



Skuteczność zespołu leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – czteroletnia katamneza

*Effectiveness of the „Drewnica” hospital mobile community team
– a four-year follow-up study*

LUDMIŁA BOGUSZEWSKA, ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA,
STANISŁAW WÓJTOWICZ

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Badanie miało na celu sprawdzenie w jakim stopniu bardzo dobre efekty działania zespołu środowiskowego po pierwszym roku pracy utrzymały się przez następne trzy lata. Badaniem objęto 58 chorych, głównie z rozpoznaniem schizofrenii. Wszystkie osoby były badane trzykrotnie – przed wejściem w program, po 12 miesiącach jego działania i po następnych 3 latach. Stwierdzono, że po czterech latach opieki środowiskowej tak samo wysoki stopień poprawy jak po pierwszym roku utrzymał się w wymiarze satysfakcji z leczenia i częstotliwości hospitalizacji. Natomiast w pozostałych badanych miarach ewaluacji – wszystkich obszarach funkcjonowania społecznego, czasie hospitalizacji i odczuwanym przez rodziny stopniu obciążenia zachowaniami pacjenta – stwierdzono występowanie takiej samej prawidłowości: dużą poprawę po pierwszym roku opieki, pogorszenie po następnych trzech latach, przy utrzymywaniu w dalszym ciągu istotnej poprawy w stosunku do sytuacji wyjściowej.*

SUMMARY. *The aim of the study was to check to what extent the very good effects attained after a year by a mobile community team could be maintained over the next three years. Participants in the study – 58 patients diagnosed with schizophrenia mostly – were assessed thrice: prior to their entering the program, at 12 months of their participation in the program, and at a three-year follow-up. After the four years of their receiving community-based care levels of improvement as high as after the first year were found to be maintained on two measures: satisfaction with treatment and frequency of hospitalizations. On the other hand, in the remaining evaluative measures, i.e. all areas of social functioning, duration of hospitalization, and self-rated family burden due to patient's behavior, the same pattern was found: a marked improvement after the first year of community care provision was followed by a deterioration at the three-year follow-up. Nevertheless, the improvement at the follow-up was significant in relation to the baseline levels.*

Słowa kluczowe: efektywność / zespoły leczenia środowiskowego / psychiatria środowiskowa
Key words: evaluative studies / mobile community teams / community psychiatry

Zespół Leczenia Środowiskowego Szpitala „Drewnica” został utworzony w 1995 roku w ramach polsko-holenderskiego programu *Pacjenci też są obywatelami*, realizowanego przez szpital „Drewnica” w Ząbkach i *H.C. Rumke Groep* w Utrechcie. Wszyscy pracownicy, przed podjęciem pracy w Zespole, przechodzili intensywne szkolenie prowadzone przez specjalistów polskich i holen-

derskich. Prowadzono wykłady i warsztaty, a każdy członek zespołu odbył również tygodniowy staż w Holandii.

Rejon objęty działaniem Zespołu zamieszkuje 560 tys. mieszkańców. Do opieki w systemie środowiskowym przyjęto pacjentów szczególnie trudnych, u których choroba spowodowała znaczne deficyty funkcjonowania lub też stwarzała konieczność

dłuższej hospitalizacji. Dla niektórych chorych opieka Zespołu była ostatnią szansą wypisu ze szpitala do środowiska, alternatywą mogło być tylko przesunięcie do domu pomocy społecznej.

