

## Bank danych o badaniach ewaluacyjnych psychiatrycznej opieki środowiskowej

*The bank of data on community psychiatry evaluative studies*

ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Opisano zadania i metodę prowadzenia angielsko-języcznego komputerowego banku danych o programach i metodach psychiatrii środowiskowej oraz o ich efektywności. Bank obejmuje streszczenia poszczególnych publikacji, zawierające kodowane dane o interwencji środowiskowej, metodach jej ewaluacji i uzyskanych rezultatach. Streszczenia są przygotowywane w oparciu o strukturalizowany kwestionariusz IFEI, obejmujący blisko 100 zmiennych. Obecnie w banku znajduje się 130 streszczeń z lat 1993-94, rocznie będzie przybywać około 110 pozycji. Udzielanie informacji rozpocznie się w drugim półroczu 1995 r. Bank jest prowadzony przez IPiN, we współpracy z WHO i kilkoma placówkami europejskimi.*

**SUMMARY.** *The tasks and method of an English language computer bank of information on community psychiatry programs and methods as well as their effectiveness are described. The bank contains summaries of particular published papers, including coded data on a given community-based intervention, methods of its evaluation, and obtained results. The summaries are made using a structured IFEI questionnaire covering about 100 variables. At present the bank contains 130 summaries of papers published in 1993 and 1994. About 110 new entries are to be added to the bank annually. Computerized information from the bank will be available from mid-1995. The bank is run by the Institute of Psychiatry and Neurology in collaboration with the WHO and some European centers.*

---

**Słowa kluczowe:** psychiatria środowiskowa / badania ewaluacyjne / bank informacji

**Key words:** community psychiatry / evaluative research / information bank

---

W ostatnich latach w Europie kładzie się coraz większy nacisk na rozwój środowiskowych form i metod opieki psychiatrycznej, których zakres uważa się jednak w wielu krajach europejskich za niezadowalający. Jedną z istotnych barier rozwoju jest brak syntetycznej informacji o efektywności tych form oraz ich przydatności dla różnych grup chorych. Ograniczenie to ma zwłaszcza ogromne znaczenia w związku z postępującym w całej Europie procesem decentralizacji decyzji związanych z kształtowaniem opieki psychiatrycznej w lokalnych społecznościach. Dlatego też, zdaniem WHO, istnieje pilna potrzeba dostarczenia menadżerom opieki psychiatrycznej

naukowych podstaw planowania i wyboru form środowiskowych. Konieczne jest również usprawnienie systemu informacji naukowej dla ośrodków badawczych i klinicznych, ponieważ dane dostarczane przez istniejące obecnie banki bibliograficzne są zbyt skąpe.

Pracę podjęto z inicjatywy i we współpracy z Europejskim Biurem Regionalnym WHO, które wybrało Polskę jako ośrodek wiodący w przygotowaniu i prowadzeniu banku danych.

### CELE PROWADZENIA BANKU

Prowadzenie banku ma następujące główne cele:

- dostarczanie organizatorom leczenia psychiatrycznego danych niezbędnych do planowania opieki,
- dostarczanie placówkom badawczym informacji o rodzajach badań i podejściach metodologicznych stosowanych w różnych ośrodkach,
- dostarczanie klinicystom danych o sposobach prowadzenia i skuteczności różnych form psychiatrii środowiskowej,
- promocja badań z tych krajów, które mają ograniczone możliwości publikowania swych doniesień w czasopismach międzynarodowych.

W dalszej perspektywie rozważa się możliwość rozszerzenia zadań banku, tak aby mógł on pełnić funkcje doradcze dla różnych placówek naukowych (np. konsultować wybór technik i metod badawczych). Kwestia ta na razie pozostaje otwarta.

## ZAKRES I ŹRÓDŁA INFORMACJI

W banku zbierane są informacje o badaniach ewaluacyjnych (poświęconych ocenie efektów lub jakości) psychiatrii środowiskowej oraz o pracach poglądowych i doniesieniach zawierających praktyczne wskazówki i standardy opieki środowiskowej. Operacyjna definicja opieki środowiskowej obejmuje: metody psychiatrii środowiskowej (np. trening umiejętności, niezależnie od miejsca jego stosowania) oraz ambulatoryjne i pośrednie formy opieki.

