



## Narzędzia oceny usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej

### *Tools for evaluation of mental health services*

MAGDALENA CIAŁKOWSKA-KUŹMIŃSKA, ANDRZEJ KIEJNA

Katedra i Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław

#### STRESZCZENIE

**Cel.** W niniejszym artykule opisano następujące narzędzia: *The International Classification of Mental Health Care (ICMHC)*, *The European Services Mapping Schedule (ESMS)*, *World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)* oraz *The Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC)*, uznając, że mogą być z powodzeniem wykorzystywane w ocenie psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce.

**Poglądy.** Informacje dotyczące psychiatrycznej opieki zdrowotnej są kluczowe w procesie jej planowania na poziomie lokalnym i krajowym. W warunkach polskich nie prowadzi się systematycznych analiz dotyczących struktury oraz świadczonych usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej, stąd też podejmowane próby oceny tych usług bywają utrudnione. Prawdopodobnym powodem tego stanu rzeczy jest – obok zagadnień systemowych, politycznych – ograniczona znajomość narzędzi służących takiej ewaluacji. Tymczasem celowe zastosowanie narzędzi ewaluacyjnych umożliwia dokonanie zarówno analiz związanych z samym kierunkiem wprowadzanych zmian, jak i ich adekwatnością czy jakością.

**Wnioski.** W polskich warunkach zastosowanie narzędzi pomiarowych mogłoby wspomóc monitorowanie postępu w ramach reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tym bardziej, że stała analiza usług zapobiega pogarszaniu się ich jakości.

#### SUMMARY

**Background.** In this paper *The International Classification of Mental Health Care (ICMHC)*, *The European Services Mapping Schedule (ESMS)*, *World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)* and *The Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC)* were presented as tools useful in the analysis of mental health services in Poland.

**Review.** Information about the mental health system is essential for mental health care planning at the local and national levels. Unfortunately, no systematic analyses concerning the structure and provision of mental health services are conducted in Poland. Therefore, it is difficult to evaluate the process of mental health care provision. The likely cause of this situation – besides systemic and political issues – is the limited knowledge about evaluation tools, while appropriate use of such tools allows to analyze not only the direction of changes introduced in the field of mental health care, but also adequacy and/or quality of mental health services.

**Conclusions.** Application of the presented tools might help to monitor progress in the implementation of mental health policy reforms in Poland, the more so that continuous evaluation of mental health services would prevent deterioration of their quality.

---

**Słowa kluczowe:** psychiatryczna opieka zdrowotna / jakość opieki

**Key words:** mental health services / quality of health care

---

Ocena jakości usług medycznych stanowi jedno z kluczowych elementów efektywnej opieki zdrowotnej. W klasycznej już pracy z 1966 roku Donebedian [1] zwraca uwagę na możliwość dokonania trójakiego rodzaju oceny jakości: wyników leczenia, samego procesu leczenia oraz struktury opieki zdrowotnej (warunków i usług). Systematyczna analiza psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest konieczna w ramach nowoczesnego systemu zdrowotnego państwa. Ewaluacja szeroko rozumianych usług (zarówno w wymiarze wyników, procesu, jak i struktury) ma bowiem kluczowe znaczenie co najmniej z kilku powodów:

1. jest niezbędna z punktu widzenia planowania opieki i dostosowania jej do bieżących potrzeb

2. jest konieczna w procesie wdrażania nowych rozwiązań w dotychczasowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej,
3. jest niezbędna, gdy wprowadzamy zmiany w rodzimej opiece zdrowotnej, wykorzystując wzorce i modele, które wywodzą się z odmiennych systemów opieki zdrowotnej,
4. jest konieczna w procesie analiz efektywności określonych interwencji medycznych oraz w analizie kosztów psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
5. jest niezbędna, gdy dokonujemy ponadregionalnych lub ponadnarodowych porównań istniejących systemów opieki zdrowotnej.