Opieka Zespołu polegała na prowadzeniu leczenia farmakologicznego, psychoterapii indywidualnej, treningu umiejętności społecznych, terapeutycznej pracy z rodziną i najbliższym otoczeniem społecznym pacjenta oraz na pomocy socjalnej. Członkowie Zespołu byli dostępni przez 12 godzin na dobę, przez 5 dni w tygodniu, a w sytuacjach kryzysowych również w pozostałe dni tygodnia oraz święta. W początkowym okresie terapeuci spotykali się ze swoimi pacjentami w ich domach przeciętnie 1–2 razy w tygodniu, później częstość kontaktu zależała od potrzeb pacjenta. Poza tym, dużą liczbę pacjentów udało się zmotywować do odwiedzania siedziby Zespołu. W ciągu obserwowanych czterech lat pracy skład Zespołu niewiele się zmieniał, pracowało w nim 2–3 lekarzy, 3 psychologów, 9 pielęgniarek i 3 pracowników socjalnych, nie zmieniły się również metody działania, zmniejszyła się natomiast opieka ze strony specjalistów i sponsorów holenderskich. W pierwszym roku współpracy utrzymywali oni regularne i bardzo intensywne kontakty poświęcone superwizjom, warsztatom i wykładom, które uatrakcyjniały działania i dostarczały wzmocnień w pracy z pacjentami. Nadto, członkowie Zespołu byli dodatkowo gratyfikowani finansowo z funduszy holenderskich. Przez następne trzy lata kontakty ze stroną holenderską były mniej intensywne i ograniczały się do wykładów poświęconych szkoleniom kaskadowym.

CEL

Celem badania było sprawdzenie czy, i w jakim stopniu, bardzo wysokie efekty działań Zespołu uzyskane po pierwszym roku pracy [2, 12], utrzymały się przez następne trzy lata.

Badano wpływ interwencji na funkcjonowanie społeczne pacjentów, ich satysfakcję

z leczenia, liczbę i czas hospitalizacji, oraz wpływ programu na poziom obciążenia rodzin zachowaniami chorych.

BADANE OSOBY

Programem badawczym objęto początkowo 90 pacjentów – wszyscy byli oceniani przed wejściem w program. Po 12 miesiącach przeprowadzono ponowne wywiady z 88 osobami, które przez cały ten okres pozostawały pod opieką Zespołu. Po 3 latach udało się dotrzeć do 70 pacjentów. Spośród pozostałych 20, w pierwszym roku opieki wypadły z badania 2 osoby (1 samobójstwo, 1 dłuższy pobyt w szpitalu), w następnych latach 5 pacjentów zmarło, a 12 w okresie przeprowadzania badania przebywało od dłuższego czasu w szpitalu, również z powodu chorób somatycznych, 1 został umieszczony w domu pomocy społecznej.

Wśród 70 zbadanych w trzecim pomiarze pacjentów, 58 w dalszym ciągu pozostawało pod opieką Zespołu Leczenia Środowiskowego, 5 osób zrezygnowało z opieki Zespołu, a 4 zostały przez Zespół przeniesione do poradni zdrowia psychicznego, ponieważ znacznie poprawił się zarówno ich stan psychiczny jak i funkcjonowanie w otoczeniu, 3 wyprowadziły się z rejonu działania Zespołu. Grupy nie objętej opieką nie możemy traktować jako kontrolnej, ponieważ charakteryzuje ją duża niejednorodność tak istotnych czynników jak przyczyny wyjścia spod opieki Zespołu i czas, który upłynął od ostatniego z nim kontaktu (od 4 miesięcy do 2 lat), poza tym jest ona bardzo nieliczna, prawie pięciokrotnie mniejsza od pozostałej. Zatem grupę badawczą w prezentowanym badaniu katamnesticznym stanowi 58 osób, które przez cały czteroletni okres obserwacji poddane były oddziaływaniom Zespołu.

Charakterystyka badanych. Badani byli w wieku od 21 do 67 lat, 55% stanowili mężczyźni, prawie 40% miało wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe, połowa co najmniej średnie ukończone. Samotnie mieszkało 17% pacjentów, a połowa

Tablica 1. Charakterystyka chorych objętych badaniami katamnesticznymi

	Cechy analizowane	Odsetki (n = 58)
Płeć	mężczyźni	55
	kobiety	45
Wiek (średnio: 41 ± 11,1):	21–35 lat	36
	36–50 lat	43
	51–67 lat	21
Wykształcenie:	podstawowe	18
	zasadnicze zawodowe	21
	niepełne średnie	11
	średnie ukończone	39
	wyższe nieukończone	2
	wyższe ukończone	9
Podstawowe źródło utrzymania:	renta inwalidzka	78
	renta inwalidzka + praca zarobkowa	17
	inne źródła (emerytura, opieka społeczna itp.)	5
Grupa inwalidzka:	I	22
	II	78
Z kim mieszka:	samotnie	17
	z rodziną	79
	z osobą obcą	4
Rozpoznanie:	schizofrenia	91
	zaburzenia afektywne	9

z nich nie miała żadnej osoby bliskiej ani opiekuna, wszyscy mieli przyznaną grupę inwalidzką i w olbrzymiej większości utrzymywali się z renty, u 91% rozpoznano schizofrenię (tabl. 1).

