



## Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej

*Patient satisfaction with community-based psychiatric care*

KATARZYNA PROT, MACIEJ PAŁYSKA, MARTA ANCZEWSKA,  
ANNA INDULSKA, JOANNA RADUJ

Z Zespołu do Spraw Jakości Usług Medycznych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Satysfakcja pacjenta jest ważną zmienną w ocenie jakości oferowanych usług psychiatrycznych. Stałe monitorowanie tej zmiennej i uwzględnianie uwag pacjenta w procesie zmiany rodzaju lub sposobu świadczenia usług jest warunkiem wysokiej jakości usług. Celem pracy była ocena jakości świadczonej pacjentom opieki środowiskowej oraz przydatności do tego celu skali werońskiej (VSSS-4).

**Metoda.** W badaniach wzięło udział 55 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii korzystających z opieki oddziału dziennego, poradni lub zespołu leczenia domowego. Pacjenci na prośbę osoby prowadzącej (lekarza, terapeuty) anonimowo wypełniali 54-punktowy kwestionariusz skali werońskiej (VSSS-54) i wrzucali go do zamkniętej skrzynki

**Wyniki.** Pacjenci byli bardziej zadowoleni z otrzymanej opieki niż z ilości poświęconego im czasu. Umiejętności i zachowania personelu zyskały najwyższą średnią ocen spośród omawianych kategorii. Uzyskiwane informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej – diagnozy i rokowania – respondenci częściej oceniali pozytywnie niż informacje o ofercie i programach ośrodka. Wydatki na leczenie rzadziej oceniano pozytywnie niż atrakcyjność otoczenia. Najwięcej ocen pozytywnych znajdują działania nakierowane na samego pacjenta, mniej – dotyczące poprawy relacji społecznych. Podstawowy niedostatek organizacyjny – to niepełna ciągłość opieki, szczególnie w dni wolne i w godzinach nocnych. Niezadowolające są oceny na temat pracy z rodziną w procesie leczenia. Poszczególne interwencje terapeutyczne oceniane były bardzo pozytywnie, lecz znaczna ich część interwencji nie podlegała ocenie, bo pacjenci nie mieli z nią do czynienia.

**Wnioski.** Skala werońska jest dobrym narzędziem do badania satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej. Zachodzi potrzeba poszerzenia zakresu opieki środowiskowej o oddziaływanie w domu pacjenta, współpracę z rodziną oraz współpracę z ośrodkami pomocy społecznej. Do celów praktycznych ważne byłoby kontynuowanie badań na większej grupie pacjentów pozostających pod opieką jednego ośrodka.

### SUMMARY

**Objectives.** Patient satisfaction is an important variable in patients' assessment of psychiatric care quality. Constant monitoring and taking into account patient opinions in the process of changing the type or manner of care provision is a prerequisite of such assessment. The aim of the study was to evaluate quality of community psychiatric care provision to patients, as well as usefulness of the Verona scale (VSSS-4) for the purpose.

**Methods.** Participants in the study were 55 patients diagnosed with schizophrenia, receiving psychiatric care in a day hospital, outpatient clinic, or from a mobile community team. The patients were asked by their doctor or therapist to anonymously fill out the 54-item VSSS-54 questionnaire and then insert it into a sealed box.

**Results.** The patients were more satisfied with the services received than with the amount of time devoted to them. Among the assessed categories skills and behaviors of the staff were allotted the highest mean ratings. Information concerning the patient's health status (diagnosis and prognosis) was more frequently positively evaluated than that about the offer and programs available at the facility. Treatment expenditure was less often positively assessed than was attractiveness of therapeutic settings. Activities targeted on the patient received the most positive ratings, while these aimed at an improvement of interpersonal relations were evaluated less positively. The main organizational shortcomings consisted in an incomplete continuity of care, especially during holidays, weekends, and at night. The patients were dissatisfied with collaboration with their families in the treatment process. Some therapeutic interventions were assessed most positively, but a considerable number of interventions were not eligible for evaluation, being never encountered by the patients.

