

Oddziały dzienne jako alternatywa hospitalizacji dla różnych grup chorych psychicznie

Day hospitals as an alternative form of care for various groups of patients with mental disorders

ZUZANNA KONIECZYŃSKA

Z III Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Opracowanie jest przeglądem piśmiennictwa dotyczącym oddziałów dziennych w lecznictwie psychiatrycznym. Autorka przedstawia społeczne i historyczne przesłanki wyodrębnienia takich oddziałów oraz ich rozpowszechnienie na świecie i w Polsce. Omawia też współczesne poglądy i wyniki badań na temat zadań wyznaczanych oddziałom dziennym oraz skuteczności ich realizacji. Podkreśla, że oddziały dzienne traktowane są najczęściej jako alternatywa dla hospitalizacji całodobowej i przedstawia ich wykorzystanie w leczeniu chorych z zaburzeniami psychicznymi, dzieci i młodzieży, osób uzależnionych od alkoholu i chorych geriatrycznych (red.).*

SUMMARY. *The paper presents an update of the literature on day hospitals in psychiatric services. Social and historical premises for such facilities establishment, and their distribution both in Poland and in other countries are discussed. Moreover, contemporary views and research findings concerning the tasks assigned to day hospitals and these tasks implementation efficacy are summarized by the author. It was pointed out that day hospitals are most often regarded as an alternative to inpatient treatment. The role of day hospitals in the treatment of the mentally disordered, children and adolescents, alcohol dependent persons and geriatric patients is described (Eds.)*

Słowa kluczowe: oddziały dzienne / skuteczność
Key words: day hospitals / efficacy

GENEZA I ROZWÓJ ODDZIAŁÓW DZIENNYCH

Koncepcja oddziałów dziennych wywodzi się z nurtu humanistycznego w psychiatrii. Jest ściśle związana z procesami deinstytucjonalizacji, a więc z okresem kilkudziesięciu ostatnich lat, w którym w lecznictwie psychiatrycznym dokonywały się bardzo burzliwe zmiany.

Dane z literatury wskazują na to, że w historii organizacji lecznictwa psychiatrycznego dwa procesy były najistotniejsze: instytucjonalizacja i deinstytucjonalizacja. Oba procesy, oparte były na pewnych założeniach ideologicznych czy wręcz idealistycznych, zdaniem

Houlta (12), natomiast nie były poprzedzone żadnymi badaniami czy analizą przydatności, możliwych skutków i efektywności.

Obu procesom towarzyszyły podobne ideologie i entuzjazm. Natomiast przeciwstawne były dążenia i cele (2). W pierwszym, a więc w instytucjonalizacji, celem było budowanie szpitali psychiatrycznych, które miały być bezpiecznymi i terapeutycznymi azylami dla chorych. W drugim - deinstytucjonalizacji - dążenia sprowadzały się do likwidowania azylów, które, jak się okazało, miały niekorzystny, destrukcyjny wpływ na pacjentów.

Deinstytucjonalizacja, a więc ograniczenie liczby łóżek szpitalnych i wypisywanie pa-

cjentów, pociągało za sobą konieczność przenoszenia ciężaru leczenia i opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi do działań środowiskowych, do tworzenia nowych form opieki. Jedną z takich form organizacyjnych miały być oddziały dzienne.

Podstawowym celem tworzenia oddziałów dziennych było przede wszystkim umożliwienie pacjentom leczenia, tak intensywnego jak w oddziałach całodobowych, bez konieczności izolowania od środowiska, w jakim żyli, często na wiele miesięcy czy nawet lat.

W latach sześćdziesiątych wydawało się, że oddziały dzienne staną się podstawową formą organizacyjną w leczeniu psychiatrycznym dla osób wymagających leczenia szpitalnego, a oddziały całodobowe ulegną stopniowej likwidacji lub staną się oddziałami wspierającymi oddziały dzienne (23).

Jednak mimo znacznego upływu czasu, oddziały dzienne nie zyskały takiego znaczenia. W oddziałach tych bowiem leczony jest nikły procent pacjentów (11, 20, 19), np. w USA w 1986 r. liczba leczonych wynosiła 7,6% przyjętych do opieki całodobowej i 2% leczonych ambulatoryjnie (11).

W Polsce, do 80 oddziałów dziennych, które dysponują 1970 miejscami, przyjmowanych jest jedynie 5,1% pacjentów w porównaniu z liczbą przyjęć do oddziałów całodobowych i 1,2% w porównaniu z liczbą osób objętych opieką ambulatoryjną. Natomiast liczba miejsc w oddziałach dziennych wynosi 5,6% liczby łóżek rzeczywistych w oddziałach całodobowych. Udział więc oddziałów dziennych w Polsce, podobnie jak w innych krajach, w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jest niewielki. Rozwój tej formy leczenia w Polsce jest powolny, np. między 1984 a 1992 rokiem przybyło 21 oddziałów z 470 miejscami, a wskaźniki porównujące liczbę przyjęć i liczbę miejsc w porównaniu z leczeniem stacjonarnym wzrosły minimalnie (19, 30).

Przyczyny tak wolnego rozwoju oddziałów dziennych nie są wyjaśnione. W literaturze wymienia się m. in. pewną niechęć profesjonalistów do tego typu leczenia, związaną m.

in. z nieznaną programów i możliwości terapeutycznych, lękiem przed utratą pozycji zawodowej, brakiem poparcia, również finansowego, ze strony administracji, brakiem odpowiednich przepisów.

W Polsce w 1973 r., po wieloletnich staraniach IPiN, wydana została instrukcja Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie organizacji i prowadzenia oddziałów dziennych. W instrukcji tej zaleca się tworzenie oddziałów dziennych w miastach powyżej 50 tys. ludności, w proporcji 3 miejsca w oddziałach dla dorosłych na 10 tys. ludności oraz 0,75 do 1,5 miejsca w oddziałach dla dzieci i młodzieży. Według ówczesnych prognoz już w latach siedemdziesiątych miało powstać ok. 3 tys. miejsc (19). Po upływie 20 lat od oszacowania potrzeb liczby miejsc w tych oddziałach, nadal brakuje ponad 1000 miejsc, przy czym należy przypuszczać, że aktualnie wykonana prognoza byłaby wyższa, z uwagi choćby na przyrost ludności, czy też na zwiększenie się liczby osób starszych w populacji.