Bank będzie korzystał z następujących materiałów źródłowych:

- publikacje w angielskojęzycznych czasopismach międzynarodowych (obecnie objęto 13 czasopism, uznanych za najbardziej poczytne i wartościowe, lista ta zostanie jeszcze rozszerzona),
- wybrane publikacje w czasopismach krajowych,
- książki i raporty,
- niepublikowane dane o bieżących badaniach, jak też nieopublikowane doniesienia, wy-

brane przez współpracujących z bankiem doradców.

Szacuje się, że rocznie bank będzie się powiększał o około 110 pozycji z tych źródeł.

Bank będzie zawierać dane o publikacjach z roku 1993 i następujących lat. Wszystkie materiały są opracowywane w języku angielskim, ze względu na międzynarodowy charakter banku.

## METODA

### Kwestionariusz wprowadzania danych z poszczególnych publikacji (*The Instrument for Formatting Evaluative Information (IFEI)*)

Podstawowym założeniem prac metodologicznych było ustalenie, że streszczenia artykułów powinny być opracowywane przy pomocy strukturalizowanego kwestionariusza. Rozwiązanie to, odmienne od stosowanego w istniejących bankach informacji, jest korzystne z trzech powodów: gwarantuje jednorodność podejścia w syntezie informacji, pozwala na wyszukiwanie danych według wielu szczegółowych zmiennych i ich kategorii, wyszukiwanie danych jest wielokrotnie szybsze niż rozwiązanie oparte na szukaniu "słów kluczowych" w tekście.

Kwestionariusz został opracowany w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, we współpracy z Instytutem Medycyny Prewencyjnej w Kopenhadze, istotniejsze kwestie konsultowano z 4 doradcami. Ostateczna wersja tego narzędzia była poprzedzona trzema wersjami próbnymi i ich pilotażem.

Kwestionariusz składa się z 12 głównych części, obejmujących następujące zagadnienia:

- 
- 
- informacje "identyfikacyjne" (dane bibliograficzne, rodzaj artykułu, nazwa i adres ośrodka badawczego oraz okres badawczy)
  - opis interwencji środowiskowej
  - charakterystyka badanych pacjentów
  - podstawowe wymiary ewaluacji i szczegółowe miary ewaluacyjne

- stosowane metody badawcze (rodzaj badania, schemat badania, źródła informacji i narzędzia badawcze)
- wyniki
- streszczenie załączone przez autorów
- komentarz osoby wypełniającej kwestionariusz.

Kwestionariusz obejmuje 62 zmienne skategoryzowane i 20 opisowych. Skategoryzowane są wszystkie cechy, które będą służyły wyszukiwaniu danych (wyjątek stanowią nieskategoryzowane dane bibliograficzne). Opisowe są prawie wszystkie zmienne "identyfikacyjne" oraz cechy mające charakter informacji dodatkowej (np. abstrakt, komentarz osoby dokonującej syntezy artykułu). Poniżej omówiono szczegółowo poszczególne ważniejsze części kwestionariusza.

**Rodzaj artykułu** - wyróżniono następujące kategorie: raport z badań ewaluacyjnych; artykuł metodologiczny; przegląd wyników badań ewaluacyjnych; opis służb (w tym modelowych, np. nagrodzonych oraz innowacyjnych); wytyczne sprawowania opieki środowiskowej oraz artykuł poglądowy na temat opieki środowiskowej lub jej elementów.

**Rodzaj badania i schemat badania** - wyodrębnienie tych dwu odrębnych części jest nieco sztuczne, ponieważ w istocie poświęcone są one schematowi badań. Podejście takie ułatwia jednak syntezę danych. Jako rodzaje badań wyróżniono badania przekrojowe, longitudinalne retrospektywne (w tym typu *follow-up i case control*) oraz badania longitudinalne prospektywne. Schemat badania ujęto w trzech odrębnych zmiennych: badania kontrolowane/niekontrolowane; rodzaj porównywanych interwencji oraz schemat doboru do grup. Rodzaj porównywanych interwencji obejmuje 5 głównych kategorii: porównanie dwu różnych programów lub metod środowiskowych, porównanie tych samych programów lub metod, prowadzonych w różny sposób (np. porównanie dwu oddziałów dziennych), porównanie programu lub metody środowiskowej z interwencją kontrolną oraz po-

równanie nowego systemu opieki, zawierającego program psychiatrii środowiskowej z systemem pozbawionym tych elementów.