**Conclusions.** The Verona scale is a good instrument for the measurement of patient satisfaction with community care. There is a need for an enlargement of the range of community care by inclusion of interventions provided at the patient's home, collaboration with the family, and co-operation with social welfare centers. For practical purposes it would be important to replicate the study on a larger sample of patients in care of the same psychiatric facility.

---

**Słowa kluczowe:** jakość usług medycznych / satysfakcja pacjentów/ opieka środowiskowa

**Key words:** quality of medical services / patient satisfaction / community care

---

„Opieka nie może być uznana za wysokiej jakości dopóty, dopóki pacjent nie jest usatysfakcjonowany” [1]

### Definicja, podstawy ideologiczne

Pomimo trudności w definiowaniu czym jest satysfakcja pacjenta w odniesieniu do otrzymywanej usługi medycznej [2, 3], zainteresowanie tym zjawiskiem wzrasta. Ideologiczną podstawę do zajęcia się tym obszarem stanowi zwrócenie większej uwagi na prawa pacjenta do współdecydowania o tym, w jaki sposób i w jakich warunkach jest leczony, postrzeganie go jako „klienta”, „konsumenta”, „użytkownika”, a nie bierny obiekt działań medycznych [4].

Istotny jest także związek pomiędzy subiektywnie określaną jakością życia a satysfakcją z usług. Jakość życia pacjentów leczonych w modelu środowiskowym nie jest zależna od ich stanu psychicznego ani poziomu funkcjonowania [5, 6], wykazuje natomiast zależność od satysfakcji z otrzymywanych usług [7, 8]. Stwierdzenie tej korelacji jest bardzo istotne dla planowania opieki nad pacjentami psychiatrycznymi, w której kluczowe okazać się może inwestowanie we właściwą opiekę pozaszpitalną, celem podniesienia jakości życia.

Niska satysfakcja z usług pozaszpitalnych powoduje częstsze hospitalizacje [9] oraz częstsze „wypadanie” z leczenia [10].

### Koncepcja teoretyczna

Podstawową koncepcją teoretyczną używaną w określaniu satysfakcji jest podejście związane z oczekiwaniami pacjenta. Zgodnie z tym modelem osoba szuka pomocy z różnych przyczyn i ocena tego, co otrzymuje nie zależy tylko od samej interwencji, ale od całego procesu stawania się odbiorcą pomocy, „klientem”. Satysfakcja w tym ujęciu jest pojęciem poznawczym, ale także emocjonalnym, które zależy od zmiennych psychologicznych (oczekiwań, systemu wartości itp.) [11]. Ważnym elementem są dotychczasowe doświadczenie i związane z tym oczekiwania [12]. Według modelu „kontrastu” usługa o jakości zbliżonej bądź wyższej do oczekiwań uznana zostaje za satysfakcjonującą, gdy niższa od oczekiwań jest uznana za niesatysfakcjonującą. W modelu „asymilacji” usługa nieco niższa niż oczekiwana jest określana jako satysfakcjonująca, ponieważ zostaje „przyswojona” do większych oczekiwań. To, czy pacjent wykazuje postawę zgodną z jednym bądź drugim modelem związane jest z dotychczasowymi doświadczeniami. Doświadczenie bardziej wyraziste, powodujące jasny stosunek emocjonalny, skłania do posługiwania się modelem kontrastu, niejasny stosunek do poprzednich doświadczeń z leczeniem powoduje stosowanie modelu asymilacji.

### Problemy metodologiczne

Satysfakcja z otrzymywanej usługi jest efektem wielu czynników, jak: poprzednie doświadczenia związane z leczeniem, stosunek do życia, samoocena, zachowania związane z chorobą oraz sam przebieg choroby [13].

Poziom satysfakcji wpływa z kolei na współpracę, korzystanie z usług i efektywność interwencji.