PRZYDATNOŚĆ I SKUTECZNOŚĆ ODDZIAŁÓW DZIENNYCH

Mimo powolnego rozwoju, oddziały dzienne są powszechnie akceptowane przede wszystkim jako alternatywa hospitalizacji całodobowej i nie przestają być przedmiotem badań. Liczba publikacji na ten temat jest bardzo duża, np. między 1983 a 1985 rokiem ukazało się ponad 140 prac (19). W ostatnich latach zainteresowanie oddziałami dziennymi spadło, co może być związane, między innymi z trudnościami metodologicznymi na jakie napotykać badacze, a także ze wzrastającymi wymaganiami metodologicznymi w badaniach w psychiatrii. Nie bez znaczenia może być także brak perspektyw szybkiego rozwoju dla tego typu oddziałów i większe zainteresowanie innymi formami leczenia środowiskowego w ostatniej dekadzie.

Mimo wielkiej liczby publikacji, większość problemów dotyczących funkcjonowania oddziałów dziennych nie zostało rozstrzy-

gniętych, być może z powodu licznych niedostatków metodologicznych, m. in. znikomej liczby badań porównawczych z innymi formami organizacyjnymi lecznictwa psychiatrycznego z losowym doбором do grup. Wydawało się, że badania z losowym doбором do grup dla porównania efektywności leczenia w oddziałach dziennych i całodobowych będą stanowić przełom w możliwościach oceny przydatności i skuteczności (3, 4, 5, 6, 17, 21, 25, 27). Jednakże prac takich ukazało się jedynie kilka, są one bowiem trudne do wykonania i wymagają kontroli bardzo wielu zmiennych. O stopniu trudności może świadczyć doniesienie o konieczności rezygnacji po rozpoczęciu badań (3). Z drugiej strony wartość badań bez doboru losowego jest ograniczona z uwagi na to, że prace te mają niedostatki metodologiczne i są w niewielkim stopniu porównywalne.

Z dotychczasowych badań wynika, że oddziały dzienne są przede wszystkim traktowane jako korzystna alternatywa leczenia całodobowego lub ambulatoryjnego. Wielu autorów jest zdania, że w oddziałach dziennych pacjenci są bardziej usatysfakcjonowani z leczenia, uzyskuje się większą poprawę w zakresie objawów psychopatologicznych, a także w zakresie funkcjonowania społecznego. Według niektórych, nawroty po leczeniu w trybie dziennym są rzadsze niż po hospitalizacji całodobowej (3,5,6,11,13,21,23,25). Nie brak jednak głosów, że tak naprawdę wyższość form pośrednich nad leczeniem szpitalnym czy ambulatoryjnym nie została udowodniona w zakresie żadnej zmiennej (28), nie tylko w zakresie poprawy objawowej lecz nawet w funkcjonowaniu społecznym.

Dość sprzeczne wyniki badań nie umniejszają jednak przewagi oddziałów dziennych nad całodobowymi w zakresie utrzymania kontaktów z osobami bliskimi i środowiskiem w czasie leczenia, zachowanie większej autonomii pacjenta w czasie pobytu w oddziale, łatwiejszej adaptacji do środowiska po wypisie, łatwiejszego kontaktu personelu z najbliższym otoczeniem pacjenta, możliwości

zmniejszenia zapotrzebowania na łóżka psychiatryczne i obniżenia kosztów leczenia (19).

Możliwości obniżenia kosztów leczenia oceniane są różnie: od 3/4 do kilkunastu procent kosztów leczenia hospitalizacji całodobowej (5, 11, 23). Różnice te mogą wynikać z wielu czynników, m. in. ze sposobu wyliczenia kosztów, liczby personelu, z wprowadzania dodatkowych usług w oddziałach dziennych - np. opieka środowiskowa poza godzinami pracy oddziału, opieka lekarza ogólnego, zaplecze w postaci łóżek gdzie pacjent może spędzić noc itp.

Z licznych publikacji wynika, że w oddziałach dziennych mogą być leczeni pacjenci ze wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych. Zdaniem Kluitera i wsp. (17) nie ma absolutnych przeciwwskazań do tego typu leczenia, a każdego pacjenta wymagającego hospitalizacji całodobowej można traktować jako potencjalnego kandydata do leczenia w trybie dziennym. Uważa się jednak, że pacjenci z tendencjami do zagrażania sobie lub innym, ostro pobudzeni, w rażący sposób naruszający normy społeczne nie powinni być przyjmowani do oddziałów dziennych. Również pacjenci niezdolni do minimalnej choćby współpracy z personelem nie utrzymują się w tego typu leczeniu.

Autorzy wielu różnych prac podają bardzo szerokie spektrum kategorii diagnostycznych leczonych w oddziałach dziennych począwszy od nerwic, zaburzeń osobowości, poprzez psychozy w fazie ostrej i przewlekłej, zespoły uzależnień, zaburzenia wieku podeszłego, zaburzenia u dzieci i młodzieży do schorzeń somatycznych, np. cukrzyca, nowotwory (20, 23).

Większość autorów jest zgodna co do tego, że oddziały dzienne są szczególnie korzystne w leczeniu i rehabilitacji pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, zwłaszcza przewlekłej, a także dla dzieci, ponieważ kontakt z rodziną nie ulega zaburzeniu poprzez hospitalizację.

W badaniach nad skutecznością i przydatnością oddziałów dziennych podkreślany jest brak jasnej i precyzyjnej definicji nie tylko oddziału dziennego, lecz i terminu szerszego

- częściowej hospitalizacji. Utrudnia to w istotny sposób rozróżnienie typów poszczególnych oddziałów pod kątem zakresu oferowanych usług, oceny stosowanych programów, populacji przyjmowanych pacjentów itp. Według wielu autorów stanowi to istotny mankament nie tylko w prowadzeniu badań i ocenie ich wyników lecz i w wykorzystaniu i rozpowszechnianiu tego typu placówek (11, 20, 23, 24)

Niektórzy badacze próbują podzielić oddziały dzienne na różne typy w zależności od spełnianych głównych funkcji czy populacji leczonych pacjentów.