Analiza usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej stanowi nie tylko ważny cel naukowy, jest przede wszystkim potrzebna decydentom, aby mogli zgodnie z potrzebami lokalnej populacji podejmować decyzje i kształtować opiekę zdrowotną. Stąd też w analizie systemów opieki zdrowotnej swój wkład powinni mieć nie tylko badacze zajmujący się zdrowiem psychicznym, ale przede wszystkim ekonomiści, analitycy i urzędnicy, działający w tym obszarze. Wnioski płynące z tychże analiz i ewaluacji stanowią podstawę do podnoszenia jakości, udoskonalania struktury i dostosowywania do potrzeb populacji kompleksowo rozumianego systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Poddając ewaluacji system opieki zdrowotnej, zwraca się uwagę zarówno na cechy jakościowe (np. warunki oddziały, struktura wewnętrzna i procedury, metody leczenia), jak i ilościowe (proceduralne aspekty opieki i leczenia, struktura psychiatrycznej opieki zdrowotnej). Badanie warunków i usług proponowanych na oddziałach, czy szerzej – w ramach całej psychiatrycznej opieki zdrowotnej – jest nielatwym zadaniem. Trudno bowiem o dostęp do obiektywnych danych, dysponujemy ponadto bardzo ograniczoną liczbą uniwersalnych narzędzi służących ocenie, a stosowane z konieczności skale stworzone poza danym systemem opieki zdrowotnej implikują szereg trudności wdrożeniowych, w związku z czym charakteryzują się ograniczonym zakresem zastosowań.

## NARZĘDZIA OCENY USŁUG PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W polskim piśmiennictwie niewiele miejsca zajmuje analiza instrumentów służących ocenie usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zwykle są to narzędzia opracowane w innych krajach, a następnie przeniesione na grunt polski, przy czym bez zastosowania stosowanych procedur sprawdzających ich równoważność wobec oryginalnej wersji. W literaturze światowej najczęściej opisywanymi i stosowanymi w badaniach instrumentami służącymi do opisu usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej są:

- *The International Classification of Mental Health Care (ICMHC)* [2, 3],
- *The European Services Mapping Schedule (ESMS)* [4, 5],
- *World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)* [6],
- *The Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC)* [7, 8, 9, 10].

Narzędzia powyższe, mimo pewnych ograniczeń w zastosowaniu na gruncie polskim, posiadają zasadniczą zaletę, a mianowicie opracowane z ich zastosowaniem analizy są wystandaryzowane, możliwe staje

się w związku z tym obiektywne porównanie ośrodków czy nawet całych systemów opieki zdrowotnej.

***The International Classification of Mental Health Care (ICMHC)*** – Międzynarodowa Klasyfikacja Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej – była rozwijana w ramach badań prowadzonymi pod auspicjami WHO [2, 3, 11]. Stanowi instrument do ustrukturyzowanego opisu usług dowolnej jednostki psychiatrycznej; uwzględniono w nim procedury i interwencje, które stosowane są zarówno w ośrodku o profilu leczniczym, jak i rehabilitacyjnym. Podstawą dokonywanej oceny jest zebranie wywiadu z personelem wyższego szczebla oraz analiza dostępnej dokumentacji. ICMHC umożliwia ocenę jednostki w ramach następujących aspektów (tzw. „modalności opieki”):

1. Nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu – obejmuje szeroki zakres działań, niezbędnych do zaangażowania i/lub podtrzymania zaangażowania chorych w leczenie;
2. Ocena problemów i funkcjonowania – wszystkie działania konieczne do opracowania początkowego planu leczenia i monitorowania jego postępów;
3. Koordynacja opieki – procedury zapewniające pacjentom dostęp do niezbędnych im usług, niezależnie od jednostki świadczącej te usługi;
4. Ogólna opieka medyczna – działania niezbędne do zapewnienia osobom chorym dostępu do ogólnej opieki zdrowotnej;
5. Przejmowanie obowiązków dnia codziennego – procedury, stosowane wobec pacjentów częściowo lub całkowicie niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania;
6. Farmakologiczne leczenie psychiatryczne i inne metody biologiczne – biologiczne interwencje lecznicze;
7. Interwencje psychologiczne – szerokie spektrum interwencji wspierających i psychoterapeutycznych;
8. (Re)edukacja umiejętności podstawowych, interpersonalnych i społecznych – działania pomocowe w zakresie radzenia sobie z niesprawnością przez pacjentów;
9. Interwencje związane z codziennymi aktywnościami – procedury wspierania/edukacji pacjentów, w jaki sposób atrakcyjnie spędzać czas;
10. Interwencje podejmowane wobec rodziny, krewnych i innych osób – szeroki zakres interwencji, mających na celu maksymalizowanie wsparcia środowiskowego [2, por.11].

