

Zespoły leczenia środowiskowego: metaanaliza informacji z literatury

Mobile community teams: a meta-analysis of data from the literature

ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA, LUDMIŁA BOGUSZEWSKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Na podstawie metanalizy piśmiennictwa poświęconego psychiatrii środowiskowej, zgromadzonego w „Data Bank of Evaluative Studies on Community-based Psychiatry”, prowadzonym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, autorki analizują współczesny stan badań opublikowanych w najważniejszych czasopiśmie psychiatrycznych podejmujących tę problematykę (red.).

SUMMARY. On the grounds of a meta-analysis of community psychiatry studies published in major psychiatric journals and entered in the „Data Bank of Evaluative Studies on Community-Based Psychiatry” operated by the Institute of Psychiatry and Neurology, the current status of research in this field is discussed (Ed.).

Słowa kluczowe: zespoły leczenia środowiskowego / psychiatria środowiskowa / bank danych
Key words: community teams / community psychiatry / data bank

Zespoły leczenia środowiskowego są na świecie jedną z powszechniejszych i najczęściej badanych form opieki środowiskowej. W Polsce dotychczas są reprezentowane nieznacznie, należy się jednak spodziewać szybkiego ich rozwoju w najbliższych latach, zaleca to bowiem *Program Ochrony Zdrowia Psychicznego* i towarzyszące mu dokumenty, określające spodziewaną do 2005 r. liczbę zespołów na poszczególnych terenach [11, 31]. Niniejsza praca ma na celu przybliżenie wiedzy o tej formie leczenia.

Głównym źródłem informacji były artykuły zgromadzone w bazie *Data Bank of Evaluative Studies on Community-based Psychiatry*, prowadzonej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Baza obejmuje strukturalizowane syntezы artykułów poświęconych badaniom ewaluacyjnym form środowiskowych i metod psychospołecznych, opublikowanych w ośmiu anglojęzycznych czasopiśmie od 1993 r. Do metaanalizy danych wykorzystano komputerowy program rapor-

owania oraz wyszukiwania danych z bazy. Ponadto objęto analizą niektóre, uważane za „klasyczne”, artykuły anglojęzyczne opublikowane przed 1993 r. oraz doniesienia z literatury polskiej.

ZASADY DZIAŁANIA, ROZPOWSZECHNIENIE I OGRANICZENIA

Geneza i podstawowe elementy działalności

Podstawą koncepcji zespołów leczenia środowiskowego była analiza przyczyn małej efektywności wcześniej istniejących form leczenia środowiskowego przewlekle chorych psychicznie, które przeważnie nie potrafiły utrzymać dłużej pacjentów poza szpitalem i zapobiec zjawisku „obrotowych drzwi”.

Uznano, że pacjenci mogą się utrzymać w środowisku jedynie wtedy, gdy mają zabezpieczone potrzeby materialne, posiadają podstawowe umiejętności codziennego życia

(np. korzystanie ze środków komunikacji, gospodarowanie pieniędzmi), nie są uwikłani w dotychczasowe patologiczne zależności od poszczególnych osób lub instytucji (np. od szpitala) oraz nie są odrzucani przez członków społeczności, w której żyją [14, 42].

Założenia takie doprowadziły do opracowania koncepcji nowego modelu opieki, w której zespół profesjonalistów sprawuje nad pacjentem intensywną, długoterminową i wszechstronną opiekę w środowisku. Cele leczenia są następujące: (a) zmniejszenie nasilenia objawów i zapobieganie nawrotom, (b) wydłużenie okresów utrzymywania pacjenta w środowisku, (c) zwiększenie satysfakcji z życia, (d) zmniejszenie poczucia distressu, (e) poprawa funkcjonowania (aktywności codziennego życia, relacje społeczne, zatrudnienie).

Pierwszy zespół powstał w początkach lat siedemdziesiątych w USA, w Madison, w stanie Wisconsin i został określony mianem *Training in Community Living*. Obecnie w literaturze zespoły te najczęściej są określane jako *program for assertive community treatment* (w skrócie PACT) lub krócej *assertive community treatment*, również jako *continous treatment teams*, *Daily Living Program*, *community mobile teams* oraz *home-based care*.

Podstawowe zasady działania

Zespół jest odpowiedzialny za wszystkie usługi niezbędne pacjentowi. Usługi obejmują szeroki wachlarz świadczeń medycznych (zwłaszcza psychofarmakologicznych) i psychospołecznych. Wśród tych ostatnich największą wagę przykłada się do uczenia lub podtrzymania umiejętności niezbędnych do niezależnego życia, czyli podstawowych codziennych czynności (np. dbanie o higienę, gotowanie), umiejętności zawodowych, spędzania wolnego czasu, społecznych i interpersonalnych [38, 42] oraz regularnego przyjmowania leków. Do zadań zespołów należy również pomoc w zapewnieniu wielu potrzeb bytowych pacjentów (np. załatwienie renty inwalidzkiej, bonów żywnościowych, zorganizowanie remontu mieszkania).

Zespół ponosi stałą, ciągłą odpowiedzialność za pacjenta, nawet w okresie jego hospitalizacji. Ten ostatni postulat nie zawsze jest spełniony, choć zdaniem niektórych autorów, stanowi jeden z niezbędnych warunków większej skuteczności opieki zespołów niż opieki tradycyjnej [22].