Próbuje się wyróżnić oddziały sprofilowane, które przyjmują pacjentów wg kryteriów diagnostycznych (23), a więc oddziały dla osób z psychozami, z zespołami zależności alkoholowej, z niedorozwojem, zaburzeniami wieku podeszłego, z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości, a także dla dzieci i młodzieży. Jest to więc podział według kryteriów diagnostycznych i wiąże się z odmiennymi programami terapeutycznymi stosowanymi w tych oddziałach. Jednak zdecydowana większość oddziałów przyjmuje pacjentów z różnymi zaburzeniami, poza oddziałami dla dzieci, kierując się jedynie kryteriami aktualnego stanu klinicznego (19,20, 24, 25). Według niektórych autorów zróżnicowanie diagnostyczne pacjentów w jednym oddziale może korzystnie wpływać na procesy terapii, a organizowanie oddziałów przyjmujących różnych chorych stwarza możliwość ograniczenia kosztów, ponieważ nie wymaga tworzenia wielu odrębnych sprofilowanych oddziałów (20).

Innym systemem klasyfikacji jest proponowany przez autorów amerykańskich podział oparty o funkcje jakie spełniają oddziały dzienne (11, 20). Autorzy ci wyróżniają szpital dzienny, leczenie dzienne i opiekę dzienną.

Szpital dzienny (day hospital, intensive care - wg różnych autorów) pełni głównie funkcje alternatywną do hospitalizacji całodobowej. Leczeni są tu pacjenci w zasadzie wymagający

pobytu w oddziale całodobowym. Celem podstawowym jest redukcja objawów psychopatologicznych, czas trwania leczenia jest stosunkowo krótki (od 4 do 8 tygodni).

Leczenie dzienne (day treatment) jest przewidziane dla pacjentów zarówno z ostrymi jak i przewlekłymi zaburzeniami, jednak z mniej nasilonymi objawami niż u przyjmowanych do szpitala dziennego. Leczenie nastawione jest na poprawę w zakresie objawów lecz także na poprawę funkcjonowania społecznego. Czas leczenia jest dość długi - od 3 do 6 miesięcy. Programy leczenia dziennego budzą wątpliwości, uważa się bowiem, że czas potrzebny do uzyskania poprawy objawowej jest znacznie krótszy, natomiast czas pobytu w oddziale jest zbyt krótki aby uzyskać znaczący postęp w rehabilitacji.

Programy opieki dziennej (day care) oferują wsparcie i programy środowiskowe dla tych pacjentów, którzy nie utrzymują się w bardziej aktywnych programach leczenia, wymagają strukturalizacji czasu w ciągu dnia, bądź wsparcia w utrzymaniu aktualnego poziomu funkcjonowania w rolach społecznych, czy też nadzoru w leczeniu, co jest korzystne w zapobieganiu nawrotom choroby. W tego typu placówkach pacjenci przebywają długo, zwykle ponad rok. Typowo programy te mają wielu pacjentów i niski wskaźnik stosunku liczby personelu do liczby pacjentów. Były najbardziej krytykowane z uwagi na to, że długi czas pobytu mógł prowadzić do nadmiernego uzależnienia pacjentów. W Stanach Zjednoczonych finansowanie tych oddziałów gwałtownie spadło, a pacjenci uprzednio tam leczeni trafiają do programów rehabilitacji lub klubów.

Godne uwagi i ważne badania z punktu widzenia oceny praktycznego funkcjonowania oddziałów prowadzących częściową hospitalizację, wykonano w Holandii. Analizowano działalność wszystkich 85 oddziałów dziennych w kraju pod kątem efektywności i przydatności, z uwzględnieniem wielu zmiennych (24). Autorzy pracy, zgodnie z danymi z literatury i dotychczasowymi doświadczeniami,

wyróżnili cztery funkcje, jakie może spełniać oddział dzienny:

1. oddział dzienny jako alternatywa całodobowej hospitalizacji,
2. jako kontynuacja całodobowej hospitalizacji,
3. jako alternatywa leczenia ambulatoryjnego,
4. jako opieka dzienna lub usługi rehabilitacyjne dla przewlekle chorych.

Analiza programów terapii, populacji leczonych pacjentów, zatrudnionego personelu i innych zmiennych wykazała, że tylko 56% oddziałów można było zaliczyć do którejsz z tych 4 kategorii. Oddziały te wprawdzie pełniły również po części funkcje przypisane innym kategoriom, różniły się jednak na tyle, że można było je przypisać do jednej z wyróżnionych kategorii.

Podobna analiza działalności oddziałów dziennych w całym kraju była wykonana w Polsce w 1985 r. (19), jednak z uwzględnieniem mniejszej ilości badanych zmiennych i z nieco innymi celami. Badano bowiem głównie metody i poziom terapii, populację leczonych pacjentów oraz wykorzystanie miejsc. W badaniach tych stwierdzono, że w 35 dziennych oddziałach psychiatrycznych dla osób dorosłych spośród ponad 3 tysięcy leczonych pacjentów 46% była leczona farmakologicznie tak intensywnie jak w oddziałach całodobowych. Świadczyć to może o tym, że grupa ta spełniała wymogi zaliczenia do alternatywy leczenia całodobowego lub kontynuacji hospitalizacji całodobowej.

Obie cytowane prace są mało porównywalne, jednak na podstawie przytoczonych danych można przypuszczać, że w Polsce oddziały dzienne w pewnym stopniu są alternatywą hospitalizacji całodobowej czy kontynuacji leczenia w oddziale całodobowym, podobnie jak w Holandii. Ponadto w Polsce, wśród oddziałów dla osób dorosłych psychicznie chorych, jest kilkanaście oddziałów o profilu rehabilitacyjnym, które pracują w kooperacji ze spółdzielczością inwalidzką. Spółdzielczość oferuje dla pacjentów proste prace manualne za niewielkim wynagrodze-

niem. Oddziały te, o programach głównie socjoterapeutycznych, traktowane były jako placówki pośrednie dla pacjentów przygotowywanych do pracy zarobkowej w zakładach pracy chronionej lub na wolnym rynku. Oddziały te mieściłyby się w kategorii czwartej: opieka dzienna lub usługi rehabilitacyjne według autorów holenderskich.