METODY BADANIA

Badanie miało charakter prospektywny, z pomiarami przed i po interwencji, ale bez grupy kontrolnej, na którą dyrekcja szpitala nie wyraziła zgody.

Pacjenci i ich opiekunowie objęci programem badań katamnesticznych byli oceniani trzykrotnie w okresie od 1996 do 2000 roku: przed wprowadzeniem leczenia środowiskowego, po 12 miesiącach jego opieki, a następnie po trzech latach. Okresy badanej hospitalizacji obejmowały: pierwszy 12 miesięcy przed wejściem w system opieki środowiskowej, drugi cały pierwszy rok opieki, a trzeci 12 miesięcy przed trzecim, ostatnim bada-

niem. Do oceny badanych we wszystkich trzech pomiarach służyły te same kwestionariusze, wypełniane przez ankierów psychologów, na podstawie rozmów z pacjentami i ich rodzinami, oraz dane uzyskane z ruchu chorych szpitala. Ankieterzy nie wchodzili w skład Zespołu Leczenia Środowiskowego.

Funkcjonowanie społeczne mierzono przy pomocy *Skali funkcjonowania społecznego* (SFS), opracowanej przez Birchwooda, służącej do badania chorych na schizofrenię. SFS koncentruje się na tych obszarach funkcjonowania, które są podstawowe dla utrzymania się chorego na schizofrenię w środowisku. W odróżnieniu od wielu innych narzędzi, SFS nie ocenia, na ile jednostka pełni role społeczne. Stosuje natomiast podejście listowania umiejętności i zachowań społecznych i określania, które z nich występują u badanego. Narzędzie to ma zadowalające własności psychometryczne [1]. Wyniki na skali SFS korelują istotnie z negatywnymi i pozytywnymi

objawami psychopatologicznymi. Większość pytań kwestionariusza jest sformułowana w kategoriach częstotliwości wykonywania określonych czynności. W trakcie wywiadów pacjenci oceniali swoje funkcjonowanie w okresie ostatnich 3 miesięcy – w wyjątkowych przypadkach, u chorych wypisanych ze szpitala, w okresie miesiąca po wypisie. Skala składa się z podskal, poświęconych poszczególnym obszarom funkcjonowania społecznego, a średnia z ich zestandaryzowanych wyników jest jego miarą globalną.

Satysfakcję z leczenia badano przy pomocy *Kwestionariusza pomiaru satysfakcji*, opracowanego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii [8]. Kwestionariusz składa się z 12 wymiarów, sformułowanych w formie zdań, wymagających uzupełnienia. Zastosowano dwie miary całodobowej hospitalizacji pacjentów, liczbę dni pobytu oraz liczbę przyjęć. Informacje uzyskiwano z działu statystyki szpitala „Drewnica”.

Do pomiaru obciążenia rodziny zastosowano *Kwestionariusz obciążenia rodziny*, przeznaczony dla osoby „znaczącej”, pozostającej w bliskim kontakcie z pacjentem. Kwestionariusz zawiera informacje o osobie udzielającej wywiadu (pokrewieństwo, wiek, źródło utrzymania) oraz osiem podstawowych wymiarów (w formie pytań), wskazujących na charakter obciążenia zachowaniami pacjenta. Poziom obciążenia na każdym z wymiarów określony jest na 3 stopniowej skali (nigdy, czasem, często). *Skala obciążenia* składa się z dwu obszarów, określających powody odczuwanego obciążenia: cztery spośród ośmiu pytań Skali dotyczą czynności opiekuńczych, cztery reakcji emocjonalnych domowników na zachowania pacjenta. Ogólny wynik na *Skali obciążenia*, charakteryzującej się rozpiętością teoretyczną od 0 do 16 punktów, jest sumą jej poszczególnych wymiarów.