Zespół udziela również świadczeń rodzinom pacjentów i innym kluczowym osobom z ich otoczenia (sąsiedzi, przyjaciele, przedstawiciele instytucji z którymi pacjent się styka). Usługi dla tej grupy osób polegają na edukacji i udzielaniu wsparcia.

Usługi są prowadzone in vivo. Przyjmuje się, że co najmniej 75% świadczeń powinno być udzielanych w naturalnym środowisku pacjenta. Wynika to z nacisku jaki kładzie się na umiejętności życiowe pacjenta a zarazem z uprzednich doświadczeń wskazujących, że trening tych umiejętności jest najbardziej skuteczny tam, gdzie pacjent żyje. Wielu bowiem pacjentów ma trudności ze stosowaniem konkretnych umiejętności w otoczeniu, w którym ich nie trenowali. Dlatego też np. gotowania pacjent musi nauczyć się w swoim mieszkaniu, a korzystania z pralni – w swoim osiedlu [38].

Zespół jest wieloprofesjonalny. Wg klasycznych wymogów zespoły powinny się składać z psychiatrów, pielęgniarek psychiatrycznych, asystentów socjalnych i ewentualnie innych specjalistów. Różny profil zawodowy pracowników pozwala na wzajemne konsultacje, a działanie zespołowe zmniejsza obciążenia i frustracje związane z pracą z trudnymi pacjentami. Pozwala również na konfrontację różnych punktów widzenia przy rozwiązywaniu problemów pacjenta [38]. Ponadto wykorzystanie zespołu ułatwia pacjentowi nawiązanie relacji z wieloma członkami zespołu i buforuje problem rotacji personelu [15].

W praktyce wprowadzono wiele modyfikacji tego podejścia. I tak np. w niektórych rejonach Anglii zespoły składają się głównie z pielęgniarek psychiatrycznych, ostatnio intensywnie szkolonych w zasadach opieki środowiskowej w trakcie nauki zawodu. Uznano bowiem, iż skuteczność wydaje się bardziej zależeć od umiejętności sprawowania opieki

środowiskowej niż od profesji [22]. Pogląd taki podzielają niektórzy autorzy amerykańscy. Tak np. zdaniem Santosa doświadczenia z superwizji zespołów wskazują, że najlepsze efekty w pracy uzyskują osoby o następujących charakterystykach: znaczne zaangażowanie w sprawy rodzin pacjentów i chęć ulżenia w ich problemach, umiejętność odszukania i skoncentrowania się na mocnych stronach pacjenta i rodziny, wysoka inteligencja i dużo zdrowego rozsądku, społeczna i interpersonalna elastyczność, doświadczenie życiowe i wiara w siebie [36]. Lekarz psychiatra przeważnie jest członkiem zespołu, ale czasem pełni tylko funkcję konsultanta.

Podział pracy między poszczególnych członków zespołu odbywa się wg dwojakiego typu działania: wg koncepcji *individual caseload* każdy z terapeutów przejmuje opiekę nad 8–12 chorymi, natomiast w myśl założeń *shared caseload* cały zespół opiekuje się wszystkimi pacjentami. Częstość kontaktów z pacjentem zależy od jego potrzeb. Jest ona na ogół bardzo znaczna w początkowej fazie opieki (nawet kilka razy dziennie), a po uzyskaniu wyraźnej poprawy spada do 1–3 kontaktów na tydzień.

Dostępność personelu 24 godziny na dobę. Postulat ten w praktyce najczęściej oznacza możliwość bezpośredniego kontaktu w ciągu dnia (maksimum do godz. 21⁰⁰ w dni robocze i do 17⁰⁰ w dni świąteczne) i kontakt telefoniczny w pozostałych godzinach. Przeważnie taka dostępność jest wystarczająca, ale w zasadzie wymaga się, aby w godzinach nocnych pacjenci mieli możliwość szybkiego kontaktu z placówką pogotowia lub działem interwencji kryzysowych, zintegrowanych z działaniami zespołu.

Asertywne podejście personelu. Test i Stein, autorzy pionierskiego programu w Madison, formułują ten postulat następująco: „Konieczne jest bardzo dyrektywne i stanowcze podejście personelu zwłaszcza na początku, żeby wciągnąć i utrzymać pacjenta w aktywnościach terapeutycznych. Operacyjnie, bycie stanowczym i dyrektywnym oznacza „wymuszanie” na pacjencie leczenia (zamiast czeka-

nia aż sam nabierze motywacji do uczestnictwa). Ciągłe oczekiwanie od niego, że zachowa się w sposób właściwy oraz wyraźne jego zachęcanie i wspieranie podczas uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych budzących niepokój pacjenta” [38].

Opieka długoterminowa. Wg klasycznych założeń zespół opiekuje się pacjentem praktycznie bezterminowo. Ciągła opieka sprzyja powstawaniu dobrych związków terapeutycznych, ułatwia wczesną identyfikację nawrotu objawów oraz zapobiega utracie efektów leczenia wskutek zmiany placówki, personelu lub podejścia [5, 36]. Czynione są jednak próby ograniczenia długości opieki. Takie rozwiązanie przyjęto np. ostatnio w Wisconsin, kolebce pierwszego w świecie zespołu, gdzie zaleca się aby po uzyskaniu spodziewanych efektów pacjenci byli przenoszani np. do programów rehabilitacji psychospołecznej. Decyzje o długości opieki powinny być zindywidualizowane, zależne m.in. od dostępności służb kryzysowych w godzinach wieczornych i nocnych oraz stopnia rozwoju form, które mogą prowadzić dalszą opiekę [5].