Podsumowując problemy przydatności i skuteczności różnych typów oddziałów dziennych można stwierdzić, że w oparciu o liczne badania w tym zakresie, wykonywane na przestrzeni kilkudziesięciu lat - trudno jest kwestionować korzyści leczenia i rehabilitacji w tych oddziałach. Brak jednolitej terminologii określającej poszczególne kategorie oddziałów, brak precyzyjniejszego zdefiniowania funkcji, liczne braki metodologiczne w badaniach, różnorodność programów, sprzeczne wyniki badań znacznie utrudniają wyciągnięcie wniosków. Małe możliwości porównywania badań nie skłaniają do uogólnienia uzyskiwanych wyników i przenoszenia opisywanych doświadczeń w inne warunki.

Można jednak stwierdzić, że w oddziałach dziennych, przy mniejszym nakładzie kosztów, uzyskuje się wyniki jeśli nie lepsze, to na pewno takie same jak w bardziej tradycyjnych formach leczenia. Przydatność tych oddziałów w całokształcie organizacji lecznictwa psychiatrycznego jest niekwestionowana, wypełniają bowiem lukę między hospitalizacją całodobową a leczeniem ambulatoryjnym. Zarówno pacjenci, u których nie uzyskuje się poprawy w leczeniu ambulatoryjnym, jak i ci którzy nie wymagają bezwzględnie hospitalizacji mają możliwość leczenia w placówkach, które nie wymagają izolacji od środowiska, w których stosuje się, poza farmakoterapią, szereg metod socjoterapeutycznych i psychoterapeutycznych.

W ostatniej dekadzie coraz częściej podnoszony jest problem konkurencyjności programów środowiskowych w stosunku do oddziałów dziennych, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych (11, 26). W Stanach Zjednoczonych podważana jest sensowność leczenia

we wszystkich formach oddziałów dziennych poza szpitalem dziennym, a więc alternatywą hospitalizacji całodobowej. Rehabilitacyjne i terapeutyczne funkcje oddziałów są przejmowane przez intensywne programy środowiskowe i zawodowe, a także przez klubodomy, które odgrywają coraz większą rolę w dostarczeniu wsparcia i opieki, zwłaszcza osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Jednak przewaga tych programów nad oddziałami dziennymi nie jest udowodniona, nawet pod względem niższych kosztów. Z programów eksperymentalnych wynika, że intensywne programy leczenia środowiskowego wymagają zaangażowania dużej liczby personelu, cechującego się wysokim poziomem zawodowym i dużym zaangażowaniem w pracę, co pociąga za sobą duże koszty (12). Koszty te mogą okazać się wyższe, a efektywność programów środowiskowych w porównaniu z leczeniem w oddziałach dziennych wymaga dalszych badań. Badania programów rehabilitacyjnych, zwykle sprowadzających się do treningu umiejętności społecznych, wskazują, że treningi prowadzone w środowisku chorego mogą być skuteczniejsze niż prowadzone w oddziałach dziennych z uwagi na duże trudności przeniesienia zdobytych przez pacjentów umiejętności na inne sytuacje społeczne, co jest istotnym elementem, zwłaszcza w schizofrenii przewlekłej. Jednakże są pacjenci, którzy z uwagi na zaostrzenie objawów psychiatrycznych albo na inne przewlekłe objawy nie mogą sprostać wymaganiom programów rehabilitacyjnych lub zaadoptować się do zbyt wysokiego poziomu stymulacji. Dla tych osób oddział dzienny może być często jedynym środowiskiem terapeutycznym, w którym mogą uzyskać wsparcie (11).

Trudno więc aktualnie prognozować, czy rzeczywiście intensywne programy środowiskowe są konkurencyjne w stosunku do oddziałów dziennych i czy zajmą ich miejsce. Należałoby raczej spodziewać się, że programy te przejmą część funkcji spełnianych przez oddziały dzienne. Staną się zatem cennym elementem organizacji lecznictwa psychiatrycz-

nego, nie konkurującym a uzupełniającym i poszerzającym istniejące dotychczas formy leczenia. Ponadto oddziały dzienne o programach rehabilitacyjnych są również w pewnym sensie alternatywą hospitalizacji całodobowej. W szpitalach psychiatrycznych bowiem przez całe lata prowadzona jest rehabilitacja przewlekłe chorych zwłaszcza z rozpoznaniem schizofrenii. Oddziały dzienne natomiast świadczą tego typu usługi dla niewielkiej części chorych wymagających tego typu programów. Nie wydaje się, aby i oddziały dzienne i programy środowiskowe, przy aktualnie niskim procencie udziału w leczeniu i rehabilitacji populacji chorych, były w stanie objąć rehabilitacją tak dużą liczbę pacjentów.

W tej sytuacji podważenie celowości leczenia i rehabilitacji w takich formach jak leczenie dzienne czy opieka dzienna wydaje się co najmniej przedwczesne.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, oddziały dzienne były początkowo traktowane głównie jako alternatywa hospitalizacji całodobowej (19). Pierwszy oddział tego typu powstał w 1947 r. W następnych dekadach w nowopowstających oddziałach leczono i rehabilitowano pacjentów z różnymi wskazaniem do przyjęcia. Powstawały oddziały rehabilitacyjne i oddziały terapeutyczne, zwykle z eklektycznymi programami, wielofunkcyjne. Instrukcja Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1973 r. zalecała organizowanie oddziałów terapeutycznych (najbliższe szpitalom dziennym), terapeutyczno-rehabilitacyjnych i rehabilitacyjnych. Analogicznie jak w innych krajach, w praktyce zarysowały się tendencje do skupienia w jednym oddziale wielu funkcji - alternatywy hospitalizacji całodobowej, leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacji (18, 19).

Mimo dość szerokiej krytyki niejasnej roli oddziałów dziennych, niektórzy podkreślają zalety takich rozwiązań. Możliwość świadczenia wielu usług w jednym oddziale bez konieczności przenoszenia pacjenta do innych placówek gwarantuje ciągłość opieki. Natomiast między poszczególnymi placówkami trudno jest utrzymać ciągłość leczenia czy re-

habilitacji. Problemy te są szczególnie ważne u pacjentów z przewlekłą schizofrenią, u których związki ze środowiskiem terapeutycznym buduje się miesiącami, a czasem nawet latami i którzy mają szczególne trudności w przeniesieniu zdobytych doświadczeń i umiejętności społecznych w inne otoczenie.