Klasyfikacja obu powyższych części będzie jeszcze nieznacznie zmodyfikowana.

**Opis interwencji środowiskowej** obejmuje pięć zmiennych skategoryzowanych (instytucja prowadząca interwencję, adresat, rodzaj programu środowiskowego, lokalizacja programu, rodzaj interwencji) oraz dwie zmienne opisowe - dodatkowy opis rodzaju interwencji oraz opis niezbędnych dla jej prowadzenia zasobów.

**Adresat interwencji** obejmuje pięć kategorii: pacjenci, ich rodziny, placówki sprawujące opiekę, personel tych placówek oraz populacja generalna.

**Rodzaj programu środowiskowego** - przyjęto następujące kategorie programów: indywidualnego doradztwa, ambulatoryjne (w tym prowadzone w poradni i w środowisku), opieki domowej, interwencji kryzysowych, opieki doraźnej, telefony zaufania, programy koordynacji przypadku, programy wsparcia środowiskowego, leczenia i opieki dziennej, zatrudnienia chronionego, edukacyjno-szkoleniowe, zakwaterowania chronionego, opieki rodzinnej oraz programy prowadzone przy współdziałaniu pacjentów (kluby, klubodomy itp). Wymienione powyżej kategorie obejmują programy leczenia i opieki nad chorymi, najczęściej stosowane w psychiatrii środowiskowej. Inne typy działań, takie jak np. promocja zdrowia, są u pacjentów stosowane nader rzadko, dlatego też objęto je jedną wspólną kategorią "inne".

**Lokalizacja programu** obejmuje dwie kategorie - na terenie szpitala psychiatrycznego i poza nim. Cecha ta umożliwi wybór form, spełniających kryteria klasycznej definicji programów psychiatrii środowiskowej - ambulatoryjnych lub pośrednich, zlokalizowanych w naturalnym środowisku społecznym.

**Rodzaj interwencji** opracowano odrębnie dla pięciu opisanych uprzednio grup adresatów. Dla interwencji, których podmiotem są pacjenci, przyjęto następującą listę kategorii

działań: doradztwo, psychoedukacja, psycho-terapia (z podziałem na: podtrzymująca, intensywną dynamiczną, poznawczą i inne), interwencja kryzysowa, terapia rodzinna, techniki behawioralne (w tym wyrabianie umiejętności - szczególnie skategoryzowanych, strategie wzmacniające, awersyjne, desensytyzacyjne), inne rodzaje terapii, wsparcie społeczne (z podziałem na chronione zakwaterowanie, zatrudnienie, pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, interwencje w naturalnym środowisku pacjenta - np. negocjacje z sąsiadami, koordynację usług oraz odszukiwanie pacjentów, którzy zerwali kontakt). Przy opracowywaniu powyższej kategoryzacji jako punkt wyjścia przyjęto klasyfikację WHO, modyfikując ją i uzupełniając w kolejnych pilotażach.

Kategoryzacja działań adresowanych do rodzin pacjentów obejmuje: prewencję zaburzeń psychicznych oraz bezpośrednią pomoc w radzeniu sobie z problemami choroby psychicznej w rodzinie. W tej drugiej klasie wyróżniono działania terapeutyczne (szczegółowo skategoryzowane) oraz wsparcie społeczne (np. pomoc w opiece nad dziećmi, pomoc w zaspokojeniu potrzeb bytowych).

Jako główne klasy działań organizacyjnych wyróżniono: zmniejszenie zakresu usług którejs z uprzednio istniejących służb (np. szpitalnej), wzrost dostępności lub jakości poprzednio istniejącej służby środowiskowej oraz uruchomienie nowej placówki środowiskowej.

Działania adresowane do populacji generalnej podzielono na promocję zdrowia psychicznego, prewencję zaburzeń psychicznych, współpracę ze służbami psychiatrycznymi, edukację z zakresu zaburzeń psychicznych oraz systemową poprawę opieki nad chorymi (np. dzięki wprowadzeniu nowych zasad finansowania).