Szczegółowy opis kwestionariuszy znajduje się w naszych poprzednich publikacjach poświęconych ocenie efektów po pierwszym okresie działania Zespołu [2, 12].

W analizach statystycznych, do porównania par między pomiarami posłużono się tes-

tem t-Studenta, a w odniesieniu do danych, które nie spełniały założeń testów parametrycznych (rozkład normalny, równość wariancji) testem Manna-Whitneya (Wilcoxon).

WYNIKI

Funkcjonowanie społeczne

Funkcjonowanie społeczne bardzo wyraźnie poprawiło się po pierwszym roku pracy Zespołu i chociaż po trzech latach istotnie obniżyło się, to w dalszym ciągu w stosunku do poziomu sprzed wejścia w opiekę środowiskową pozostało istotnie wyższe (tabl. 2). Przy teoretycznej rozpiętości SFS od 55 do 135 punktów i przyjęciu czterech ich przedziałów, określających poziom funkcjonowania jako bardzo słaby, słaby, niezły i dobry, między pierwszym a drugim pomiarem funkcjonowanie ze słabego poprawiło się na niezły (przy średniej lokującej się w górnej wartości punktowej tej kategorii) i pozostało w tej samej kategorii po trzech latach (choć średnia punktów spadła do dolnej jej wartości).

We wszystkich sześciu, poszczególnych obszarach funkcjonowania, badani wykazują identyczny kierunek i bardzo podobny stopień zmian. Dużą poprawę w ciągu pierwszego roku opieki środowiskowej, istotne pogorszenie w ciągu następnych trzech lat, ale w dalszym ciągu, w stosunku do okresu poprzedzającego leczenie, utrzymywanie istotnie wyższego poziomu funkcjonowania.

Warto zauważyć, że część pacjentów w ciągu ostatnich trzech lat opieki środowiskowej podjęła pracę zarobkową. O ile przed objęciem środowiskową formą opieki i po pierwszym roku jej sprawowania żadna z osób nie pracowała zarobkowo, to w ciągu następnych trzech lat 17% pacjentów otrzymujących rentę inwalidzką równocześnie pracowało. Wyraża się to istotną zmianą struktury grupy ze względu na źródło utrzymania ($z=3,8$, $p<0,001$).

Satysfakcja z leczenia

Przy teoretycznej rozpiętości skali od 12 do 24 punktów i przyjęciu czterech przedziałów

Tablica 2. Funkcjonowanie społeczne i satysfakcja chorych z leczenia w kolejnych punktach pomiaru

Cecha	Wartości średnich i odchylenia standardowe						Różnice między pomiarami					
	pomiar I		pomiar II		pomiar III		pomiar I z II		pomiar II z III		pomiar I z III	
	średnia	odchylenie	średnia	odchylenie	średnia	odchylenie	t	p ≤	t	p ≤	t	p ≤
Funkcjonowanie społeczne – ogółem	88,2	9,2	107,3	7,6	101,3	8,4	15,0	0,001	6,3	0,001	10,7	0,001
Wycofanie	91,2	10,7	112,3	9,6	107,6	11,3	12,4	0,001	2,8	0,006	9,4	0,001
Komunikacja	93,4	20,3	114,6	17,9	108,1	15,9	6,8	0,001	2,4	0,02	4,8	0,001
Niezależność	86,9	15,3	104,9	12,0	102,6	12,8	11,6	0,001	2,4	0,02	10,4	0,001
Rekreacja	82,1	11,6	104,6	12,8	95,4	12,7	12,4	0,001	5,9	0,001	7,3	0,001
Prospokretność	82,6	8,6	100,5	10,3	94,6	11,4	13,7	0,001	4,8	0,001	9,1	0,001
Praca	93,0	12,3	106,8	11,5	99,8	15,2	6,9	0,001	4,3	0,001	3,0	0,003
Satysfakcja	15,6	3,5	23,0	1,3	22,9	1,6	16,4	0,001	0,4	ns	15,5	0,001

punktowych, określających stopień satysfakcji jako bardzo niski, niski, średni i wysoki, pacjenci przed objęciem opieką w systemie środowiskowym, prezentowali niski poziom zadowolenia z poprzedniej formy leczenia ($x = 15,6$ punktów). Po pierwszym roku leczenia satysfakcja osiągnęła wysoki poziom ($x = 23,0$), który utrzymał się przez następne trzy lata (tabl. 2).