W Polsce w 1985 r. z istniejących 56 oddziałów dziennych można było wyróżnić: oddziały dzienne dla psychicznie chorych - 35, oddziały dla osób z nerwicą - 8, dla uzależnionych od alkoholu - 4, dla dzieci i młodzieży - 8. Brak było oddziałów psychogeriatrycznych.

Alternatywa hospitalizacji całodobowej a oddziały dzienne dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi

Problem jaką liczbę chorych wymagających hospitalizacji całodobowej można leczyć w oddziałach dziennych nie został rozstrzygnięty. W różnych badaniach liczba ta waha się od 1/5 aż do siedemdziesięciu kilku procent (10, 11, 17, 18, 23, 29). Wydaje się, że rozstrzygnięć można oczekiwać w badaniach porównawczych z losowym doбором pacjentów do grup kierowanych do oddziału dziennego i do całodobowego i z analizą wielu zmiennych. Badania takie zapoczątkował Wilder i wsp. w 1966 r. Mimo licznych niedociągnięć metodologicznych praca ta ma swe zalety, ponieważ była wykonana na stosunkowo dużej grupie pacjentów i wszyscy skierowani do leczenia szpitalnego byli włączeni do grupy (29). W następnych dekadach badań takich wykonano bardzo mało (3, 4, 17, 21, 25) z uwagi na duże trudności metodologiczne. Już we wstępnej selekcji do tego typu badań duża część pacjentów skierowanych do hospitalizacji całodobowej jest odrzucana i tylko od 10% do 55% jest włączonych do dalszego, zasadniczego etapu. Selekcja zatem jest zbyt surowa, aby z badań tych można było wyciągnąć istotne wnioski (17). Mimo dużych rozbieżności w wynikach, badania te wskazują, że ok. 1/3 pacjentów

skierowanych do hospitalizacji całodobowej może być leczona w oddziale dziennym (3, 4, 17, 21, 25). Leczenie w oddziale dziennym większej liczby pacjentów wymaga zorganizowania dodatkowych usług, jak np. możliwość kontaktu telefonicznego z personelem przez 24 godziny na dobę, możliwość korzystania ze wsparcia przez służby środowiskowe w domu pacjenta poza godzinami pracy oddziału dziennego, możliwość hospitalizacji w razie pogorszenia stanu zdrowia przez jedną lub kilka nocy, możliwość przeniesienia pacjenta do oddziału całodobowego (17). Ocenia się, że ok. 50% leczonych w oddziale przyjmującym więcej niż 1/3 skierowanych do hospitalizacji całodobowej wymagała dodatkowej opieki (25).

Mimo znacznego postępu w stosowanej metodologii badania te nie przyniosły wyraźnego przełomu w możliwościach oceny oddziałów dziennych (25). Nadal jednak bardzo istotną wartość mają badania sprowadzające się do opisu rozwiązań organizacyjnych i metod terapii.

W poszukiwaniu rozwiązań funkcjonowania oddziałów dziennych jako alternatywy hospitalizacji można wyróżnić dwa modele (18):

1. w pierwszym - leczenie pacjentów wymagających hospitalizacji oparte jest o działalność oddziału całodobowego, na rzecz którego pracuje oddział dzienny, zmniejszając obłożenie łóżek przez: a/ przyjmowanie skierowanych do hospitalizacji całodobowej tej części pacjentów, którzy zostają zakwalifikowani do leczenia w trybie dziennym, b/ przez przyjmowanie z oddziału całodobowego pacjentów, u których uzyskano taki stopień poprawy, który rokuje możliwość dalszego leczenia w oddziale dziennym;
2. w drugim - centralnym elementem leczenia pacjentów jest oddział dzienny.

Pierwszy model jest stosowany dość często. Drugi model został wypracowany i wprowadzony w 1980 r. w Massachusetts Mental Health Center w Bostonie (10). Ograniczono tam znacznie liczbę łóżek, w miejsce których zor-

ganizowano oddziały dzienne i miejsca noclegowe w "gospodzie". Centralnym punktem przyjęć i leczenia pacjentów stał się oddział dzienny. Pozwoliło to na leczenie 72% pacjentów skierowanych do hospitalizacji całodobowej, w oddziałach dziennych. Model ten uważany jest za pionierski, ponieważ jest to najdalej idące rozwiązanie w dążeniu do odwrócenia istniejącej od lat hegemonii szpitala psychiatrycznego w organizacji lecznictwa psychiatrycznego.

Tak daleko idąca innowacja organizacyjna nie znalazła jednak szerszego zastosowania. W następnej dekadzie jedynie 2 ośrodki wykorzystwały w pewnym stopniu doświadczenia bostońskie (7, 13).

W Polsce w dużej mierze doświadczenia ośrodka w Bostonie zostały wykorzystane w III Klinice IPiN w Warszawie. W 1980 r. w Klinice liczba łóżek ograniczona została do połowy, a zorganizowano oddział dzienny i zespół leczenia środowiskowego. Dwunastoletnie doświadczenia wykazują, że podstawową rolę w obsłudze rejonu pełni, poza oddziałem całodobowym, oddział dzienny. Do oddziału dziennego przyjmowanych jest średnio 14% pacjentów skierowanych do hospitalizacji całodobowej, a leczonych jest 30% rocznie. Oddział pełni więc funkcję alternatywną i funkcję kontynuacji hospitalizacji całodobowej. Wskaźniki pacjentów przyjętych i leczonych nie odbiegają od wyników uzyskiwanych przez innych autorów (18). Rozwiązania organizacyjne w III Klinice mieszczą się bardziej w pierwszym modelu, ponieważ oddział całodobowy zajmuje centralne miejsce w leczeniu pacjentów kierowanych z rejonu do kliniki.