Każdy z wymienionych aspektów oceniany jest w czteropunktowej skali, gdzie 0 oznacza „nie dotyczy danego modułu opieki”, 1 – „niski poziom specjalizacji”, 2 – „średni poziom specjalizacji”, 3 – „wysoki poziom specjalizacji”. Zaletą ICMHC jest brak konieczności angażowania personelu w szczegółowe opisy

stosowanych procedur badacz może pozyskać interesujące go dane również na podstawie przedstawionych przez personel dokumentów. Trudnością podczas oceny narzędziem danej jednostki (zwanego tu „modułem opieki”) jest konieczność posiadania przez badacza doświadczenia w zakresie warunków i usług, a także procedur stosowanych w różnych ośrodkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tak aby ocenić daną jednostkę możliwie trafnie i obiektywnie. Tym niemniej ICMHC umożliwia w sposób stosunkowo prosty dokonanie jakościowej i ilościowej oceny kluczowych aspektów funkcjonowania jednostki, a profil uzyskanych wyników można następnie porównać z wynikami innych ośrodków. ICMHC za zgodą autora zostało w 2008 roku przetłumaczone na język polski przez zespół Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu i znalazło zastosowanie w badaniach autorki.

**The European Services Mapping Schedule (ESMS)** stanowi instrument do opisu struktury oraz stopnia dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej, znajdujący swe zastosowanie również w badaniach prowadzonych w Polsce [4, 5, 12]. Kwestionariusz ESMS obejmuje następujące sekcje:

1. Sekcja A – Pytania wstępne;
2. Sekcja B – Drzewo usług psychiatrycznych;
3. Sekcja C – Drzewo częstości korzystania z usług psychiatrycznych;
4. Sekcja D – Opis szczegółowy usług psychiatrycznych.

W zakres sekcji A wchodzi ogólna pytań dotyczących jednostki, jej lokalizacji oraz charakterystyki badanego rejonu. Sekcja B przedstawia wszystkie dostępne w danym regionie usługi psychiatryczne, podzielone na 33 podtypy, które wizualnie obrazuje drzewo usług psychiatrycznych. I tak, lokalizacja usług określana jest za pomocą wielkiej litery, odpowiednio: R – usługi stacjonarne (*residential*), D – dzienne (*day*), O – ambulatoryjne (*out-patient*), S – samopomocowe (*self-help*). Ponadto w celu dokładnego określenia jednostek i kategorii usług (ich funkcji, położenia czy dostępności) wprowadzone zostały dalsze oznaczenia literowo-numeryczne. Sekcja C zawiera protokół dla oceny częstości korzystania z usług psychiatrycznych w danym regionie w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wraz z graficzną reprezentacją. Sekcja D służy pozyskaniu informacji dotyczących personelu, profilu pacjentów, zarządzania, podstawy płatności, głównych zadań jednostki [12]. ESMS jest instrumentem umożliwiającym porównywanie struktury usług psychiatrycznych świadczonych w różnych krajach. Dzięki niemu możliwe jest wychwycenie istotnych różnic i braków w celu poprawy koordynacji i dostępności poszczególnych typów usług w danym regionie [por. 13]. ESMS stanowiło jedno z narzędzi zastosowanych w międzynarodowym, wieloośrodkowym

badaniu EDEN (**European Day Hospital Evaluation**), trwającym na przestrzeni lat 2000–2003. Badanie to po stronie polskiej prowadzone było przez zespół Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu pod kierownictwem prof. dr hab. Andrzeja Kiejny. Informacje na temat projektu dostępne są na stronie internetowej <http://www.edenstudy.com/>.