Hospitalizacja

Czas pobytu. Przed objęciem opieką środowiskową średni czas pobytu pacjenta w szpitalu wynosił 92 dni, a po pierwszym roku leczenia obniżył się siedmiokrotnie, do 13 dni ($z = 5,4$, $p < 0,001$) (tabl. 3). Choć w czwartym roku opieki czas hospitalizacji wydłużył się znacząco, do 35 dni ($z = 2,4$, $p = 0,02$), to w dalszym ciągu był istotnie niższy niż przed objęciem opieką środowiskową ($z = 3,9$, $p < 0,001$).

Liczba przyjęć. W obserwowanym okresie występuje wyraźna prawidłowość dużego spadku pobyków w ciągu pierwszego roku, ze średnio $x = 1,2$ do $x = 0,4$ ($z = 5,0$, $p < 0,001$), a następnie niewielki wzrost w okresie czwartego roku do średnio $x = 0,6$ pobyków, z zauważalną w dalszym ciągu poprawą w stosunku do pomiaru pierwszego ($z = 3,4$, $p < 0,001$), sprzed objęcia opieką Zespołu (tablica 3). Można zatem stwierdzić wyraźny spadek liczby przyjęć pacjentów do opieki szpitalnej między okresem poprzedzającym leczenie środowiskowe a czwartym rokiem opieki środowiskowej.

Poziom obciążenia rodzin zachowaniami pacjentów

Programy środowiskowe postulują przejmowanie opieki nad pacjentami w ich naturalnym otoczeniu z założeniem wpływu na niektóre jego elementy. Taki system leczenia stwarza możliwość bezpośredniego oddziaływania zarówno na pacjenta jak i pozostałe osoby pozostające z nim w kontakcie. Interesującym nas zagadnieniem był wpływ leczenia środowiskowego na poziom obciążenia zachowaniami pacjenta, odczuwany przez opiekującą się nim osobę.

Badaniem objęto 53 osoby opiekujące się pacjentami (5 pacjentów mieszkających samotnie nie miało również żadnej osoby znaczącej). Opiekunami najczęściej były matki – 38% (tylko 6% ojców), współmałżonek (współmałżonka) – 19%, rodzeństwo – 15%, dorosłe dzieci – 13%, dalsza rodzina – 3%, osoby obce – 6%. Były to w większości osoby starsze, ich średni wiek wynosił 54,8 lat, 50% opiekunów miało od 45 do 65 lat, a 27% co najmniej 65 lat. Ponad połowa (52%) pracowała zarobkowo, pozostali to w większości emeryci i renciści.

Zastosowano 5 przedziałów punktowych, określających stopień obciążenia jako bardzo wysoki, dość wysoki, średni, niski i brak obciążenia. Zanim objęto pacjentów programem leczenia środowiskowego, średni wynik na Skali Obciążenia wynosił 6,4 punktu, co przy teoretycznie określonych przedziałach punktowych definiowane jest jako średni stopień obciążenia. Po roku leczenia, stopień obciążenia deklarowanego przez opiekunów istotnie spadł do poziomu $x = 0,9$ ($t = 14,9$, $p < 0,001$), definiowanego jako brak obciążenia, a w ciągu następnych trzech nastąpił wzrost do $x = 2,4$ ($t = 4,7$, $p < 0,001$), plasując się w przedziale punktowym określającym niskie obciążenie. Czyli w dalszym ciągu w odniesieniu do pierwszego pomiaru (przed objęciem opieką) odczuwane przez opiekunów obciążenie istotnie obniżyło się ($t = 8,7$, $p < 0,001$) (tabl. 4).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Kiedy po pierwszym roku pracy Zespołu Leczenia Środowiskowego z pacjentami uzyskano bardzo wysokie, wręcz spektakularne jej efekty, wyrażone poprawą na wszystkich zastosowanych miarach wpływu na pacjentów i ich opiekunów, zastanawiano się, jakie czynniki spowodowały tak nieoczekiwane rezultaty. Przypuszczano, że oprócz dużego i już wówczas bardzo profesjonalnego wkładu pracy, członkowie Zespołu prezentowali wyjątkową motywację.