W innych oddziałach dziennych w Polsce, przeznaczonych głównie dla pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, nie były robione badania, które mogłyby precyzyjnie określić w jakim stopniu pełnią one funkcje alternatywne do hospitalizacji całodobowej. Z przeprowadzonych badań (19) wynika, że aż 46.3% pacjentów przyjętych do tych oddziałów otrzymywało intensywne leczenie neurolepty-

kami, przy czym 2/3 leczonych było z powodu schizofrenii, 14% depresji i 2% zespołu maniackalnego w przebiegu psychozy afektywnej.

Ponadto struktura rozpoznań w oddziałach dziennych jest zbliżona do struktury w oddziałach całodobowych - zbliżony jest także procent pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychotycznych.

Należy więc sądzić, że oddziały dzienne w dużej mierze spełniają funkcję alternatywną do hospitalizacji całodobowej.

Pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości leczeni są albo w ogólnych oddziałach dziennych przyjmujących chorych z szerokimi diagnostycznymi wskazaniami albo w programach ukierunkowanych na leczenie tylko tych grup chorych. W Polsce jest 8 oddziałów dziennych przyjmujących wyłącznie chorych z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości (19). Oddziały te, w zależności od orientacji teoretycznej, stosują głównie różne formy i metody psychoterapii grupowej i indywidualnej. Niewątpliwie, większą szansę znalezienia specjalistycznej pomocy i poprawy stanu psychicznego mają pacjenci leczeni w wyspecjalizowanych ośrodkach niż w innych oddziałach dziennych, w których pacjenci ci stanowią niewielki odsetek leczonych - ok. 14% (19).

Alternatywa hospitalizacji a oddziały dzienne dla dzieci i młodzieży

Piśmiennictwo w zakresie różnych form pośrednich w leczeniu dzieci i młodzieży jest bardzo obszerne i wymagałoby odrębnego opracowania (19). Wyniki badań są rozbieżne. Nie został wypracowany żaden system klasyfikacji strategii terapeutycznych, których jest bardzo wiele. Mało jest również danych empirycznych o tym, jaki model leczenia lub jaki rodzaj interwencji jest najbardziej wskazany i skuteczny w różnych zaburzeniach u dzieci i młodzieży (7, 29). Natomiast problem organizacji opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest niezwykle istotny, a braki w tym zakresie duże, zwłaszcza w Polsce (19).

Świadczyć o tym może choćby postulowane w 1986 r. przez Krajowy Zespół Specjalistyczny w dziedzinie Psychiatrii zorganizowanie w Polsce do 1990 r. oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży we wszystkich miastach wojewódzkich (14). Postulat ten nie został jednak zrealizowany. Z badań przeprowadzonych w 1986 r. w pięciu (z siedmiu istniejących wówczas) oddziałach dysponujących 192 miejscami wynikało, że w oddziałach tych leczone są głównie dzieci z pierwszych klas szkół podstawowych z rozpoznaniem nerwicy, zaburzeń zachowania, rzadko psychozy. Podstawowymi metodami są oddziaływania psychoterapeutyczne i pedagogiczne oraz terapia rodzinna.

Przy tak niewielu oddziałach dziennych dla dzieci trudno jest rozważać alternatywność tych oddziałów do leczenia całodobowego. Można natomiast stwierdzić, że szczególnie dla dzieci i młodzieży powinny być stworzone na szeroką skalę możliwości leczenia w trybie dziennym. Spowodowane bowiem przez hospitalizację zerwanie kontaktu z rodzicami jest zwykle tak dużym urazem, że może to mieć zasadniczy wpływ na niekorzystne wyniki leczenia (19). Dotkliwy brak form pośrednich uniemożliwia stworzenie szerokiego spektrum służb i utrzymanie kontinuum leczenia, co jest powszechnie postulowane (8).

Alternatywa hospitalizacji a oddziały dzienne dla osób z zespołem uzależnienia alkoholowego

Wartość różnorodnych form opieki dziennej dla osób uzależnionych od alkoholu jest niekwestionowana. Wiele z tych form nie leży w gestii resortu opieki zdrowotnej, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że zarysowująca się tendencja do przeniesienia pomocy dla tych osób poza służbę zdrowia i oparcie jej o działania środowiskowe jest słuszna. Niekwestionowana jednak jest również potrzeba leczenia niektórych zaburzeń psychicznych w przebiegu uzależnienia w ośrodkach z pełnym zape-

ciem medycznym lub w oddziałach całodobowych. Literatura dotycząca problemu leczenia w trybie dziennym dla osób uzależnionych od alkoholu i ocena przydatności czy skuteczności różnych form wymagałaby oddzielnego opracowania. Warto zwrócić uwagę na fakt, że w Polsce w grupie pacjentów przyjmowanych ogółem do oddziałów dziennych, osoby z zespołem uzależnienia alkoholowego stanowią niespełna 10% (ponad 500 pacjentów rocznie), natomiast do leczenia stacjonarnego z ogółu przyjęć pacjenci ci stanowią ponad 19% (ponad 28 tys. pacjentów rocznie). Nadal więc jest ogromna przewaga leczenia stacjonarnego w tym zakresie, trudno jest więc mówić o alternatywności leczenia dziennego do całodobowego (30).

Alternatywa hospitalizacji a oddziały dzienne dla pacjentów geriatrycznych

Prac zajmujących się analizą różnych aspektów przydatności oddziałów dziennych dla pacjentów geriatrycznych jest stosunkowo niewiele. Większość badań koncentruje się bardziej na usługach socjalnych i opiece środowiskowej lub na opisie stosowanych programów niż na stosowanym leczeniu. Z dostępnej literatury trudno jest wyciągnąć wnioski co do skuteczności tego typu leczenia, a także co do kosztów, związanych nie tylko z obsadą oddziału, utrzymaniem samego oddziału, lecz także z problemem kosztów dodatkowych, np. dojazdów pacjentów. Dodatkową trudnością jest brak badań porównawczych z innymi formami leczenia grup pacjentów dobieranych do badań losowo. Wnioski z publikowanych prac są zwykle bardzo ogólnikowe i sprowadzają się do tego, że jest to przydatna i korzystna forma leczenia.