Rozpowszechnienie zespołów

Dostępne informacje o skali rozpowszechnienia zespołów są niepełne, ponieważ niektóre kraje, dysponujące dość szeroko tą formą opieki nie publikują swoich danych w międzynarodowych czasopismach. Najpełniejsze dane pochodzą z USA, gdzie w 1992 r. przeprowadzono specjalne badanie poświęcone częstości występowania i profilom działalności zespołów [8]. Istniało wtedy 340 zespołów (na populację liczącą ok. 180 milionów mieszkańców) rozmieszczonych bardzo nierównomiernie. Połowa z nich była zlokalizowana w dwu stanach – Wisconsin i Michigan, chociaż były one też dość powszechne w stanach wschodnich. Natomiast w 17 spośród 50 stanów w ogóle nie występowały. Te stany, w których zespoły wprowadzone były dość powszechnie, charakteryzowały się m.in. dużym zaangażowaniem stanowych urzędów zdrowia psychicznego, które promowały rozwój zespołów oraz opracowały standardy działalności

i wymogi zdobycia certyfikatów. Wiadomo, że zespoły istnieją również w Anglii, Kanadzie, Australii, Holandii i w Polsce. O innych krajach europejskich nie ma informacji.

W Polsce pierwsze zespoły powstały w latach siedemdziesiątych, a w roku 1996 było ich 21. Małe tempo przyrostu tych placówek było m.in. spowodowane brakiem funduszy na szkolenie personelu. Sytuacja uległa wyraźnej poprawie od roku 1995, kiedy pomoc w rozwoju tej formy opieki w Polsce zaferowali koledzy holenderscy z *Rümke Groep* z Utrechtu. Pomogli oni przeszkolić personel i utworzyć zespół leczenia środowiskowego w rejonie szpitala w Drewnicy [39]. W 1997 r. zespół został nagrodzony przez firmę Lilly (*Lilly Schizophrenia Reintegration Award*), zdobył bowiem pierwsze miejsce w grupie kilkudziesięciu programów, których celem była reintegracja chorych na schizofrenię ze społeczeństwem. Kontynuacją pomocy kolegów holenderskich jest ich udział w utworzeniu zespołów w kolejnych pięciu ośrodkach (Białystok, Łomża, Sieradz, Szczecin, Zamość).

Populacje objęte działaniami zespołów

Większość zespołów obejmuje dorosłych chorych z przewlekłymi chorobami psychicznymi, głównie z psychozami. Niektóre z nich wyspecjalizowały się w usługach dla podgrup chorych o dodatkowych specyficznych potrzebach, głównie dla bezdomnych [21]. Utworzono również zespoły dla chorych psychicznie uzależnionych od alkoholu lub środków psychoaktywnych. Początkowo zespoły nie obejmowały tego typu pacjentów, a np. w Stanach szacuje się, że stanowią oni ok. 30% chorych psychicznie. Zespoły przeznaczone dla takich pacjentów powstały w Stanach w latach dziewięćdziesiątych. Stosują one zarówno zasady leczenia środowiskowego, jak i zasady leczenia uzależnień. Wszystkie usługi prowadzi jeden zespół [2, 43].

Oprócz zespołów dla dorosłych działają placówki dla dzieci i młodzieży, również w Polsce [28]. W USA dość rozpowszechniona jest działalność zespołów, opiekujących się młodzieżą z poważnymi zaburze-

niami emocjonalnymi. Nie są nazywane zespołami leczenia środowiskowego, lecz noszą nazwę ośrodków terapii wielosystemowej dla młodzieży [36].

Chociaż większość zespołów środowiskowych działa na terenie miast, opieką tego typu objęte są również niektóre populacje wiejskie. Obecnie w Polsce także tworzy się zespoły przeznaczone głównie dla mieszkańców wsi. W USA zespoły takie charakteryzują się mniejszą niż w mieście dostępnością personelu, nieco inną kompozycją personelu (głównie pracują w nich pielęgniarki środowiskowe), mniejszą częstością kontaktów z chorym (1 raz na tydzień zamiast co 1–3 dni), ale też większym niż na terenach miejskich udziałem rodziny w procesie leczenia [5, 35].

Bariera rozpowszechniania zespołów

Jedną z najistotniejszych barier, na którą natrafiały wszystkie kraje, zwłaszcza w początkowym okresie tworzenia zespołów, był opór przed wprowadzeniem nowej formy opieki, znacznie odbiegającej od wzorców organizacji sektora medycznego. Występował on zarówno ze strony menedżerów opieki, jak też profesjonalistów, obawiających się zmiany i konieczności nabycia nowych umiejętności [20, 35, 39, 42].