Teorie satysfakcji pacjenta budują dla niej wielowymiarowe modele [13, 14, 15]. Model wielowymiarowy satysfakcji wg Linder-Peltz zawiera takie wymiary, jak: prowadzenie przez lekarza, dostępność/wygoda i ogólny wymiar satysfakcji. Warte wyróżnić następujące wymiary: jakość opieki, łatwość dostępu/wygoda, finanse, warunki otoczenia, osiągalność (dostępność). Wymiary te są podstawą tworzenia skal oceniających satysfakcję pacjenta.

Problemem podkreślanym w przeglądach badań odnoszących się do pomiaru satysfakcji jest używanie kwestionariuszy stworzonych tylko dla celów własnego badania, a tym samym brak możliwości porównywania wyników [2, 16].

Często badania wykazują wysoką satysfakcję pacjenta z otrzymywanych świadczeń [17, 18], co stawia pytanie o czułość narzędzi w wykrywaniu braku satysfakcji z usług [19]. Próby korelacji wysokiego poziomu satysfakcji z innymi zmiennymi pokazały, że wysoki poziom satysfakcji przeważa u osób starszych [20]. Jedną z możliwych interpretacji jest większa pasywność pacjentów starszych w stosunku do bardziej aktywnych postaw młodszego pokolenia [4].

### Stosowane narzędzia – skala werońska

Pierwszą skalą skonstruowaną dla celów badania satysfakcji pacjentów pozostających w leczeniu środowiskowym oraz ich rodzin powszechnie zastosowaną w badaniach satysfakcji w różnych krajach i różnych ośrodkach jest skala werońska. Została ona skonstruowana w wersji VSSS-82 (zawierająca 82 pytania „wersja długa”) [21] oraz w dwóch wersjach skróconych – VSSS-54 dla celów badawczych [19, 22] oraz VSSS-32 do użytku praktycznego. Skala ta została przetłumaczona na wiele języków i jest używana w wielu badaniach, m. in. w wersji VSSS-EU w badaniach nad schizofrenią EPSYLON [23].

### CEL PRACY

Celem pracy było określenie możliwości zastosowania skali werońskiej do oceny satysfakcji pacjentów leczących się w formach środowiskowych związanych z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ocena jakości usług dokonywana przez pacjenta jest jednym z wymogów certyfikatu ISO, który Instytut otrzymał. Stałe monitorowanie tej oceny i uwzględnianie uwag pacjenta w procesie zmiany rodzaju lub sposobu świadczenia usług jest warunkiem przedłużania certyfikatu. Zajmując się jakością usług od strony praktycznej uznaliśmy, że jest to także interesujący problem od strony badawczej i być może nasze badania zachęcą inne ośrodki do posługiwania się podobnymi narzędziami dla oceny satysfakcji pacjenta, która uznawana jest za ważną istotną dla oceny jakości usług medycznych [24] oraz korzystania z usług medycznych [25].

## OSOBY BADANE

W badaniach wzięło udział 55 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii korzystających z opieki oddziału dziennego, poradni lub zespołu leczenia domowego. Wszystkie te formy realizują pozaszpitalną opiekę nad pacjentami. Oferta tych ośrodków różni się – oddział dzienny oferuje opiekę bardziej intensywną, ale ograniczoną w czasie, gdy poradnia i zespoły środowiskowe starają się utrzymać ciągłość leczenia psychiatrycznego.

Średnia wieku badanych wynosiła 49 lat (mediana 51,5). W badanej próbie 36,4% stanowili mężczyźni, a 58,2% – kobiety (5,4% nie udzieliło odpowiedzi). Wykształcenie wyższe miało 23,6% badanych, średnie – 52,7%; zawodowe – 7,3%; podstawowe – 10,9%.