Wyniki zależą też w dużym stopniu od doboru pacjentów i czasu katamnezy. Plotkin i wsp. (22) w próbie 100 pacjentów o średniej wieku 72 lata stwierdził u 57% poprawę po 3 miesiącach leczenia, przy czym aż u 70% pacjentów rozpoznano depresję. Wśród zmienionych korelujących z pozytywnym wynikiem leczenia autorzy wymienili raczej zaburzenia

nastroju niż psychozę, lepszy początkowy stopień funkcjonowania, większe wsparcie społeczne, mniej sytuacji stresowych w czasie leczenia i dłuższy czas leczenia. Inne badania zajmujące się grupami pacjentów, wśród których przeważała demencja, zwracają uwagę na stosunkowo krótki czas wystąpienia poprawy, dużą liczbę pacjentów (ok. 40%) wymagających w ciągu 6 miesięcy umieszczenia w opiece instytucjonalnej, mały procent wypisów (ok. 18% pacjentów) i potrzebę leczenia ponad pół roku u około 1/3 osób (1, 9).

Mimo wielu braków metodologicznych, co skłania do ostrożności przy próbach uogólnienia wyników badań, można przyjąć pogląd, że oddziały dzienne psychogeriatryczne są pomocne, ponieważ zapełniają lukę między potrzebą hospitalizacji lub umieszczenia w opiece instytucjonalnej a opieką ambulatoryjną lub środowiskową. Większych efektów terapeutycznych można spodziewać się:

- 1/ w grupach pacjentów z depresją,
- 2/ u tych, którzy mają autentyczne wsparcie w środowisku rodzinnym, tj. gdy rodziny aktywnie wspierają i opiekują się chorymi, co zasadniczo różni się od sytuacji, gdy rodzina po prostu jest,
- 3/ u tych pacjentów, u których wyższy jest stopień funkcjonowania przed leczeniem,
- 4/ i tych, którzy doznają mniej sytuacji stresowych w czasie leczenia.

U chorych z demencją trudno jest oczekiwać poprawy objawów klinicznych, a rola oddziałów dziennych poza funkcjami diagnostycznymi i leczenia, sprowadza się głównie do poprawy funkcjonowania, wsparcia dla pacjentów ze strony środowiska spoza kręgu rodziny - co niektórzy podkreślają jako istotną zmienną w uzyskiwaniu poprawy, wsparcia dla rodzin i możliwości odsunięcia w czasie umieszczenia w opiece instytucjonalnej. Jednakże nie należy zapominać o dużym obciążeniu członków rodzin opiekujących się na co dzień pacjentami, często w głębokiej demencji, zaburzającymi w znacznym stopniu życie w rodzinie, wymagającymi ciągłej uwagi.

W Polsce brak jest psychogeriatrycznych oddziałów dziennych. Poza służbą zdrowia funkcjonują ośrodki dzienne organizowane przez służby socjalne, tzw. ośrodki dziennego pobytu. Nie zapełnia to jednak luki pomiędzy opieką ambulatoryjną a hospitalizacją. W innych krajach istnieje wiele geriatrycznych szpitali dziennych. Dla przykładu, już 10 lat temu w Szkocji przypadało w tych placówkach 2,5 miejsca na 1000 populacji osób w wieku ponad 65 lat (1). W warunkach Polski, przy tak znacznym niedoborze miejsc w zakładach opiekuńczych oddziały dzienne psychogeriatryczne mogłyby mieć bardzo istotne znaczenie w organizacji opieki i leczenia grupy osób w podeszłym wieku.

Bardzo niewielka liczba chorych powyżej 60 r.ż. jest przyjmowana do oddziałów dziennych. Stanowią oni niewiele ponad 3% ogólnej liczby przyjęć do tych placówek, z czego aż 74% to pacjenci z psychozami (30). Dane te mogą świadczyć o możliwości leczenia w oddziałach dziennych większej liczby osób z problemami psychogeriatrycznymi, zwłaszcza cierpiących z powodu depresji czy psychoz, zgodnie z danymi z literatury (22). Wymagałoby to jednak zorganizowania sprofilowanych oddziałów dziennych, których programy byłyby dostosowane do leczenia osób w starszym wieku.

WNIOSKI

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że wiele problemów dotyczących oddziałów dziennych nie zostało rozstrzygniętych, mimo kilkudziesięcioletnich doświadczeń. Rola tych oddziałów w organizacji opieki psychiatrycznej jest niejasna, a duża różnorodność programów terapeutycznych, populacji leczonych pacjentów, a także niedostatki metodologiczne badań w znacznym stopniu utrudniają ocenę wyników i skłaniają do ostrożności w ich uogólnianiu. Badania nad problemami przydatności i funkcjonowania oddziałów dziennych pozwalają jednak na wyciągnięcie następujących wniosków.

1. Doświadczenia wielu autorów wskazywały na to, że oddziały dzienne staną się podstawową formą leczenia szpitalnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a oddziały całodobowe będą miały znaczenie drugoplanowe, wspierające dla oddziałów dziennych.
2. Hegemonia oddziałów całodobowych w leczeniu pacjentów wymagających hospitalizacji nie została przez oddziały dzienne przełamana, rozwój tej formy leczenia jest bardzo powolny, a w oddziałach dziennych leczony jest znikomy procent pacjentów w porównaniu z oddziałami całodobowymi.
3. Oddziały dzienne, odpowiednio zorganizowane, mogą stanowić alternatywę hospitalizacji całodobowej dla ok. 30% pacjentów z różnymi kategoriami diagnostycznymi wymagających leczenia szpitalnego; niektóre modele rozwiązań organizacyjnych świadczą o tym, że jest możliwe zapewnienie alternatywy hospitalizacji całodobowej dla znacznie większej liczby chorych: od 50% do 75%.
4. Pomimo tego, że niektóre badania nie potwierdzają lepszych efektów leczenia w oddziałach dziennych w porównaniu z całodobowymi (większej poprawy w zakresie objawów psychopatologicznych, funkcjonowania społecznego czy mniejszej liczby nawrotów), oddziały dzienne są korzystniejszą formą leczenia, szczególnie dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz dla dzieci.
5. Wyniki wieloletnich badań świadczą o niewielkim wykorzystaniu potencjalnych możliwości oddziałów dziennych w lecznictwie psychiatrycznym na świecie.
6. W Polsce oddziały dzienne mogłyby stać się o wiele bardziej rozpowszechnioną formą leczenia niż do tej pory, nie tylko dla osób dorosłych z zaburzeniami psychotycznymi lecz także dla dzieci, pacjentów geriatrycznych i uzależnionych od alkoholu.

