

## Satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię w modelu pilotażowym i w modelach tradycyjnych

### Satisfaction with care in patients with schizophrenia treated in a pilot program model and traditional care models

Marta Hat<sup>1</sup>, Aleksandra Arciszewska-Leszczuk<sup>2</sup>, Andrzej Cechnicki<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Pracownia Badań nad Schizofrenią Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii  
i Opieki Środowiskowej, Kraków

<sup>2</sup> SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Psychologii, Sopot

<sup>3</sup> Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,  
Ośrodek Psychiatrii Środowiskowej i Badań nad Psychozami

#### Summary

**Objective.** The purpose of this study was to compare satisfaction with care in patients with schizophrenia in two Community Mental Health Team (CMHT) models: traditional and pilot program group with concurrent assessment of symptom severity and social functioning.

**Method.** Ninety patients with schizophrenia treated in Community Mental Health Teams were included in the study, 60 in the traditional model and 30 in the pilot program model. A demographic data questionnaire, the *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), the *Verona Service Satisfaction Scale* (VSSS-54), the *Disability Assessment Schedule* (WHO-DAS), the *Social Network Index* (SNI), and a scale measuring loneliness (*UCLA Loneliness Scale*) were used.

**Results.** The pilot program group was characterized by significantly lower age of subjects ( $p = 0.048$ ), less psychiatric medication use ( $p = 0.027$ ), higher total ( $p < 0.001$ ) and positive ( $p < 0.001$ ) symptom severity in PANSS, smaller social network ( $p = 0.003$ ), less role activity in social network ( $p < 0.001$ ), higher level of loneliness ( $p = 0.001$ ) and higher level of disability ( $p < 0.001$ ). The pilot program group had significantly higher satisfaction with involvement of families in the therapeutic process ( $p = 0.024$ ).

**Conclusions.** In the pilot program group, younger, more severely ill patients with higher severity of symptoms and worse social functioning were included in the treatment with no

differences in the number of hospitalizations between the groups. It can be initially concluded that CMHT in the pilot program Mental Health Centers (MHCs) protects this group of patients from hospitalization. There was also higher satisfaction with family involvement in the therapeutic process in the pilot program group. Additional assessment of treatment outcomes in all CMHTs operating under the pilot program MHCs would be useful.

**Słowa kluczowe:** pilotaż, psychiatria środowiskowa, zespół leczenia środowiskowego

**Key words:** pilot program, community psychiatry, community mental health team

## Wstęp

W Polsce już w latach 70. XX wieku podjęto działania mające na celu przygotowanie do wprowadzenia reformy opieki psychiatrycznej. Zaproponowano wówczas stworzenie racjonalnego systemu rozmieszczenia szpitali psychiatrycznych oraz podkreślono istotną rolę jednostek leczenia ambulatoryjnego, w tym zespołów leczenia środowiskowego. W 1979 roku stworzono raport o stanie opieki psychiatrycznej i kierunkach postulowanych zmian systemowych, którym jednak nie towarzyszyły odpowiednie procesy legislacyjne [1]. W 1994 roku została uchwalona Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zakładająca m.in. upowszechnienie modelu leczenia środowiskowego, jednak dopiero w 2008 roku uchwalono jej nowelizację, na podstawie której powstał Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Jego pierwsza edycja została przyjęta przez rząd w grudniu 2010 roku i obowiązywała do roku 2015. Zakładał on poprawę jakości życia i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i zwracał uwagę na konieczność unowocześnienia opieki psychiatrycznej, a także miał na celu podniesienie świadomości społecznej dotyczącej zaburzeń psychicznych. Jego założenia nie zostały spełnione, głównie ze względu na brak określenia odpowiedzialności za jego realizację oraz brak zmian w zakresie finansowania opieki psychiatrycznej. W 2009 roku przeznaczono na nią jedynie 3,4% ogółu wydatków na ochronę zdrowia; na opiekę ambulatoryjną przypadło wówczas około 20% wszystkich środków przeznaczonych na opiekę psychiatryczną, a na opiekę środowiskową jedynie 0,5%.

System opierał się przede wszystkim na hospitalizacjach całodobowych w dużych szpitalach psychiatrycznych, sprzyjając naznaczeniu społecznemu i marginalizacji pacjentów. W dalszym etapie prowadziło to do automatycznego umieszczania pacjentów w systemie opieki społecznej, bez możliwości rehabilitacji i aktywizacji zawodowej w środowisku, generując dalsze koszty opieki nad pacjentem chorującym psychicznie [2–4]. W 2017 roku nakłady na opiekę psychiatryczną w Polsce wyniosły 3,5% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, co dało średnio 10,72 euro na osobę na rok. W porównaniu z rozwiniętymi krajami europejskimi, nawet po uwzględnieniu paritetu siły nabywczej euro, jest to wielokrotnie mniejsza kwota – w Niemczech było to wówczas prawie 260 euro, a w Wielkiej Brytanii 176 euro [5, 6].