Istotną przeszkodą były często względy finansowe. W początkowym okresie tworzenia zespołów niezbędne są dodatkowe środki na szkolenie personelu. Dlatego pierwsze zespoły były przeważnie finansowane z dodatkowych funduszy, w ramach programów badawczych. Natomiast kolejne zespoły są często tworzone przez realokację środków zaoszczędzonych w opiece szpitalnej, dzięki działalności wcześniej powstałych zespołów. Efekt ten osiąga się jednak wówczas, gdy zespoły obejmują dostatecznie liczną część pacjentów szpitala. Tak np. w badaniu w Drewnicy, gdzie znacznie zmniejszył się czas hospitalizacji pacjentów nie ujawniło się to w globalnej liczbie osobodni szpitalnych, ponieważ hospitalizowani uprzednio pacjenci zespołów stanowili jedynie 10% pacjentów szpitala z takim samym rozpoznaniem [40]. Jednakże, w dalszym ciągu, mimo

oszczędności jakie zyskują niektóre szpitale w wyniku działania zespołów lub innych form środowiskowych, nadal często i skutecznie występują o środki finansowe, których wysokość nie zmniejsza się w stosunku do lat poprzednich. Tak np. w Kanadzie w 10 prowincjonalnych szpitalach w Ontario, które zmniejszyły liczbę łóżek z 1000 do 300 nie zmniejszono liczby personelu, a budżet tych szpitali systematycznie wzrasta, co być może w znacznym stopniu wynika z nacisków lokalnych społeczności, uzależnionych od szpitali jako jedyne źródła dochodów [20].

Wymienia się również takie przeszkody jak niepewność co do skuteczności zespołów w innych warunkach kulturowych [35] oraz wątpliwości czy niejednokrotnie ewidentna skuteczność w warunkach laboratoryjnych, znajdzie potwierdzenie w placówkach zdrowotnych w szerszej społecznej skali, gdzie nie istnieje możliwość wykluczenia niektórych grup pacjentów (np. ciężko chorych również somatycznie), jak to zdarza się w programach badawczych [12].

BADANIA NAD ZESPOŁAMI LECZENIA

Rodzaje badań

Zdecydowaną większość, spośród 34 badań uwzględnionych w analizie, stanowią badania efektów programu. Trzy badania poświęcono procesowi sprawowania opieki

[8, 9, 43], co wydaje się stosunkowo pokazaną reprezentacją tego typu prac, zważywszy na opisywane uprzednio trudności metodologiczne ich prowadzenia [41].

Wśród prac poświęconych badaniu efektów jakie przynoszą zespoły, dominują badania kontrolowane, porównujące działalność zespołów z opieką tzw. tradycyjną, czyli ambulatoryjno-szpitalną [4, 6, 7, 10, 16, 17, 22, 23, 27, 29, 30, 32, 33, 42, 44, 45]. Porównaniu opieki zespołów z inną formą opieki środowiskowej (najczęściej „koordynacji leczenia”, czyli *case management*) poświęcono 6 badań [3, 12, 15, 20, 24, 25]. Ten typ badań wydaje się zresztą coraz bardziej rozwijać, zwłaszcza w tych ośrodkach, które uznały już za udowodnioną wyższość opieki zespołów nad opieką tradycyjną. W badaniach kontrolowanych dominuje schemat prospektywny typu *pretest-posttest*, w którym dokonuje się pomiaru na początku i na końcu okresu badawczego (tabl. 1). Badań niekontrolowanych było sześć [18, 26, 34, 35, 39, 46] i służyły one często jako pilotaż przed badaniami porównującymi chorych objętych opieką zespołów z pacjentami z grupy kontrolnej lub porównawczej. Badania niekontrolowane są najczęściej retrospektywno-prospektywne, typu *self-control* (tabl. 1).

Badane populacje składają się w większości z przewlekle chorych na schizofrenię, dość licznie są też reprezentowani pacjenci z chorobą afektywną.

Tablica 1. Schematy badań efektów działalności zespołów

OGÓLEM	31
Badania niekontrolowane	6
w tym: – retrospektywne	1
– retrospektywno-prospektywne typu <i>self-control</i>	4
– prospektywne	1
Badania kontrolowane, porównanie z opieką tradycyjną	19
w tym: – retrospektywne	1
– retrospektywno-prospektywne typu <i>self-control</i>	1
– prospektywne, <i>pretest-posttest</i>	17
Badania kontrolowane, porównanie z opieką środowiskową	6
w tym: – prospektywne, <i>pretest-posttest</i>	5
– prospektywne, <i>posttest</i>	1

Stosowane miary

Praktycznie wszystkie badania nad skutecznością zespołów uwzględniają wpływ ich działalności na pacjentów (tabl. 2). Drugim co do częstości obszarem badawczym są koszty, uwzględnione w 48% badań. Wpływ na rodzinę, teoretycznie uważany w psychiatrii środowiskowej za niezmiernie istotny, nadal nie doczekał się szerszej eksploracji, był bowiem badany jedynie w 26% prac. Wydaje się, że największą barierą włączenia tego obszaru do badań jest brak odpowiedniego warsztatu metodologicznego, o czym pisano uprzednio w polskiej literaturze [41]. W większości miar, stosowanych w poszczególnych obszarach za sukces przyjmuje się poprawę danego wskaźnika po leczeniu w stosunku do stanu sprzed leczenia (w badaniach niekontrolowanych) lub też „większą” poprawę u pacjentów zespołu niż u chorych z grupy kontrolnej lub porównawczej. W niektórych jednak miarach, takich jak np. samobójstwa, obciążenie rodziny, problemy prawne (wykroczenia, areszty itp.), za sukces uznaje się często poziom nieprzekraczający nasilenia zjawiska w opiece tradycyjnej.

W obszarze wpływu programu na pacjentów najczęściej stosowaną miarą (w 25 z 31 badań) jest czas hospitalizacji (tabl. 2). Wskazuje to, że pomimo wielu zastrzeżeń, wysuwanych już wiele lat temu w stosunku do tego wskaźnika efektywności leczenia, nadal aktualna jest opinia Maya, Dolla i Clausena, że „jest to najbardziej syntetyczny wskaźnik efektów leczenia” [37].