## METODY

Pacjenci wypełniali anonimowo kwestionariusz na prośbę osoby prowadzącej (lekarza, terapeuty) i wrzucali go do zamkniętej skrzynki. Posłużyliśmy się skalą VSSS-54, na co uzyskaliśmy zgodę Prof. M. Ruggeri. Skala, podobnie jak w innych badaniach europejskich, została przetłumaczona z języka włoskiego na polski, a następnie – z tłumaczenia polskiego na włoski. Różnice językowe zostały omówione, a skala dostosowana do języka polskiego i sytuacji lokalnej. Pytania skali podzielone są na 7 grup określających: (1) satysfakcję ogólną (2) umiejętności zawodowe i zachowanie personelu, (3) informację, (4) dostępność, (5) efektywność, (6) typy interwencji, (7) włączanie rodziny w proces leczenia. Skala odpowiedzi jest 5-punktowa:

1. fatalne,
2. w większości niesatysfakcjonujące,

3. różne,
4. w większości satysfakcjonujące,
5. wspaniale.

Według tej skali określone są średnie wartości punktów w poszczególnych kategoriach. Procenty liczone były wg szerokiego kryterium, w którym odpowiedź 1, 2 i 3 uznawana była za brak satysfakcji, a odpowiedzi 4 i 5 – za odpowiedzi pozytywne.

## WYNIKI

Satysfakcja pacjentów w zakresie poszczególnych kategorii

Ogólnie pacjenci byli bardziej zadowoleni z otrzymanej opieki niż z ilości poświęconego im czasu (tabl. 1).

Tablica 1. Satysfakcja ogólna

Satysfakcja ogólna	Odsetki ocen pozytywnych	Średnia punktów
Zadowoleni z otrzymanej opieki	78,8%	4,09
Zadowoleni z ilości poświęconego im czasu	67,3%	3,79

Umiejętności zawodowe i zachowania personelu mają najwyższą średnią ocen spośród wszystkich omawianych kategorii. Oceny zostały uporządkowane w porządku malejącym. Uprzejme zachowanie wszystkich wymienianych grup zawodowych jest oceniane wyżej niż kompetencje i umiejętności (tabl. 2).

Informacje dotyczące ich sytuacji zdrowotnej – diagnozy i rokowań – respondenci częściej oceniali pozytywnie niż informacje przedstawiające ofertę i programy ośrodka (tabl. 3).

Tablica 2. Umiejętności zawodowe i zachowanie personelu

Umiejętności zawodowe i zachowanie personelu	Odsetki ocen pozytywnych	Średnia punktów
Średnia dla wszystkich ocen	76,7%	4,17
Zachowanie, uprzejmość psychiatrów i psychologów	89,1%	4,44
Dyskrecja i szacunek dla praw pacjentów	83,6%	4,39
Zachowanie i uprzejmość pielęgniarek	80,0%	4,32
Zachowanie i uprzejmość pracowników socjalnych i terapeutów	80,0%	4,32
Kompetencje i profesjonalizm psychiatrów i psychologów	76,4%	4,15
Zdolność psychiatrów i psychologów do słuchania i rozumienia	76,4%	4,13
Kompetencje i profesjonalność pielęgniarek i pracowników socjalnych	69,1%	4,02
Umiejętność pielęgniarek i pracowników socjalnych słuchania i rozumienia	69,1%	3,98
Umiejętności psychiatrów i psychologów do współpracy z lekarzem pierwszego kontaktu lub lekarzami innej specjalności	61,8%	3,87

Tablica 3. Informacja

Informacja	Odsetki ocen pozytywnych	Średnia punktów
Średnia dla wszystkich ocen	60,6%	3,75
Informacje otrzymywane przez nich na temat diagnozy i możliwego przebiegu ich chorób	65,5%	3,81
Wyjaśnianie metod leczenia i stosowanych technik leczenia	63,6%	3,79
Informacje o ofercie i programach ośrodka	52,7%	3,65

Wydatki ponoszone na leczenie były rzadziej oceniane pozytywnie niż atrakcyjność otoczenia (tabl. 4). Przy stosunkowo dużej rozbieżności między częstością pozytywnych ocen, niewielka różnica w punktacji wskazywałaby na dużą liczę odpowiedzi neutralnych – „różnie”.