**World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)** to powstałe w 2003 roku (wersja pilotażowa 1.1) narzędzie służące pozyskiwaniu informacji na temat psychiatrycznej opieki zdrowotnej poszczególnych krajów lub regionów w celu poprawy usług. WHO-AIMS został opracowany na podstawie 10 rekomendacji ujętych w raporcie World Health Report 2001, WHO. Instrument można zastosować do ewaluacji każdej organizacji czy instytucji, której oddziaływania koncentrują się na poprawie lub utrzymaniu zdrowia psychicznego ludności. WHO-AIMS został stworzony w celu szerokiej analizy kluczowych komponentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Komponenty te znajdują swe odzwierciedlenie w sześciu następujących domenach:

1. Uwarunkowania polityczno-prawne (*Policy and Legislative Framework*); obejmuje takie zagadnienia, jak: legislacja, finansowanie, monitorowanie, a także szkolenie w zakresie praw człowieka;
2. Jednostki leczenia psychiatrycznego (*Mental Health Services*); obszar ocenia jednostki o wszystkich profilach – zarówno jednostki stacjonarne, jak i niestacjonarne, zarówno opieki krótko- jak i długoterminowej;
3. Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej (*Mental Health in Primary Health Care*); pytania dotyczą zarówno lekarzy, jak i personelu innych specjalności podstawowej opieki zdrowotnej;
4. Zasoby ludzkie (*Human Resources*); obejmuje m.in. zagadnienia dotyczące liczby personelu, szkoleń oraz stowarzyszeń działających na rzecz zdrowia psychicznego;
5. Edukacja społeczna oraz powiązania międzysektorowe (*Public Education and Links with Other Sectors*); dotyczy m.in. kampanii społecznych, akcji promocyjnych, polityki społecznej związanej z zatrudnieniem, współpracy międzysektorowej;
6. Monitoring i badania (*Monitoring and Research*); obejmuje monitorowanie opieki w jednostkach o różnym profilu usług, a także prowadzenie badań w tym obszarze.

Powyższe domeny WHO-AIMS obejmują 28 szczegółowych aspektów, co stanowi w sumie 156 pozycji [6, 14, 15, 16]. Badania z zastosowaniem WHO-AIMS były prowadzone w ponad 80 krajach, przede wszystkim w Ameryce Środkowej i Południowej, Azji oraz Afryce [por. 17, 18].

**The Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC)** jest jedynym narzędziem do oceny jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej, które zostało opracowane w oparciu o badania prowadzone również w Polsce [7, 8, 9]. Narzędzie to może służyć analizie stacjonarnych jednostek szpitalnych o profilu rehabilitacyjnym, jak i całodobowych jednostek środowiskowych. Opracowane narzędzie stanowi efekt współpracy ośrodków europejskich z Wielkiej Brytanii, Niemiec, Hiszpanii, Czech, Bułgarii, Włoch, Holandii, Grecji, Portugalii oraz Polski. QuIRC tworzono w ramach 3-letniego konsorcjalnego badania DEMoB.inc (akronim od *Development of European Measure of Best Practice for People with Long Term Mental Illness in Institutional Care*). Ośrodkiem koordynującym był Department of Mental Health Sciences, University College London, a instytucją odpowiedzialną za badania w Polsce – Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Badanie zakończono w 2009 roku opracowaniem kompletnego narzędzia (również w równoległej wersji *online*).

Pytania QuIRC obejmują 7 obszarów opieki:

1. Warunki zakwaterowania (*Living Environment*),
2. Środowisko terapeutyczne (*Therapeutic Environment*),
3. Leczenie i Interwencje (*Treatments and Interventions*),
4. Samoopieka i Autonomia (*Self-management & Autonomy*),
5. Interakcje społeczne (*Social Interface*),
6. Prawa człowieka (*Human Rights*),
7. Praktyki zorientowane na powrót do zdrowia (*Recovery Based Practice*) [9, 19].