Szeroko reprezentowane są miary psychospołeczne, stosowane w 21 badaniach. Prym wiedzie tu częstotliwość badania sytuacji życiowej (warunki mieszkaniowe, standard życia, niezależność i tym podobne wskaźniki) – 13 badań, aktywności zawodowej lub quasi-zawodowej – 10 prac), zakresu kontaktów społecznych oraz satysfakcji z usług (odpowiednio w 8 i 7 badaniach). Pozostałe miary psychospołeczne są stosowane dość rzadko.

Zwraca m.in. uwagę fakt, iż różnego rodzaju miary umiejętności (np. codziennego

życia, społeczne), stanowiące przedmiot oddziaływań wszystkich zespołów, stosowano jedynie w 4 badaniach. Najmniej licznie reprezentowane są miary zdrowotne, w tym głównie poziom objawów psychopatologicznych (11 badań).

W obszarze wpływu programu na rodziny chorych przeważa badanie obciążenia rodzin [2, 7, 16, 19, 25, 45], kilka badań poświęcono satysfakcji rodzin z usług [1, 7, 16, 22].

Wyniki badań: wpływ na pacjentów i na ich rodziny

Tab. 3 zawiera zestawienie efektów działania zespołów w poszczególnych obszarach badawczych i ich szczegółowych miarach.

Praktycznie we wszystkich analizowanych badaniach, które stosowały parametry hospitalizacji stwierdzono, że ulega ona istotnemu skróceniu dzięki opiece zespołów. Brak takiego efektu stwierdzono jedynie w 2 badaniach porównujących zespoły środowiskowe z inną formą opieki środowiskowej. Wniosek o pozytywnym wpływie działań zespołów na hospitalizację potwierdzają ostatnie, obszerne przeglądy międzynarodowych badań, których autorzy fakt ten uznają za bezsporny. Przyczyny tego zjawiska nie są jednorodne. Zdaniem Burns [5] można je przypisać co najmniej kilku następującym czynnikom: poprawa regularności leczenia psychofarmakologicznego, intensywność usług, miejsce leczenia, personalna ciągłość opieki, aktywne szukanie kontaktu z pacjentem, 24-godzinna dostępność, związek terapeutyczny, opieka zespołowa, bądź kombinacja niektórych z tych czynników. Wyklucza się raczej czynnik unikania hospitalizacji za wszelką cenę, a w niektórych zespołach jest wręcz regułą rozpoczynanie leczenia osób ciężiej chorych, parodniowym pobytem w szpitalu [20, 22].

Podobnie pozytywne, jak w przypadku hospitalizacji, są wyniki badań nad wpływem zespołów na psychopatologię, satysfakcję pacjentów i rodzin z usług oraz poziom obciążenia rodziny (tabl. 3). Ciekawe zresztą, że we wszystkich analizowanych badaniach po-

Tablica 2. Obszary i miary ewaluacji w badaniach efektów działalności zespołów

OGÓLEM	31
Wpływ na pacjentów	29 (94%)
Miary zdrowotne	13
• psychopatologia	11
• inne (np. wskaźnik nawrotów, zdrowie fizyczne, samobójstwa)	5
Miary psychospołeczne	21
• sytuacja życiowa	13
• funkcjonowanie	11
zawodowe	10
społeczne	8
czas wolny	4
rodzina	1
jakość życia, przystosowanie	4
globalne	3
• umiejętności	4
• satysfakcja z życia	6
• satysfakcja z usług	7
• inne miary „subiektywne” (np. poczucie własnej godności, postawy)	4
• inne miary „obiektywne” (np. problemy prawne, zachowania uciążliwe)	6
Korzystanie ze służb	25
Hospitalizacja	25
• czas	22
• liczba	9
Inne	3
Wpływ na rodziny	8 (26%)
• satysfakcja z usług	4
• obciążenie rodziny	7
• postawy	1
Wpływ na system opieki	2 (6%)
Wpływ na koszty	15 (48%)

święconych rodzinom wyniki zdają się przewyższać oczekiwania badaczy – opieka środowiskowa nie nasila uciążliwości zachowań chorego dla rodziny (czego się obawiano), ale istotnie zmniejsza ich poziom.

Kwestią bardziej skomplikowaną jest wpływ działań zespołów na funkcjonowanie społeczne chorych. We wszystkich miarach tego obszaru w większości badań uzyskano wyniki pozytywne (tabl. 3) niemniej, w sporej ich części nie odnotowano oczekiwanych, korzystnych rezultatów. Pierwsza grupa przyczyn tego zjawiska, wysuwana przez znawców zagadnienia [5, 36] wiąże się z ograniczeniami metodologicznymi, związanymi przede

wszystkim z niewielką zazwyczaj liczebnością badanych grup (w wielu badaniach obserwuje się często efekt pozytywny, ale nie osiągający poziomu istotności statystycznej, która być może ujawniłaby się w bardziej licznych grupach) oraz zbyt krótki dla uzyskania odpowiednich efektów czas trwania opieki (parę miesięcy), a czasem brak konsekwencji w przestrzeganiu założeń koncepcyjnych programu.