Największy procent ocen pozytywnych znajdują działania ośrodków nakierowane na samego pacjenta, mniej częstsze są oceny dotyczące poprawy relacji społecznych, szczególnie z osobami spoza rodziny oraz związanej z tym poprawy zdolności do pracy (tabl. 5).

Pytanie o typ interwencji ujawnia podstawową cechę organizacyjną opieki środowiskowej – brak ciągłości opieki, szczególnie w dni wolne i w godzinach nocnych (tabl. 6).

Oceny dotyczące włączania rodziny w proces leczenia są zbliżone z wcześniej prezentowanymi ocenami

efektywności pomocy w poprawie relacji z rodziną (tabl. 5). Szczególnie rzadkie są pozytywne oceny dotyczące trudnego zadania wyjaśniania rodzinie problemów pacjenta (tabl. 7).

Następne pytania dotyczące rodzaju interwencji dotyczyły tylko części badanych pacjentów. Poszczególne interwencje oceniane były bardzo pozytywnie. Ponad 80% pacjentów zadowolonych było z przepisanych leków, z pomocy ze strony pracowników ośrodka w poprawie ich umiejętności społecznych oraz ze spotkań indywidualnych z terapeutą.

Duża część interwencji nie podlegała ocenie, gdyż pacjenci nie mieli z nią do czynienia.

Tylko 1/3 pacjentów miała wspólne spotkania pacjenta z terapeutą i członkami rodziny, uczestniczyła w ostatnim roku w psychoterapii grupowej lub uzyskała pomoc w otrzymaniu pomocy finansowej lub renty.

Tablica 4. Dostępność

Dostępność	Odsetki ocen pozytywnych	Średnia punktów
Średnia dla wszystkich ocen	73,6%	4,09
Wygląd i funkcjonalność otoczenia	81,8%	4,15
Koszty ponoszone przez pacjentów w związku z pozostaniem pod opieką ośrodka (wydatki na leki, opłaty za badania)	65,5%	4,02

Tablica 5. Efektywność

Efektywność	Odsetki ocen pozytywnych	Średnia punktów
Średnia dla wszystkich ocen	62,5%	3,82
Pomoc ośrodka w radzeniu sobie pacjentów z ich problemami	74,5%	3,92
Pomoc w poznawaniu i rozumieniu swoich problemów	67,3%	3,85
Pomoc w poprawie relacji między pacjentem a rodziną	60,0%	3,70
Pomoc w poprawie relacji między pacjentem a osobami spoza rodziny	50,9%	3,57
Ośrodek poprawia zdolność pacjenta do pracy	52,7%	3,75

Tablica 6. Typy interwencji

Typy interwencji	Odsetki ocen pozytywnych	Średnia punktów
Średnia dla wszystkich ocen	59,4%	3,77
Gotowość ośrodka do reakcji w razie sytuacji nagłych w ciągu dnia (w dni powszednie)	72,7%	4,03
Możliwość uzyskania pomocy w przypadku pojawiania się efektów ubocznych lub niepożądanych leków	54,5%	3,67
Gotowość ośrodka na reakcję w razie sytuacji nagłych w nocy oraz w czasie dni wolnych	50,9%	3,56

Tablica 7. Włączanie rodziny w proces leczenia

Włączanie rodziny w proces leczenia	Odsetki ocen pozytywnych	Średnia punktów
Średnia dla wszystkich ocen	52,7%	3,72
Zdolność psychiatrów i psychologów do słuchania i rozumienia obaw rodziny ich dotyczących	58,2%	3,88
Efektywność ośrodka w pomocy rodzinom pacjentów w lepszym radzeniu sobie z ich problemami	58,2%	3,83
Pomoc jaką otrzymują pacjenci poprzez rady dawane najbliższej rodzinie	49,1%	3,62
Efektywność ośrodka w pomaganiu rodzinie w poznaniu i lepszym zrozumieniu problemów pacjenta	42,3%	3,56