Tablica 3. Cechy hospitalizacji w kolejnych punktach pomiaru

Cecha	Wartości średnich i odchylenia standardowe						Różnice między pomiarami					
	pomiar I		pomiar II		pomiar III		pomiar I z II		pomiar II z III		pomiar I z III	
	średnia	odchylenie	średnia	odchylenie	średnia	odchylenie	t	p ≤	t	p ≤	t	p ≤
Czas pobytu	91,9	89,3	13,4	26,3	35,0	61,4	5,4	0,001	2,4	0,02	3,9	0,001
Liczba przyjęć	1,2	0,9	0,4	0,6	0,6	1,0	5,0	0,001	1,2	ns	3,4	0,001

Tablica 4. Obciążenie rodziny

Cecha	Wartości średnich i odchylenia standardowe						Różnice między pomiarami					
	pomiar I		pomiar II		pomiar III		pomiar I z II		pomiar II z III		pomiar I z III	
	średnia	odchylenie	średnia	odchylenie	średnia	odchylenie	t	p ≤	t	p ≤	t	p ≤
Obciążenie rodziny	6,4	2,9	0,9	1,2	2,4	2,6	14,9	0,001	4,7	0,001	8,7	0,001

Entuzjazm, z jakim podejmowano wszelkie działania w Zespole, był niewątpliwie powodowany dużą atrakcyjnością łączenia w pracy opieki nad pacjentami z zajęciami szkoleniowymi (warsztatami, superwizjami), prowadzonymi przez specjalistów holenderskich, również na terenie Holandii, pracy dodatkowo gratyfikowanej z funduszu sponsorów holenderskich.

Mimo, że w ciągu następnych trzech lat w zasadzie nie zmienił się ani skład personalny Zespołu, ani metody oddziaływania i intensywność kontaktów z pacjentami i rodzinami, uzyskane po pierwszym roku efekty udało się utrzymać na tym samym poziomie jedynie w wymiarze satysfakcji i liczby hospitalizacji. Poziom satysfakcji z leczenia, który w okresie pierwszego roku wzrósł z niskiego do maksymalnie wysokiego nie zmienił się przez następne trzy lata. Podobna tendencja wystąpiła w częstotliwości pobytów w szpitalu, ich liczba w czwartym roku leczenia była prawie tak samo niska jak po pierwszym okresie opieki. Natomiast w odniesieniu do poziomu funkcjonowania społecznego pacjentów, czasu ich hospitalizacji oraz stopnia odczuwanego obciążenia przez opiekunów, wystąpiła w całym czteroletnim okresie badawczym taka sama prawidłowość: bardzo duża poprawa po pierwszym roku opieki, następnie znaczne (istotne statystycznie) pogorszenie po trzech następnych latach, ale w stopniu utrzymującym wyniki w dalszym ciągu istotnie lepsze niż przed objęciem tą formą opieki.

Można zatem twierdzić o pozytywnych skutkach opieki środowiskowej Zespołu, wykazanych po dłuższym okresie jej sprawowania. Potwierdzają one wyniki wielu prowadzonych na świecie badań w których zaobserwowano wyraźną poprawę satysfakcji pacjentów z usług [4, 5, 9, 10], skrócenie czasu hospitalizacji [4, 5, 10], oraz zmniejszenie poczucia obciążenia u rodzin [4, 7]. Natomiast funkcjonowanie społeczne pacjentów, chociaż w wielu badaniach, podobnie jak w naszych, uległo wyraźnej poprawie [3, 12] nie zawsze osiąga oczekiwany po-

ziom, niektóre prace wskazują na brak albo minimalne rezultaty [11].