Opisane powyżej cechy służą do opisu jednego programu środowiskowego. Dlatego też, jeżeli przedmiotem badania jest porównanie dwu lub więcej programów (np. leczenia dziennego i ambulatoryjnego, intensywnego i mało intensywnego programu koordy-

nacji przypadku) dla każdej z nich tworzy się odrębne bloki, obejmujące wszystkie w.w. cechy.

**Podstawowe wymiary ewaluacji** - w tej części przyjęto zmodyfikowaną wersję podejścia zaproponowanego przez dr Morosini z Instytutu Zdrowia w Rzymie (1). Wyodrębniono sześć następujących głównych wymiarów ewaluacji:

- 
- 
- wpływ na pacjentów
  - wpływ na rodzinę
  - wpływ na personel
  - wpływ na placówki
  - wpływ na populację generalną
  - ekonomika zdrowotna
  - inne
- 
- 

*Wpływ interwencji środowiskowych na pacjentów jest największym (a zarazem, jak dotąd najczęstszym) wymiarem ewaluacji. Zaproponowana klasyfikacja jest próbą uporządkowania i kompromisu między bardzo wieloma, często krzyżującymi się podejściami do tego zagadnienia. Wszystkie stosowane miary podzielono na trzy główne grupy: zdrowotne, psychospołeczne oraz związane z wykorzystaniem placówek. Miary zdrowotne obejmują trzy główne klasy: stan psychiczny, wysokość dawek leków psychotropowych oraz zdrowie fizyczne.*

W grupie miar psychospołecznych wyodrębniono dziewięć klas: umiejętności, aktywność społeczna, zachowania niepożądane, satysfakcja, dyskomfort, utrzymywanie się w środowisku, sytuacja życiowa, ocena potrzeb oraz inne miary. Każda z tych podklas obejmuje listę szczegółowych kategorii, czasem podzielonych dodatkowo na podkategorie. Najbardziej rozbudowana jest kategoryzacja umiejętności i aktywności społecznej. Wśród umiejętności wyodrębniono jako osobne kategorie umiejętności codziennego życia, społeczne/interpersonalne, zawodowe, radzenia sobie, rozwiązywania problemów oraz prze-

strzegania zaleceń psychofarmakologii. Kategorie te są często stosowane w badaniach, a zarazem (większość z nich) dość jednoznacznie zdefiniowane. Część poświęcona aktywności społecznej obejmuje wykonywanie ról społecznych (aktywność zawodowa, aktywność w życiu rodzinnym - z podziałem na role szczegółowe: małżeńską, rodzicielską itp., kontakty społeczne oraz aktywność w czasie wolnym) oraz poziom społecznego wycofania. Ta ostatnia kategoria jest ostatnio coraz częściej uwzględniana w badaniach jako odrębna miara wpływu na pacjentów. Najwięcej trudności sprawia obszar: kontakty społeczne. Z założenia obejmuje on częstotliwość i rozległość kontaktów (np. liczba przyjaciół i znajomych, siła związku z przyjaciółmi itp.). W niektórych jednak badaniach obszar ten zawiera nie tylko tego typu zmienne, ale również miary, uznane za wskaźnikowe dla obszaru: umiejętności społeczne (np. umiejętność nawiązywania rozmowy, komunikacja pozawerbalna). Z drugiej strony obszar: kontakty społeczne krzyżuje się czasem z obszarem: aktywność w czasie wolnym (dzieje się tak np. wtedy, gdy autorzy badania stosują jako wskaźniki miary częstotliwości różnych zajęć, wykonywanych wspólnie z przyjaciółmi). W takich sytuacjach przyjęto zasadę, że "dopasowanie" obszaru badań do odpowiedniej kategorii kwestionariusza powinno opierać się na kryterium "wagi" poszczególnych itemów, zastosowanych w badaniu. Sytuacje te, jak też definicje i zbliżone nazwy poszczególnych obszarów i wymiarów opisano szczegółowo we wskazówkach wypełniania kwestionariusza.

*Wpływ na rodzinę* obejmuje pięć kategorii: postawy, obciążenie, poziom stresu, satysfakcję oraz inne.