Kolejną kwestią jest sprawa adekwatności oczekiwań sukcesu w stosunku do prowadzonych działań. Przykładem może być aktywność zawodowa, która często ulega poprawie w najmniejszym stopniu. W tej dziedzinie

Tablica 3. Efekty działań zespołów wg obszarów i miar ewaluacji

Obszary i miary ewaluacji	Ogółem	Brak różnic	Pozytywne	Negatywne
OGÓLEM	31	—	—	—
Wpływ na pacjentów	29	—	—	—
Miary zdrowotne	13	—	—	—
• psychopatologia	11	2	9	0
• inne (np. wskaźnik nawrotów, zdrowie fizyczne, samobójstwa)	5	2	3	0
Miary psychospołeczne	21	—	—	—
• sytuacja życiowa	13	2	11	0
• funkcjonowanie:				
zawodowe	10	4	6	0
społeczne	8	3	5	0
czas wolny	4	1	3	0
rodzina	1	0	1	0
jakość życia, przystosowanie	4	1	3	0
globalne	3	0	3	0
• umiejętności	4	1	3	0
• satysfakcja z życia	6	1	5	0
• satysfakcja z usług	7	1	6	0
• inne miary „subiektywne” (np. poczucie własnej godności, postawy)	4	3	1	0
• inne miary „obiektywne” (np. problemy prawne, zachowania uciążliwe)	6	3	3	0
Hospitalizacja	25	—	—	—
• Czas	22	2	20	0
• Liczba	9	1	8	0
Wpływ na rodziny	8	0	8	0
• satysfakcja z usług	4	0	4	0
• obciążenie rodziny	7	0	7	0
• postawy	1	0	1	0
Wpływ na system opieki	2	0	2	0
Wpływ na koszty	15	1	12	2

okazało się, że sukces jest możliwy tylko wtedy, gdy zespół oferuje wysoce wyspecjalizowane działania, specyficznie nastawione na jej poprawę, np. specjalny system refinansowania placówek rehabilitacji zawodowej, włączenie doradców zawodowych w skład zespołu itp. [5, 26, 36]. Oczywiście znacznie trudniejsza sytuacja jest wtedy, gdy autorzy badań definiują jako sukces w dziedzinie pracy wyłącznie podjęcie pracy w warunkach normalnego, otwartego zatrudnienia, jak to często dzieje się w badaniach amerykańskich.

Innego rodzaju czynnikami, odpowiadającymi za zróżnicowanie wyników poszczegól-

nych badań są głównie: poziom dysfunkcji chorych włączonych do badań i związane z tym szanse uzyskania istotnej poprawy oraz poziom leczenia w warunkach tzw. tradycyjnych [5, 36].

Zdaniem Burns, w wielu rejonach USA poziom tzw. opieki tradycyjnej coraz bardziej się poprawia, także w kierunku powszechniejszej akceptacji koniecznego wsparcia społecznego dla chorych psychicznie. Im więcej tego typu nowych elementów w opiece tradycyjnej, tym zapewne trudniej uzyskać wyniki świadczące o przewadze zespołów nad opieką szpitalno-poradnianą.

Najbardziej sceptyczni wydają się w ocenie zespołów niektórzy Anglicy, którzy doceniając pozytywne efekty skrócenia czasu hospitalizacji i satysfakcji z usług uważają, że przystosowanie społeczne chorych niewiele się poprawia, zespoły nie potrafią wyeliminować samobójstw i niezdolności do pracy, a u wielu również nasilonych objawów. Stąd też wynikają stawiane przez autorów angielskich bardzo ostre wymogi organizacji pracy zespołów, jeśli mają one być lepsze od opieki tradycyjnej.

Wydaje się nieprzypadkowe, że najbardziej sceptyczne opinie narodziły się w Anglii, kraju bardzo długich tradycji udzielania wsparcia społecznego chorym, przy doskonale zorganizowanej i najrozsawniej rozwijanej opiece tradycyjnej (od dawna współpracującej z lekarzami ogólnymi, zatrudniającej rzęsy pielęgniarek środowiskowych itp.).

Zapewne dlatego w niektórych rejonach Anglii trudniej było wykazać przewagę zespołów nad opieką tradycyjną niż w innych krajach.

Wyniki badań – wpływ na koszty

W zdecydowanej większości analizowanych przez nas badań (12 z 15) opieka zespołów obniżała koszty leczenia chorych (tabl. 3). Pogląd taki podzielają również autorzy przeglądów innych badań, zwłaszcza wtedy, gdy analiza obejmuje wyłącznie tzw. koszty bezpośrednie, czyli koszty usług psychiatrycznych i ogólnomedycznych [5, 13, 36]. Bywa, że usługi te są nawet o ponad 40% tańsze dla pacjentów objętych opieką zespołu niż pozostających w opiece poradniano-szpitalnej [32]. Najważniejszym źródłem obniżenia kosztów jest skrócenie hospitalizacji, stanowiącej najdroższy element usług [13]. Dlatego też w niektórych badaniach stwierdzano, że obniżenie kosztów leczenia dotyczy przede wszystkim najcięższych chorych i najbardziej chronicznych pacjentów, ponieważ w takich właśnie przypadkach opieka zespołu najbardziej wpływa na zmniejszenie wykorzystania szpitala. Natomiast, u pacjentów w lepszym stanie reduk-

cja kosztów jest znacznie skromniejsza, bo mniej wpływa na hospitalizację [13].