1/5 pacjentów uczestniczyła w tym roku w wypoczynku zorganizowanym przez ośrodek lub pracowała w ostatnim roku w warunkach pracy chronionej. 1/6 otrzymywała w ostatnim roku pomoc w warunkach domowych ze strony ośrodka. Prawie nikt z badanej grupy nie uzyskał pomocy w znalezieniu pracy, pracownicy ośrodka w ostatnim roku nie pomagali pacjentowi we włączaniu się w aktywności rekreacyjne poza ośrodkiem, pacjenci nie korzystali z hosteli ani mieszkań chronionych.

## OMÓWIENIE

Badania potwierdzają obserwację, że satysfakcja ogólna z ośrodka jest z reguły wysoka. W przeglądzie badań Lebowa [18] średni procent pacjentów deklarujących satysfakcję z leczenia wynosił 77,5%.

W porównaniu z innymi badaniami porównującymi satysfakcję ośrodków „tradycyjnych” (oferujących leczenie stacjonarne) z ośrodkami zorientowanymi środowiskowo satysfakcja badanych przez nas pacjentów jest wyższa niż w ośrodkach pozbawionych opieki środowiskowej, a niższa niż w ośrodkach z ofertą środowiskową. Na przykład w badaniach porównujących pacjentów korzystających z łóżek w opiece środowiskowej i nie korzystających z takiej oferty satysfakcja ogólna z ośrodków wynosiła odpowiednio 82,4% oraz 65,3% [26] (w naszych badaniach 71,1%).

Ciekawe jest porównanie naszych wyników z wynikami innych badań przeprowadzonych z użyciem skali werońskiej [27]. Autorzy porównywali satysfakcję pacjentów psychotycznych pozostających pod opieką dwóch ośrodków – tradycyjnej opieki związanej ze szpitalem ośrodka londyńskiego Nunhead oraz środowiskowo zorientowanego ośrodka werońskiego. Wyniki naszych badań wskazują, że ośrodek warszawski jest postrzegany przez pacjentów równie dobrze jak ośrodek weroński w zakresie umiejętności zawodowych i zachowania personelu, otrzymywanej informacji, dostępności, efektywności oraz typów interwencji. Satysfakcja ogólna pacjentów oraz dotycząca włączania rodziny w proces leczenia w ośrodku warszawskim jest wyższa niż w tradycyjnym ośrodku Nunhead, a niższa niż w ośrodku werońskim.

Badania prezentowane powyżej mają charakter wstępny. Pacjenci badani pochodzili z różnych ośrodków oferujących różny rodzaj opieki (oddział dzienny, leczenie ambulatoryjne), więc wnioski z przedstawionych wyników badań mają charakter ograniczony. Głównym celem badania była możliwość zastosowania narzędzia, jakim jest skala werońska w warunkach polskich i wynika z niego, że skala dobrze nadaje się do badania satysfakcji z opieki pozaszpitalnej. Porównanie wyników z badaniami w innych ośrodkach pokazuje, że satysfakcja z ośrodka warszawskiego zbliża go do ośrodków zorientowanych środowiskowo. Być może jest to związane z tym, że większość pacjentów uczestniczących w badaniu pozostawała pod opieką zespołów

leczenia środowiskowego. Pomimo tego, stosunkowo mało pacjentów korzystało z różnych form opieki środowiskowej (hostele, mieszkania chronione, brak usług opiekuńczych na terenie działania Instytutu).