*Wpływ na placówki* ujęto w sześciu grupach: dostępność opieki, wykorzystanie usług, jakość opieki, ciągłość opieki, współpraca z innymi służbami. Klasy dostępności i wykorzystania dzielą się na szczegółowe kategorie, usystematyzowane według rodzaju placówek, rodzaju pacjentów (np. wszyscy,

pierwszorazowi, przewlekłe chorzy itp.) oraz rodzaju szczegółowych miar (np. liczba epizodów, częstość kontaktów, czas jednego epizodu, łączny czas leczenia).

Obszar *eknomika zdrowia* dzieli się na dwie główne części: koszty materialne oraz relacje między kosztami materialnymi i efektami. Obie te klasy są podzielone na szczegółowe kategorie, tak np. w kosztach materialnych wyodrębniono koszty poniesione przez rodzinę, instytucje sprawujące opiekę nad pacjentami (w tym koszty opieki zdrowotnej i społecznej) oraz inne koszty.

**Narzędzia i procedury** - część ta obejmuje dwie zmienne strukturalizowane: *Źródła informacji danych ewaluacyjnych* oraz *Nazwy narzędzi ewaluacyjnych*. W tej drugiej zmiennej umieszczono listy narzędzi dla poszczególnych miar ewaluacyjnych lub ich grup. Podobnie jak w innych cechach strukturalizowanych należy wybrać odpowiednie kategorie, czyli w tym wypadku nazwy narzędzi stosowanych w badaniu. Oczywiście lista kategorii jest otwarta (podobnie jak we wszystkich cechach strukturalizowanych), będzie rozszerzana na bieżąco w trakcie stosowania kwestionariusza.

W części: **Wyniki** - przyjęto zasadę że koduje się wyniki uzyskane we wszystkich badanych obszarach/miarach, określając czy nastąpił ich spadek, wzrost lub też nie stwierdzono istotnych różnic. Kodowanie wyników obejmuje również dodatkowe kategorie. Pierwszą z nich jest rezultat niejasny, ze względu na wątpliwości co do jego rzetelności. Druga kategoria obejmuje niektóre metodologiczne trudności "dopasowania" obszaru badań do wymiarów IFEL.

## **Komputeryzacja banku danych**

Opracowany system komputerowy, zaprojektowany specjalnie dla celów obsługi banku danych, pełni następujące główne funkcje:

- wprowadzanie nowych streszczeń,
- dodawanie nowych kategorii do strukturalizowanych cech,

- wyszukiwanie badań spełniających określone kryteria (według dowolnej liczby zmiennych i kategorii),
- drukowanie danych (całego streszczenia lub jego części, informacji statystycznej o liczbie badań w banku, według wybranych cech),

Program wprowadzania danych stosuje szeroko metodę menu, podpowiedzi i okienek. Na ekranie monitora wyświetlane są poszczególne części kwestionariusza, adekwatne dla rodzaju opracowywanego artykułu. Wypełnienie cech strukturalizowanych polega na wybraniu odpowiednich kategorii. Każdą kategorię zmiennej strukturalizowanej można opatrzyć dodatkowym słownym komentarzem, wpisując go w przywoływane okno. Opracowanie zmiennych opisowych polega na wpisaniu tekstu. W trakcie wypełniania kwestionariusza przeprowadzana jest kontrola formalnej i logicznej poprawności informacji, a po zakończeniu wprowadzania artykułu - kontrola kompletności danych.

Przy opracowywaniu programu drukowania przyjęto założenie, że we wszystkich punktach skategoryzowanych na wydruku umieszcza się nazwy tylko tych kategorii, które charakteryzują dane streszczenie. Załącznik prezentuje wydruk streszczenia jednego artykułu.

Program wyszukiwania artykułów umożliwia ich wybór według dowolnej kombinacji wielu cech lub ich wartości. Tak np. można wybrać publikacje, spełniające następujące kryteria: raporty z badań ewaluacyjnych, opublikowane w *British J. of Psychiatry* lub w *American J. of Psychiatry*, opisujące prospektywne badania porównujące efektywność oddziałów dziennych i opieki domowej, obejmujące dorosłych chorych na schizofrenię, stosujące jako miary ewaluacyjne umiejętności społeczne, aktywność społeczną i obciążenie rodziny, posługujące się kwestionariuszami X, Y, Z itd. Wprowadzenie w programie opcji koniunkcji oraz opcji alternatywy pozwala na formułowanie kryteriów zarówno w kategoriach włączenia lub wyłączenia. Tak np. możemy wybrać artykuły relacjonujące ewaluację: (a) chorych na schizofrenię, niezależnie od tego czy badane grupy obejmowały również osoby z innymi rozpoznaniem; (b) wyłącznie chorych na schizofrenię i (c) chorych na schizofrenię, ale pod warunkiem, że badane grupy nie obejmowały np. osób z psychozą afektywną.