PIŚMIENNICTWO

1. Ballinger B.R.: The effects of opening a geriatric psychiatry day hospital. *Acta Psychiat. Scand.* 1984, 70, 400-403.
2. Clark D.H.: The development of a psychiatric rehabilitation service. *Lancet* 1984, 15, 625-627.
3. Creed F., Black D., Anthony P., Osborn M. et al.: Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. *Br. Med. J.* 1990, 300, 1033-1037.
4. Creed F., Black D., Anthony P., Osborn M. et al.: Randomised Controlled Trial of Day and In-patient Psychiatric Treatment. 2: Comparison of Two Hospitals. *Br. J. Psychiat.* 1991, 158, 183-189.
5. Dick P., Cameron L., Cohen D., Barlow M., Ince A.: Day and Full Time Psychiatric Treatment: A Controlled Comparison. *Br. J. Psychiat.* 1985, 147, 246-250.
6. Dick P.H., Sweeney L., Crombie I.K.: Controlled Comparison of Day-patient and Out-patient Treatment for Persistent Anxiety and Depression. *Br. J. Psychiat.* 1991, 158, 24-27.
7. Dickey B., Berren M., Santiago J.: Patterns of service use and cost in model day hospital-inn program in Boston and Tucson. *Hosp. Com. Psychiat.* 1990, 41, 419-424.
8. Dore M.M., Wilkinson A.N., Sonis W.A.: Exploring the relationship between a continuum of care and intrusiveness of children's mental health services. *Hosp. Com. Psychiat.* 1992, 43, 1, 44-48.
9. Gilleard C.J., Gilleard E., Whitick J.E.: Impact of Psychogeriatric Day Hospital Care on the Patient's Family. *Br. J. Psychiat.* 1984, 145, 487-492.
10. Gudeman J.E., Dickey B., Evens A. et al: Four-year assessment of a day hospital-inn program as an alternative to inpatient hospitalization. *Am. J. Psychiat.* 1985, 142, 1330-1333.
11. Hoge M.A., Davidson L., Hill W.L., Turner V.E., Ameli R.: The Promise of Partial Hospitalization: A Reassessment. *Hosp. Com. Psychiat.* 1992, 43, 4, 345-354.
12. Hoult J., Reynolds J.: Schizophrenia. A comparative trial of community orientated and hospital orientated psychiatric care. *Acta Psychiat. Scand.* 1984, 69, 5, 359-373.
13. Hunter D.E., Buick W.P., Wellington T., Dzerovych G.: Initial Evaluation of Reorganized Hospitalization Services in a Community Mental Health Center. *Hosp. Com. Psychiat.* 1993, 44, 3, 271-275.
14. Jaklewicz H.: Psychiatria dzieci i młodzieży. *Biul. IPiN* 1986, 3/68/, 16-20.
15. Kiser L.J., Heston J.D., Millsep P.A., Pruitt D.B.: Treatment Protocols in Child and Adolescent Day Treatment. *Hosp. Com. Psychiat.* 1991, 42, 6, 597-600.
16. Klar H., Frances A., Clarkin J.: Selection Criteria for Partial Hospitalization. *Hosp. Com. Psychiat.* 1982, 33, 929-933.

17. Kluiters H., Giel R., Nienhuis F.J., Rùphan M., Wiersma D.: Predicting Feasibility of Day Treatment for Unselected Patients Referred for Inpatient Psychiatric Treatment: Results of a Randomized Trial. *Am.J.Psychiat.* 1992, 149, 9, 1199-1205.
18. Konieczńska Z.: Alternatywność oddziału dziennego do całodobowego w opiece nad subrejonem. W: *Psychiatria rodowiskowa. Materiały konferencyjne*, Tworki, 25-26.IX.1992, Pruszków 1993, s. 52-58.
19. Konieczńska Z., Mikulska-Meder J., Stańczak T.: Oddziały dzienne - analiza działalności i charakterystyka populacji pacjentów. *Biul. IPiN* 1986, 3/63/, 48-70.
20. Parker S., Knoll J.L.: Partial Hospitalization: An Update. *Am. J. Psych.* 1990, 147, 2, 156-160.
21. Piper W.E., Rosie J.S., Azim H.F.A., Joyce A.S.: A Randomized Trial of Psychiatric Day Treatment for Patients With Affective and Personality Disorders. *Hosp. Com. Psych.* 1993, 44, 8, 757-763.
22. Plotkin D.A., Wells K.B.: Partial Hospitalization (Day Treatment) for Psychiatrically Ill Elderly Patients. *Am. J. Psych.* 1993, 150, 2, 266-271.
23. Schene A.H., Gersons B.P.R.: Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatr. Scand.* 1986, 74, 335-340.
24. Schene A.H., van Lieshout P.A.H., Mastboom J.C.M.: Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands. *Acta Psychiatr. Scand.* 1988, 78, 515-522.
25. Schene A.H., van Wijngaarden B., Poelijoe N.W., Gersons B.P.R.: The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993, 87, 427-436.
26. Słupczyńska-Kossobudzka E.: Organizacja opieki psychiatrycznej w USA - zarys ogólny. *Biul. IPiN* 1987, 4/68/, 4-23.
27. Tyrer P.J., Remington M.: Controlled Comparison of day-hospital and outpatient treatment for neurotic disorders. *Lancet*, 1979, 12, 1014-1016.
28. Vaughan P.J.: Developments in psychiatric day care. *Br. J. Psychiat.* 1985, 147, 1-4.
29. Wilder J.F., Levin G., Zwerling I.: A two-year follow-up evaluation of acute psychotic patients treated in a day hospital. *Am. J. Psychiat.* 1986, 122, 1095-1101.
30. Zakłady Psychiatrycznej i Neurologicznej Opieki Zdrowotnej - Rocznik Statystyczny 1992. IPiN, ZOOZ, Warszawa 1993.

*Adres: Dr Zuzanna Konieczńska, Oddział Dzienny III Kliniki Psychiatrycznej IPiN,
Al. Sobieskiego 119, Ó2-927 Warszawa.*