z pacjentami. Uzyskane wyniki pozostają zgodne z danymi z literatury przedmiotu, w których nowo powstałe ośrodki środowiskowe uzyskują dobre rezultaty w początkowym okresie, co wiąże się głównie ze spadkiem liczby i czasu hospitalizacji. Wyjaśnić to może również efekt Hawthorne, w myśl którego zapał i entuzjizm zespołu w pierwszym okresie pracy przyczynia się do polepszenia wyników leczenia.

Oceniając wyniki leczenia środowiskowego można wziąć pod uwagę również okoliczności rozwoju psychiatrii środowiskowej w Polsce. Dotychczas, w krajach europejskich, wprowadzaniu idei środowiskowej towarzyszyła deinstytucjonalizacja, podczas gdy w Polsce obserwuje się zjawisko transinstytucjonalizacji, przenoszenia leczenia pacjenta z jednych instytucji do drugih.

Opieka środowiskowa jest, jak się zdaje jedną z możliwości leczenia psychiatrycznego, obok hospitalizacji całodobowej, oddziału dziennego i poradni, a nie typem opieki funkcjonującym jako odrębna jednostka, zamiast leczenia w instytucji.

WNIOSKI

Dostępna wiedza oraz rezultaty badań wskazują, że skuteczność leczenia środowiskowego nie jest ograniczona wyłącznie do poprawy objawowej, lecz powinna być rozumiana wielowymiarowo. Badając efektywność opieki środowiskowej należy uwzględnić jej złożone aspekty. Planując dalszy rozwój opieki środowiskowej w Polsce należy uwzględnić doświadczenia państw, które wprowadzały deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej. Doświadczenie to uczy, że zamykanie dużych instytucji długiego pobytu oraz szpitali psychiatrycznych, bez dobrego przygotowania zaplecza środowiskowego, skazuje część osób chorych psychicznie na ubóstwo, bezdomność i brak podstawowej opieki psychiatrycznej, co zaprzecza zasadom opieki środowiskowej. Dla sprawnie działającej opieki środowiskowej, niezbędna staje się koordynacja działań ośrodków oferujących pomoc w zakresie zdrowia psychicznego, pomocy społecznej oraz dostosowanie działań tych ośrodków, ich liczby

i lokalizacji do istniejących na danym obszarze potrzeb. Jest to tym istotniejsze, że osoby chorujące psychicznie natrafiają na złożone problemy, do których rozwiązywania niezbędne są sprawnie działające zespoły wieloprofesjonalne. Potrzeba też badań nad efektywnością funkcjonowania opieki psychiatrycznej, zwłaszcza nad skutecznością rozwijającego się leczenia środowiskowego, z uwzględnieniem proponowanych przez autorów modeli odzyskiwania zdrowia i relacji terapeutycznej. Szczególnego znaczenia nabiera tu pojęcie ciągłości opieki, która staje się fundamentem sprawnie działającego sektora psychiatrycznego. Badania te mogłyby wskazać na rzeczywiste trudności opieki psychiatrycznej i umożliwić wyjaśnienie, czemu obecny model opieki psychiatrycznej w Polsce jest niekorzystny, a co więcej, co można zrobić, by usprawnić jego funkcjonowanie.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
2. World Health Organization. Organization of services for mental health. Geneva: WHO; 2003.
3. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy oraz Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy. Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań. Warszawa: IPiN; 2005.
4. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
5. Pijl Y, Sijtema S. The effect of deinstitutionalisation on the longitudinal continuity of mental health care in the Netherlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004; 39: 244–248.
6. Durbin J, Goering P, Streiner DL, Pink G. Continuity of care: validation of a new self-report measure for individuals using mental health service. Journal of behavioral health service and research. 2004; 31 (3): 279–269.
7. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. Advances in Psychiatric Treatment. 2004; 10: 37–49.
8. Sowers W. Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists guidelines for recovery oriented services. Community Mental Health Journal. 2005; 41 (6): 757–774.
9. Jacobson N, Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. Psychiatric Services. 2001; 52: 482–484.
10. Davidson L, O’Connell M., Tondora J, Styron T, Kangas K. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. Psychiatric Services. 2006; 57: 640–645.
11. McGuire-Sniecus R, McCabe R, Catty J, Hansson L, Priebe S. A new scale to assess the therapeutic relationship in the community mental health care: STAR. Psychological Medicine. 2007; 37: 85–95.
12. Prot K, Szewczyk J, Paczkowska M, Pawłowska M, Ochocka M. Skuteczność leczenia środowiskowego – wpływ na przebieg choroby, formę leczenia, funkcjonowanie społeczne oraz jakość życia pacjentów. Psychiatria Polska. 2007; 3 (suplement): 123.
13. Prot K, Pałyska M, Anczewska M, Indulska A, Raduj J. Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej. Post Psychiatr Neurol. 2005; 14 (4): 299–304.

Wpłynęło: 07.03.2008 Zrecenzowano: 12.05.2008 Przyjęto: 07.07.2008

Adres: dr Katarzyna Prot-Klinger, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Al. Sobieskiego 9 02-957 Warszawa, tel/fax 022 45 82 855