Jego wypełnienie powierzone jest pracownikowi danej jednostki wyższego szczebla i zajmuje do 90 minut. QuIRC umożliwia kompleksową ocenę instytucji – zarówno na poziomie regionalnym i krajowym, jak i ponadnarodowym. Znacznym udogodnieniem jest wprowadzenie wersji *online*, która jest dostępna pod adresem internetowym <http://www.ucl.ac.uk/quirc/pol/users/register>. Raport, wygenerowany na podstawie wprowadzonych przez kierownika jednostki danych, wskazuje na poziom uzyskanych wyników w odniesieniu do wyników zbliżonych profilem jednostek w tym samym kraju. Ponadto dostarcza informacji, na co należy zwrócić uwagę, chcąc poprawić wyniki w poszczególnych obszarach opieki. Umożliwia to zastosowanie narzędzia do wewnętrznej ewaluacji i poprawy warunków na oddziałach bez ingerencji instytucji zewnętrznych. Koncentracja na użyteczności narzędzia pozwala przypuszczać, że QuIRC może znaleźć szerokie zastosowanie w ocenie instytucji psychiatrycznych, świadczących opiekę o profilu rehabilitacyjnym.

## PODSUMOWANIE

Nieliczne badania z zastosowaniem instrumentów analizujących psychiatryczną opiekę zdrowotną są prowadzone zwykle w ramach konsorcjów [20, 21, 22]. Pozwalają na uzyskanie wglądu w systemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w różnych regionach kraju [23], a także na poziomie krajowym [18, 24] i ponadnarodowym [20]. O ile ich wyniki mają mniejsze znaczenie dla bezpośrednich oddziaływań klinicznych, o tyle są w stanie dostarczyć istotnych informacji dla planowanych zmian systemowych i reformy opieki w psychiatrii. Należy podkreślić, że rezultaty i implikacje praktyczne płynące z analiz mają zastosowanie jedynie w ramach systemu, którego dotyczyły, w związku z tym nie zostaną one omówione w tym miejscu.

Badania psychiatrycznej opieki zdrowotnej na gruncie polskim zostało zapoczątkowane w 2000 roku we Wrocławiu w ramach udziału ośrodka w międzynarodowym badaniu EDEN. Planowanie i monitoring zmian dokonujących się w usługach psychiatrycznej w związku z działaniami wdrożeniowymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wymaga stosowania wystandaryzowanych narzędzi pomiarowych. Konieczne są dalsze analizy polskiej opieki zdrowotnej, które mogłyby sprzyjać wyrównaniu braków lokalowych, kadrowych, edukacyjnych i innych, związanych z niedofinansowaniem leczenia psychiatrycznego, poprawiać warunki i usługi psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz promować te formy opieki, które – pozostając efektywne – przyczyniają się do oszczędnego dysponowania środkami finansowymi państwa.

## PIŚMIENNICTWO

1. Donebedian A. Evaluating quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966; 44(3): 166–206.
2. de Jong A. ICMHC – International classification of mental health care: A tool for describing services providing mental health care. Groningen: WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Department of Social Psychiatry, University of Groningen, Netherlands; 1996.
3. de Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000; 405: 8–13
4. Johnson S, Kuhlmann R. and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS). London, 1997.
5. Johnson S, Kuhlmann R. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;102(supplement 5): 14–23.
6. World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems. version 2.2. Geneva: WHO; 2005.
7. Piotrowski P, Adamowski T, Ciałkowska M, Rymaszewska J, Kiejna A. Europejska miara jakości usług opieki zinstytucjonalizowanej

- dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi – DEMoB.inc. *Psychiatr Pol.* 2008; 42(5): 767–77.
8. Killaspy H, King M, Wright C, White S, McCrone P, Kallert T, Cervilla J, Raboch J, Onchev G, Mezzina R, Wiersma D, Kiejna A, Ploumpidis D, Caldas de Almeida JM. Study protocol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental health problems in institutional care (DEMoBinc). *BMC Psychiatry.* 2009; 13(9): 36.
  9. Killaspy H, Taylor T, King M. An overview of the demobinc project and development of the quality indicator for rehabilitative care (QUIRC). *European Psychiatry.* 2010; 25(supplement 10): 1612–1612 (praca wygłoszona podczas 18<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry, Munich, 2010).
  10. Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisová L, Onchev G, Dimitrov H, Mezzina R, Wolf K, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King MB. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry.* 2009; 7(9): 55.
  11. Piotrowski P, Ciałkowska M, Kiejna A. Międzynarodowa Klasyfikacja Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (ICMHC) – charakterystyka i zastosowanie. *Psychiatr Pol.* 2009; 43(6): 631–8.
  12. Adamowski T, Trypka E. Narzędzie opisujące strukturę psychiatrycznej opieki zdrowotnej – „European Service Mapping Schedule”(ESMS). *Psychiatr Pol.* 2002; 36(supl.6): 369–376.
  13. Salvador-Carulla L, Romero C, Martinez A, Haro JM, Bustillo G, Ferreira A, Gaité L, Johnson S, PSICOST Group. Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000; 405: 24–32.
  14. Hamid H, Abanilla K, Bauta B, Huang KY. Evaluating the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems by comparing mental health policies in four countries. *Bull World Health Organ.* 2008; 86: 467–73.
  15. Saxena S, Lora A, van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatr Serv.* 2007; 58: 816–21.
  16. Saxena S, Lora A, van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. Evaluation of the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems. *Bull World Health Organ.* 2008; 86(8): E.
  17. Kigozi F, Ssebunnya J, Kizza D, Cooper S; Ndyabangi S. An overview of Uganda's mental health care system: results from an assessment using the world health organization's assessment instrument for mental health systems (WHO-AIMS). *International Journal of Mental Health Systems.* 2010; 4: 1–9.
  18. Lund C, Kleintjes S, Kakuma R, Flisher AJ; MHaPP Research Programme Consortium Public sector mental health systems in South Africa: inter-provincial comparisons and policy implications. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45(3): 393–404.
  19. Taylor T, Killaspy H, King M, White S. The development of the DEMoBinc. Toolkit and the results of reliability testing. *European Psychiatry.* 2009; 24(suplement 1): S170 (praca wygłoszona podczas 18<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry, Munich 2010).
  20. Rezvy G, Oiesvold T, Parniakov A, Ponomarev O, Lazaruko O, Olstad R. The Barents project in psychiatry: a systematic comparative mental health services study between Northern Norway and Archangelsk County. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007; 42: 131–139.
  21. Becker T, Hülsmann S, Knudsen HC, Martiny K, Amadeo F, Herran A, Knapp M, Schene AH, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL, EPSILON Study Group. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37(10): 465–74.
  22. Kiejna A, Kallert TW, Rymaszewska J. Leczenie w psychiatrycznych oddziałach dziennych w porównaniu z oddziałami całodobowymi w różnych europejskich systemach opieki zdrowotnej – założenia programu EDEN. *Psychiatr Pol.* 2002, 36(suplement 6): 361–367.
  23. Böcker FM, Jeschke F, Brieger P. Psychiatric care in Sachsen-Anhalt: a survey of institutions and services with the “European Services Mapping Schedule” ESMS. *Psychiatr Prax.* 2001; 28(8): 393–401.
  24. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, Gohman S, Razzouk D, Rodriguez J, Weber R, Andreoli SB, Saxena S. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst.* 2008; 2(1): 12.

*Nadesłano/Submitted: 17.05.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 12.06.2012. Przyjęto/Accepted: 29.06.2012.*

*Adres/Address: dr n. med. Magdalena Ciałkowska-Kuźmińska, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich, ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, tel. 71-7841600, e-mail: magdalena.cialkowska-kuzminska@am.wroc.pl*