System wykorzystuje komputery typu IBM PC, jego zainstalowanie wymaga 2 MB dostępnej pamięci. Wszystkie programy są napisane w języku Clipper. W przyszłości planuje się dołączenie do banku poczty elektronicznej.

System wykorzystuje komputery typu IBM PC, jego zainstalowanie wymaga 2 MB dostępnej pamięci. Wszystkie programy są napisane w języku Clipper. W przyszłości planuje się dołączenie do banku poczty elektronicznej.

## KORZYSTANIE Z BANKU DANYCH

Bank będzie służył menadżerom opieki psychiatrycznej, badaczom oraz klinicytom, zainteresowanym zagadnieniami psychiatrii środowiskowej. Od osób z krajów europejskich bank będzie pobierał opłaty wyłącznie za koszty papieru wydruków, dla użytkowników z innych krajów opłata za korzystanie z banku będzie obejmowała również koszty przetwarzania informacji. Użytkownicy będą mogli otrzymać dwa rodzaje informacji:

- spis bibliografii tematu,
- zbiory streszczeń (lub ich części) artykułów dotyczących wybranych zagadnień.

Planuje się również opracowywanie syntez, zarówno o efektywności różnych form środowiskowych jak też o podejściach stosowanych w różnych badaniach dotyczących wybranego zagadnienia.

## ORGANIZACJA I STAN ZAAWANSOWANIA PRAC

Prace nad bankiem są prowadzone w dwóch instytutach psychiatrii: w Warszawie i w Pradze. Ośrodkiem wiodącym jest IPiN - jego zadaniem jest nadzór merytoryczny nad pozostałymi ośrodkami oraz obsługa systemu komputerowego - wprowadzanie danych i udzielanie informacji.

Streszczenia publikacji będą wykonywane w obu ośrodkach. Każdy ośrodek będzie odpowiedzialny za przydzielone mu czasopisma

- zarówno wybór odpowiednich artykułów jak też ich streszczenie. W tym roku zostanie zakończone szkolenie i analiza zgodności podejść wszystkich uczestniczących osób.

Obecnie funkcja banku ogranicza się wyłącznie do zbierania danych. Zgromadzono w banku ponad 100 streszczeń (wykonanych głównie w IPiN). Funkcję użytkową bank zacznie pełnić w 1995 roku, gdy będzie zawierał wszystkie informacje z lat 1993-1994.

## 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. *Brit. J. of Psychiatry*, 1990, 157, 853-859.
2. Hafner H., Heiden W.: Methodology of evaluative studies in the mental health field. W: *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. Ed.: Hugh Freeman, John Henderson, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, Londyn 1991.
3. Morosini P.: Structure, Process, Outcome Evaluation in Psychiatry. Confidential document.
4. Morosini P., Veltro F.: Process or outcome approach in the evaluation of psychiatric services. W: *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. Ed.: Hugh Freeman, John Henderson, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, Londyn 1991.
5. O'Donnell O.: Cost-effectiveness of community care for the chronic mentally ill. W: *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. Ed.: Hugh Freeman, John Henderson, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, Londyn 1991.
6. The WHO International Classification of Mental Health Care. Part I - Curative Activities. Report on WHO Meeting, Groningen, Netherlands, Nov 1988.
7. Wiersma D., Giel R.: Evaluation of change in the system of mental health care. W: *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. Ed.: Hugh Freeman, John Henderson, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, Londyn 1991.

*Adres: Dr Elżbieta Stupczyńska-Kossobudzka, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN,  
Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa.*

## Aneks. Przykładowy wydruk opracowania z banku wg kwestionariusz IFEI

E V I C O M P B A N K - The Bank of Structured Information  
on Evaluative Studies and Guidelines on Community Psychiatry

The WHO Collaborative Centre, Institute of Psychiatry and  
Neurology, 1/9 Sobieskiego, 02-957 Warsaw.