Wyjątkowo wysoką poprawę, jaką zaobserwowano w naszych badaniach po pierwszym roku opieki Zespołu należy potraktować, jak czyni to wielu badaczy przedmiotu, w kategoriach tzw. efektu Hawthorna [6, 12], czyli wpływu czynnika wysokiego zaangażowania emocjonalnego. Nie udaje się go na ogół utrzymać w dłuższych okresach rutynowej pracy, które dla oceny efektów działań zespołów leczenia środowiskowego są bardziej miarodajne. W wielu bowiem badaniach, w pierwszym okresie działań zespołów nie ujawniały się żadne korzystne wpływy, bądź były one nikłe, a pozytywne efekty uzyskiwano dopiero po upływie kilku lat [3]. Wydaje się, że pierwszy rok pracy zespołów powinien być traktowany jako okres pilotażowy ze względu na duże prawdopodobieństwo nie pojawienia się żadnych rezultatów jak i wystąpienia spektakularnie wysokich.

Dużym mankamentem badań ewaluacyjnych Zespołu Środowiskowego Szpitala „Drewnica” jest brak grupy kontrolnej. Bardzo często długotrwałe oddziaływania zespołu wpływają na funkcjonowanie innych agend społecznych, również służby zdrowia, łącznie z jej tradycyjnymi formami. Wówczas poprawa może wystąpić również u pacjentów, pozostających w innym systemie opieki i tylko wprowadzenie grupy kontrolnej pozwala stwierdzić stopień efektywności opieki środowiskowej. Niemniej, tak wyraźny korzystny wpływ zespołu środowiskowego na wszystkie, zastosowane w naszych badaniach wymiary ewaluacji, potwierdza słuszność tendencji do rozszerzenia sieci tej formy opieki w Polsce.

WNIOSKI

1. Po czterech latach funkcjonowania Zespołu nastąpiła istotna poprawa we wszystkich badanych obszarach jego wpływu na pacjentów (funkcjonowanie społeczne, satysfakcja z usług, liczba i czas hospitali-

- zacji) oraz wpływu na rodziny (obciążenie zachowaniami pacjenta).
2. W stosunku do spektakularnie wysokich wyników osiągniętych po pierwszym roku działania Zespołu, na tym samym poziomie przez następne trzy lata utrzymała się satysfakcja z usług i częstość hospitalizacji. Obniżyło się natomiast funkcjonowanie społeczne, wydłużył czas hospitalizacji i wzrosło obciążenie rodzin, jednakże w dalszym ciągu w obszarach tych stwierdza się statystycznie istotną poprawę w porównaniu z okresem sprzed objęcia opieką Zespołu.
 3. Brak grupy kontrolnej nie daje możliwości określenia w jak wysokim stopniu program środowiskowy wpłynął na osiągniętą poprawę w stosunku do tradycyjnych form leczenia.
 4. Wyniki potwierdzają jednak słuszność tendencji do rozszerzania sieci zespołów leczenia środowiskowego w Polsce.
 3. Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: An update of randomized trials. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 669–75.
 4. Chandler D, Meisel J, Hu T, McGoven M, Madison K. Client outcomes in a three-year controlled study of an integrated service agency model. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 1337–43.
 5. Dixon L. Assertive community treatment: Twenty-five years of gold. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 6, 759–65.
 6. Hafner H, van der Heiden W. Evaluating effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1991; 17: 441–53.
 7. Hoult J. Psychiatric hospital versus community treatment – a controlled study. Sydney: Department of Health, NSW; 1983.
 8. Ignaczak M. Kwestionariusz A-B i skala S – narzędzia do pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki psychiatrycznej i odwykowej. Konstrukcja kwestionariusza satysfakcji, parametry psychometryczne. *Biul IPiN* 1990; 3–4 (80–81): 61–105.
 9. Knapp M, Marks I, Wolstenholme J, Beecham J, i in. Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 506–12.
 10. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, Mcnamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 179–94.
 11. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Zespoły leczenia środowiskowego: metaanaliza informacji z literatury. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7: 387–98.
 12. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Effects of community mobile team intervention in the Drewnica hospital catchment area. 1. Patient outcome. *Intern J Soc Psychiatry* 1999; 45 (3): 207–15.

PIŚMIENNICTWO

1. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The Development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 853–9.
2. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E. Skuteczność zespołu leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – wpływ na obciążenie rodziny. *Post Psychiatr Neurol* 1999; 8: 357–64.

*Adres: Mgr Ludmila Boguszewska,
Zakład Organizacji Opieki Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*