## WNIOSKI

1. Badanie wykazało, że skala werońska może być stosowana do badania satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej.
2. Zgodnie z oczekiwaniami, satysfakcja z usług w ośrodku warszawskim mieści się pomiędzy ośrodkiem „tradycyjnym” a ośrodkiem z długą tradycją opieki środowiskowej.
3. Badania wskazują na potrzebę poszerzenia opieki środowiskowej, głównie w zakresie oddziaływań w domu pacjenta, współpracy z rodziną oraz współpracy z ośrodkami pomocy społecznej, celem poszerzenia opieki środowiskowej.
4. Istotne jest kontynuowanie badań na większej grupie pacjentów pozostających pod opieką jednego ośrodka, dając tym samym możliwość wyciągnięcia bardziej specyficznych wniosków dających wskazówki co do zmiany pracy ośrodka.

## PODZIĘKOWANIE

Autorzy pracy dziękują Prof. Mirelli Ruggeri za udostępnienie skali oraz związanych z nią materiałów.

We would like to thank Prof. Mirelle Ruggeri for the permission for using the scale.

## PIŚMIENNICTWO

1. Vuori H. Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? *Q Rev Bull* 1987; 13: 106–8.
2. Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 28: 212–27.
3. Ware JE, Davies-Avery A. Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Eval Program Planning* 1983; 6: 291–8.
4. Williams B, Wilkinson G. Patient satisfaction in mental health care. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 559–62.
5. Lehman AF. Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 78–88.
6. Barry MM, Crosby C. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 210–6.
7. Slade M, Leese M, Ruggeri M, Kuipers E, Tansella M, Thornicroft G. Does meeting needs improve quality of life? *Psychother Psychosom* 2004; 73: 183–9.
8. Ruggeri M, Gater R, Bisoffi G, Barbui C, Tansella M. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 131–40.

9. Priebe S. Gruyters patients' assessment of treatment predicting outcome. *Schizophr Bull* 1995; 21: 87–94.
10. Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 331–8.
11. Linder-Peltz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16: 577–82.
12. Linder-Peltz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982; 16: 583–9.
13. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of recent literature. *Health Med Care Serv Rev* 1978; 1: 1–15.
14. Ware JE. How to survey patient satisfaction. *Drug Intell Clin Pharm* 1981; 15: 892–9.
15. Linder-Peltz S, Struening EL. The multidimensionality of patients satisfaction with a clinical visit. *J Community Health* 1985; 10: 42–54.
16. Kalman T. An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34: 48–54.
17. Lehman AF, Zastowny TR. Patient satisfaction with mental health services: a metaanalysis to establish norms. *Eval Program Planning* 1983; 6: 265–74.
18. Lebow JL. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. *Eval Program Planning* 1983; 6: 211–36.
19. Ruggeri M, Dall'Agnola R, Agostini C, Bisoffi G. Acceptability, sensitivity and content validity of VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 265–76.
20. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Planning* 1983; 6: 185–210.
21. Ruggeri M, Dall'Agnola R. The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychol Med* 1993; 23: 511–23.
22. Ruggeri M, Dall'Agnola R, Greenfield T, Bisoffi G. Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. *Int J Methods Psychiatr Res* 1996; 6: 23–38.
23. Ruggeri M, Lasalvia A, Dall'Agnola R, i wsp. Development internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale – European Version. *Epsilon Study 7. Br J Psychiatry* 2000; 177 (supl 39): 41–8.
24. Zastowny TR, Stratmann WC, Adams EH, Fox ML. Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. *Qual Manag Health Care* 1995; 3: 50–61.
25. Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. *Explorations in causality. Med Care* 1989; 27: 705–23.
26. Boardman AP, Hodgson RE, Lewis M, Allen K. North Staffordshire Community Beds Study: longitudinal evaluation of psychiatric in-patients units attached to community mental health centres. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 70–8.
27. Henderson C, Phelan M, Loftus L, Dall'Agnola R, Ruggeri M. Comparison of patients satisfaction with community-based vs hospital psychiatric services. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 188–95.

*Adres: Dr Katarzyna Prot, Zespół do Spraw Jakości Usług Medycznych Instytutu Psychiatrii i Neurologii,  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*