Oczekiwania i nadzieje związane z upowszechnieniem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w ramach pierwszej edycji NPOZP nie spełniły się, głównie ze względu na brak zmian w sposobie finansowania usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Kontynuowanie finansowania hospitalizacji psychiatrycznych według

osobodnia nie pozwala na redukcję liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych i nie pociąga za sobą większego zainteresowania instytucji rozwojem form opieki pozaszpitalnej [7]. Mimo trudności z wdrożeniem założeń NPOZP w latach 2011–2014 największy wzrost liczby pacjentów objętych opieką psychiatryczną odnotowano w opiece środowiskowej w zespołach leczenia środowiskowego, w których ogólna liczba leczonych potroiła się z 9,6 tys. do 29,8 tys. Prawie trzykrotnie zwiększyła się także liczba zespołów leczenia środowiskowego w całym kraju: z 48 w 2010 do 132 w 2014 roku [8].

Aktualna edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017–2022 jest kolejną szansą na przeprowadzenie kompleksowej i systemowej reformy opieki psychiatrycznej w Polsce. Program zakłada zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnego i powszechnie dostępnego systemu leczenia przez wdrożenie i upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach sieci lokalnych, równomiernie rozmieszczonych centrów zdrowia psychicznego (CZP) [8]. Zmiany mają mieć charakter wielowymiarowy i mają uwzględniać działanie na wielu płaszczyznach. Głównym założeniem jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi opieki zdrowotnej i innych form pomocy w środowisku rodzinnym i społecznym. [7]. Jednocześnie dokonuje się radykalna zmiana sposobu finansowania opieki zdrowotnej na model kapitacyjny. Wprowadzono nowatorski sposób finansowania: podmiot prowadzący CZP otrzymuje na realizację tego zadania tzw. ryczałt na populację będący iloczynem stawki na mieszkańca i liczby dorosłych mieszkańców obszaru działania. Stawka na mieszkańca podlega corocznej waloryzacji. W 2018 roku wyniosła 75,00 zł w skali rocznej, a aktualnie jest zwaloryzowana i wynosi 87,96 zł [9, 10].

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia (MZ) z dnia 27 kwietnia 2018 roku w ramach NPOZP na lata 2017–2022 wprowadzono w Polsce pilotaż centrów zdrowia psychicznego. Od 1 lipca 2018 roku w ramach pilotażu w Polsce działało 27 centrów zdrowia psychicznego w 14 województwach. Nowym sposobem organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej objęto w pierwszym roku programu 10% dorosłych Polaków. Aktualne rozszerzenia pilotażu i nowe podpisane umowy obejmują około 4,2 miliona dorosłych Polaków (12% populacji). Pilotaż ma testować nowy system do końca 2022 roku, a następnie planowane jest jego rozszerzenie na cały obszar kraju [11].

Program pilotażowy wymaga przewartościowania myślenia o potrzebach osób leczonych i ich rodzin, a także nowej organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej. Organizacja powiązana jest z odpowiedzialnością za lokalną wspólnotę, z możliwością szybkiego zapewnienia pomocy dla pacjenta i jego rodziny. Decydujące jest szybkie udzielenie pomocy, która od początku musi być zorientowana na leczenie, na psychoterapię, rehabilitację społeczną i zawodową, musi być zintegrowana i kompleksowa. Następuje odwrócenie kolejności, gdyż leczenie zaczyna się od poradni zdrowia psychicznego, zespołu leczenia środowiskowego i oddziału dziennego, a dopiero w dalszej kolejności, w uzasadnionych sytuacjach, odbywa się ono w stacjonarnym oddziale całodobowym, najlepiej zlokalizowanym w szpitalu ogólnym. Finansowanie

programu ma charakter kapitaacyjny, terapia wymaga współpracy i koordynacji, a nie rywalizacji między instytucjami [12]. Być może ZLŚ funkcjonujące w ramach CZP finansowanego w sposób kapitaacyjny odegrają rolę powszechnej już w krajach bardziej rozwiniętych alternatywy dla hospitalizacji stacjonarnej (tzw. *Crisis Resolution Team* – CRT lub *Mobile Crisis Home Treatment* – MCHT, zespół leczenia domowego), a reforma będzie pierwszym krokiem w wyspecjalizowaniu się ZLŚ w formy bardziej intensywnego leczenia.

W ostatnich latach widoczny jest duży wzrost liczby zespołów leczenia środowiskowego, a co za tym idzie, pacjentów objętych opieką. W 2018 roku w Polsce były 193 zespoły leczenia środowiskowego, które obejmowały swoją opieką prawie 60 tys. pacjentów. Od 2000 roku nastąpił 11-krotny przyrost w zakresie liczby ZLŚ w Polsce oraz prawie 27-krotny przyrost liczby pacjentów objętych opieką środowiskową [1]. Zespoły leczenia środowiskowego zajmują się pacjentem w jego środowisku rodzinnym i społecznym, co wpisuje się w ideę psychiatrii środowiskowej. Według badań ZLŚ są bardziej skuteczne w porównaniu ze standardową opieką szpitalną i poszpitalną, obserwuje się pozytywny wpływ ZLŚ na zmniejszenie liczby [13–18] i długości hospitalizacji psychiatrycznych [19–23] oraz redukcję kosztów leczenia [21–25].