Kwestia znacznej redukcji kosztów przestaje jednak być tak klarowna, gdy badacze próbują uwzględnić w analizie również tzw. koszty pośrednie, czyli np. koszty zakwaterowania poza szpitalem, koszty zafatwionych chorym rent inwalidzkich, ich utrzymania w środowisku itp.

Najtrudniejszą sprawą są tu problemy metodologiczne, m.in. kwestia możliwości rejestracji kosztów z różnych źródeł oraz ustalenia, które koszty powinno się brać pod uwagę i jak je szacować. Te problemy metodologiczne, uprzednio już poruszane również w polskiej literaturze [14, 41], powodują, że wyniki badań są często nieporównywalne. Niemniej, wyniki niektórych prac, w których próbowano oszacować wszystkie koszty, są pouczające.

Tak np. Weisbrod [45] stwierdził, że opieka tradycyjna była tańsza od opieki modelowego, pierwszego w świecie zespołu w Wisconsin o ok. 10%. Co prawda sami autorzy uważają, że znaczny wpływ miał tutaj wysoki koszt szkolenia personelu do nowatorskiej wtedy pracy, ale zarazem wynik badania wskazuje, że jeżeli zespół chce zabezpieczyć wszystkie potrzeby pacjentów (a tak szeroko był zakrojony ten program) nie można liczyć na mniejsze koszty niż w opiece tradycyjnej.

Wyniki badań – trwałość uzyskanych efektów

Zagadnienie to jest dość rzadko eksplorowane, ponieważ większość badań nad skutecznością zespołów koncentruje się wyłącznie na mierzeniu efektów bezpośrednio po zakończeniu działań. Nieliczne badania, oceniające pacjentów również po roku lub więcej od zakończenia opieki, potwierdzają ich długofalowe efekty, ale w dwu badaniach [1] uzyskano odmienne wyniki. M.A. Test w niekontrolowanym badaniu w Wisconsin w 1991 r. stwierdziła, że po 14 miesiącach od zakończenia opieki zespołów większość uzyskanych przedtem efektów zniknęła. Podobne są wyniki badań Audiniego prowadzonych w 1993 r.

w Anglii, które wykazały, że jedynie satysfakcja pacjentów i ich rodzin przetrwała próbę czasu.

Zagadnienia wymagające dalszych badań

Zdaniem niektórych znawców zespołów, np. Test i Burns, jednym z głównych priorytetów badawczych jest zagadnienie, czy zespoły mają być nadal przeznaczone głównie dla najtrudniejszych pacjentów, dla których są często „ostatnią deską ratunku”, czy też powinny zostać uznane za standardową formę opieki, obejmującą większość osób poważnie chorych psychicznie.

Nie określono również do tej pory przydatności tego modelu opieki dla różnych podgrup chorych, np. diagnostycznych. Zdaniem niektórych, do odpowiedzi na to pytanie wystarczyłaby dobra metaanaliza już przeprowadzonych badań [5]. W USA na ukończeniu jest badanie skuteczności zespołów dla różnych podgrup chorych, wyodrębnionych ze względu na rozpoznanie, płeć i rasę [36].

W trakcie są również badania nad czynnikami warunkującymi skuteczność zespołów, zarówno związanymi ze strukturą i procesem usług samego zespołu, jak też z programami wspierającymi jego działania. Przykładem drugiego typu prac jest prowadzone w USA 12-letnie badanie prospektywne, porównujące efekty uzyskane przez zespoły funkcjonujące jako „samowystarczalne” systemy opieki z modelem, w którym zespół opieki środowiskowej jest jedną z komponentów dobrze zintegrowanego systemu, obejmującego również inne elementy, w tym np. klubodomy (*club-houses*) [5, 12].

Dalszych badań wymaga zagadnienie długości opieki, ponieważ jest ono kluczowe dla kosztów działania zespołów. Wprawdzie, jak wspomniano uprzednio, wyniki niektórych badań wskazują na zasadność utrzymania początkowego założenia o opiece „beztęminatowej”, niektórzy uważają, że powinno się eksplorować metody zmniejszenia intensywności opieki po osiągnięciu zakładanych celów.

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. Boguszewska L., Słupczyńska-Kossobudzka E.: Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – wpływ na rodziny pacjentów. Referat wygłoszony na konferencji polsko-holenderskiej, Popowo 1997.
3. Bond G.R., McDonel E.C., Miller L.D. i wsp.: Assertive community treatment and reference groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1991, 15, 31–43.
4. Bond G.R., Witheridge T.F., Dincin J., Wasmer D., Webb J., De-Graaf-Kaser R.: Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. *Am. J. Community Psychol.* 1990, 18, 865–872.
5. Burns B.J., Santos A.B.: Assertive community treatment: An update of randomized trials. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 669–675.
6. Chandler D., Meisel J., McGowen M., Mintz J. i wsp.: Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 175–180.
7. 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.
8. Deci P.A., Santos A.B., Hiott D.W., Schoenwald S. i wsp.: Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 676–678.
9. Dietzen L.L., Bond G.R.: Relationship between case manager contact and outcome for frequently hospitalized psychiatric clients. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 839–843.
10. Dincin J., Wasmer D., Witheridge T.F., Sobeck L. i wsp.: Impact of assertive community treatment on the use of state hospital inpatient bed-days. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 833–838.
11. Docelowa sieć publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. MZiOS, IPiN, Warszawa 1996.