Type of output: Print of a single summary

---

### BIBLIOGRAPHIC DATA

#### Authors:

Grant Bishop E.E. , McNally G.

#### Title:

AN IN-HOME CRISIS INTERVENTION PROGRAM FOR CHILDREN AND THEIR FAMILIES

Source: Hospital and Community Psychiatry, 1993, 44,2, 182-184

#### TYPE OF INFORMATION ANALYZED

Report on evaluative study

\* Full report

#### FURTHER IDENTIFICATION OF THE PAPER/BOOK

#### Name of the research centre

Department of Mental Health Erie County

#### Address of the research centre

Erie County Office Building, 95 Franklin Street, Buffalo, New York  
14202 (Reprints available from Dr E.E.Grant-Bishop)

#### Study/description period

Years: 1989

#### TYPE OF THE STUDY

- Longitudinal, prospective

\* Quasi follow-up: assesment of the subjects during the observation  
period/ at the end of it, no assesment at the beginning of  
observation period (90 days after discharge)

#### DESIGN OF THE STUDY

#### Non-controlled/controlled

- Non-controlled

#### COMMUNITY BASED INTERVENTIONS STUDIED OR DESCRIBED

#### Type of organization providing intervention

- Health service

\* Psychiatric

#### Focus of intervention

- Psychiatric patients/clients

- Families of psychiatric patients/clients

#### Type of community intervention program

- Crisis intervention program (At home and in broader environment)

**Location of the program**

- Outside a mental hospital grounds

**Nature of intervention addressed to psychiatric patients/clients**

- Counselling
- Psychoeducation
- Family/marital therapy
- Behavioral interventions
  - \* Other (Behavior management)
- Social support activities or interventions
  - \* Interventions in patient's environment
  - \* Coordination of services needed

**Nature of intervention addressed to family of psychiatric patients/clients**

- Direct help in dealing with the problem of mental illness in family
  - \* Education, counselling
  - \* Family/marital therapy
  - \* Training in coping/problem solving skills
  - \* Social support
  - \* Other (Training in parental skills)

**Additional description of nature of intervention**

(Four to six weeks program. Program staff were available 24 hours a day 7 days a week. Services were provided in the home or some other mutually agreed on place such as playground or fast-food restaurant.)

**Description of resources used for intervention and resources available for study population.**

(Program manager, four senior counsellors with master's degree in social work and other related fields and an intake worker)

**CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS UNDER STUDY**

**Age**

- 0 - 17 (7-17, modal age 16)

**Gender**

- Male
- Female

**Race**

- White
- Other races

**Diagnosis**

- "Developmental" disorder (Self-destructive behavior 60%; Assaultive or aggressive behavior 27%; Parent child conflict 13%)

**Severity of illness**

- Acute patients

**Number of patients included**

(46 /35 were assessed/)

**BASIC DIMENSIONS OF EVALUATION AND DETAILED EVALUATIVE MEASURES**

P a t i e n t ' s   o u t c o m e

**Consumption of services**

- Psychiatric full time hospital
- \* Number of admissions

**H e a l t h e c o n o m i c s**

- Costs expressed in monetary terms
- \* Costs to institutions providing health and/or social care for the patients
- \*\* Costs of health services

**TOOLS AND PROCEDURES****Sources of evaluative information**

- Routine documents

**Names of evaluative instruments used**

- Instruments not used

**RESULTS****P a t i e n t ' s o u t c o m e****Consumption of services**

- Psychiatric full time hospital
- \* Number of admissions DEC (1)

**H e a l t h e c o n o m i c s**

- Costs expressed in monetary terms
- \* Costs to institutions providing health and/or social care for the patients
- \*\* Costs of health services DEC (2)

- (1) None child was hospitalized during 90 days after completing services. Estimated number of prevented hospitalization - 31.
- (2) Estimated total savings in hospital costs - 322.400 dollars.

DEC - Significant decrease; lower level; less

**ADDITIONAL COMMENTS**

As authors say, "The program provides a viable alternative to psychiatric hospitalization at a low cost and is associated with savings related to prevention of hospitalization. However the commitment of time and participation involved in the intervention was more than anticipated or wanted by some family member. The limitation of the program was staff turnover and the program did not meet its goals related to the number of families served".

**ABSTRACT**

Not attached