12. Essock S.M., Kontos N.: Implementing assertive community treatment teams. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 679–683.
13. Goldberg D.: Cost-effectiveness in the treatment of patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, supl. 382, 89–92.
14. Herczyńska K.: Badanie efektywności i kosztów pozaszpitalnej opieki psychiatrycznej (doświadczenia amerykańskie). *Post. Psychiatr. Neurol.* 1994, 3, 89–96.
15. Herinck H.A., Kinney R.F., Clarke G.N., Paulson R.I.: Assertive community treatment versus usual care in engaging and retaining clients with severe mental illness. *Psychiatr. Serv.* 1997, 48, 1297–1306.
16. Hoult J.: Psychiatric hospital versus community treatment – a controlled study. Department of Health, N.S.W., Sydney 1983.
17. Knapp M., Beecham J., Koutsogeorgopoulou V., Hallam A. i wsp.: Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br. J. Psychiatry* 1994, 165, 195–203.
18. Koniecznyńska Z., Pietrzykowska B., Zaborowski B.: Badania katamnetyczne pacjentów psychotycznych leczonych w oddziale pełnodobowym lub w alternatywnych formach leczenia psychiatrycznego. *Psychiatr. Pol.* 1997, 5, 615–624.
19. Koniecznyńska Z., Pietrzykowska B., Zaborowski B.: Obciążenie rodzin pacjentów leczonych w oddziale pełnodobowym lub w alternatywnych formach leczenia psychiatrycznego. *Psychiatr. Pol.* 1997, 5, 625–636.
20. Lafave H.G., De Souza H.R., Gerber G.J.: Assertive community treatment of severe mental illness: A Canadian experience. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 757–759.
21. Lehman A.F., Dixon L.B., Kernan E., De Forge B.R. i wsp.: A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch. Gen. Psychiatry* 1997, 54, 1038–1043.
22. Marks I.M., Connolly J., Muijen M., Audini B. i wsp.: Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br. J. Psychiatry* 1994, 165, 179–194.
23. Marx A.J., Test M.A., Stein L.I.: Extro-hospital management of severe mental illness: feasibility and effects of social functioning. *Arch. Gen. Psychiatry* 1973, 29, 505–511.
24. McFarlane W.R., Stastny P., Deakins S.: Family-aided assertive community treatment: a comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. *New Directions for Mental Health Services* 1992, 53, 43–54.
25. 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.
26. McGrew J.H., Bond G.R., Dietzen L., McKasson M. i wsp.: A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 696–701.
27. Merson S., Tyrer P., Onyett S.: Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet* 1992, 339, 1311–1314.
28. Modrzejewska R., Izdebski R., Markiewicz-Zając B., Szaszkievicz W., Żuławski A., Barbaro M.: Opis pracy zespołu leczenia domowego dla dzieci i młodzieży. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1994, 3, 461–463.
29. Muijen M., Marks I., Connolly J., Audini B.: Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Br. Med. J.* 1992, 304, 749–754.
30. Olfson M.: Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence. *Hosp. Community Psychiatry* 1990, 41, 634–641.
31. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. MZiOŚ, Dep. Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, 4, 321–332.
32. Prot-Herczyńska K.: Wpływ różnych form opieki pozaszpitalnej na koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, 4, 299–313.
33. Rosenheck R.A., Neale M.S., Frisman L.K.: A cost-effectiveness study of intensive psychiatric community care in VA. Presented at the 12th Annual Department of Veterans Affairs Health Services Research and Development Service meeting, Washington DC, April 26, 1994.
34. Santos A.B., Hawkins G.D., Julius B., Deci P.A. i wsp.: A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. *Am. J. Psychiatry* 1993, 150, 501–504.
35. Santos A.B., Deci P.A., Lachance K.R., Dias J.K. i wsp.: Providing assertive community treatment for severely mentally ill patients in

- a rural area. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 34–39.
36. Santos A.B., Henggeler S.W., Burns B.J., Arana G.W., Meisler N.: 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, 1111–1123.
 37. Słupczyńska E.: Metody pomiaru przystosowania społecznego w badaniach psychiatryczno-społecznych. Część I. Pojęcia i definicje. *Psychiatr. Pol.* 1985, 19, 3, 226–232.
 38. Słupczyńska-Kossobudzka E.: Tłumaczenie artykułu: Practical Guidelines for the Community Treatment of Markedly Impaired Patients. M.A. Test, L.I. Stein (Praktyczne zasady opieki środowiskowej nad znacznie zaburzonymi pacjentami). *Biul. IPiN* 1987, 4/68, 59–76.
 39. Słupczyńska-Kossobudzka E., Boguszewska L.: Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – wpływ na pacjentów. Referat wygłoszony na konferencji polsko-holenderskiej, Popowo 1997.
 40. Słupczyńska-Kossobudzka E., Boguszewska L.: Report on the study of community mobile team intervention in the Drewnica hospital catchment area. Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw.
 41. Słupczyńska-Kossobudzka E., Boguszewska L.: Główne kierunki i metody badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej na świecie. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 381–392.
 42. Stein L.I., Test M.A.: Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch. Gen. Psychiatry* 1980, 37, 392–397.
 43. Teague G.B., Drake R.E., Ackerson T.H.: Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 689–695.
 44. Test M.A.: Training in community living. W: Liberman R.P.: *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Macmillan, New York 1992.
 45. 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.
 46. Wolff N., Helminiak T.W., Diamond R.J.: Estimated societal costs of assertive community mental health care. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 898–906.

*Adres: Dr Elżbieta Słupczyńska-Kossobudzka, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*