Ważnym parametrem oceniającym skuteczność leczenia, który podkreśla rolę i zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny, jest satysfakcja z opieki. Według Ruggeri i wsp. [26] z biegiem czasu zwraca się coraz większą uwagę na satysfakcję pacjentów i ich rodzin z opieki psychiatrycznej i wskaźnik ten może sam w sobie określać miarę wyniku leczenia. Satysfakcja z opieki ma znaczenie jako wynik leczenia z dwóch różnych perspektyw: pacjenta i poziomu usług. Pomiar satysfakcji jest także postrzegany jako istotne źródło informacji o jakości opieki – wysokie wskaźniki satysfakcji są interpretowane w badaniach jako oznaka dobrej organizacji i świadczenia usług na zadowalającym poziomie [27]. Według Ruggeri [28] satysfakcja z opieki determinuje skuteczność interwencji oraz wpływa na lepsze ich zrozumienie przez pacjenta. Wysoka satysfakcja z opieki psychiatrycznej jest ważnym celem do osiągnięcia dla świadczeniodawców, a jej pomiar jest istotny z perspektywy ewaluacji usług.

Celem badania było porównanie satysfakcji z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię w dwóch modelach ZLŚ: tradycyjnym i pilotażowym z jednoczesną oceną nasilenia objawów i funkcjonowania społecznego.

### Material i metoda

Badanie przeprowadzono w okresie od 1.03.2019 do 31.12.2019 roku po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Collegium Medicum UJ w Krakowie. Zbadano 90 pacjentów chorujących na schizofrenię leczonych w ramach trzech zespołów leczenia środowiskowego, w tym 60 leczonych w ZLŚ w modelu tradycyjnym, a 30 w modelu pilotażowym. Pacjenci byli pod opieką:

- (1) Zespołu Leczenia Środowiskowego Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Psychicznego im. Prof. Antoniego Kępińskiego, ul. Kopernika 21a, Kraków (ZLŚ Ś), model pilotażowy;

- (2) Zespołu Leczenia Środowiskowego Kraków Nowa Huta Szpitala Klinicznego im. Dr. J. Babińskiego w Krakowie, os. Centrum B 11a, Kraków (ZLŚ NH), model tradycyjny;
- (3) Zespołu Leczenia Środowiskowego Centrum Psychoterapii i Rozwoju Osobistego, Olkusz, ul. Kazimierza Wielkiego 64 (ZLŚ O), model tradycyjny.

Badanie przeprowadzono jednocześnie. W każdym z trzech badanych ZLŚ stworzono listę pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, a następnie za pomocą generatora liczb losowych dobrano grupę badaną. Badanie zostało przeprowadzone przez dwóch lekarzy specjalistów psychiatrów. Aby zapewnić wysoki poziom rzetelności i wiarygodności badania, dodatkowo przeprowadzono weryfikację spójności uzyskanych wyników – wyodrębniono losową grupę pacjentów, którzy zostali zbadani przez obu badaczy. W obu ocenach uzyskano zbieżne wyniki. Czterech pacjentów odmówiło udziału w badaniu, w ich miejsce zakwalifikowano kolejnych, spełniających warunki badania, aby uzyskać grupę badawczą liczącą 90 osób, po 30 w każdym z trzech ZLŚ.

W grupie pilotażowej zbadano 30 osób, po 15 kobiet i 15 mężczyzn, spośród których 33,3% było w związku, 26,7% pracowało, 83,3% mieszkało z rodziną, 40% posiadało dzieci, 33,3% przyjmowało leki przeciwpsychotyczne w iniekcjach o przedłużonym działaniu, 43,3% miało choroby współistniejące. W grupie porównawczej zbadano 60 osób, w tym 31 kobiet i 29 mężczyzn, spośród których 20% było w związku, 20% pracowało, 73,3% mieszkało z rodziną, 30% posiadało dzieci, 38,3% przyjmowało leki przeciwpsychotyczne w iniekcjach o przedłużonym działaniu, 51,7% miało choroby współistniejące (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna, przyjmowane leki i choroby współistniejące w podziale na grupę pilotażową i porównawczą

	Grupa pilotażowa (ZLŚ Ś) n (%)	Grupa porównawcza (ZLŚ NH i ZLŚ O) n (%)	Wynik testu	p
Płeć				
kobieta	15 (50,0)	31 (51,7)	$\chi^2(1) = 0,022$	0,881
mężczyzna	15 (50,0)	29 (48,3)		
Stan cywilny				
w związku	10 (33,3)	12 (20,0)	$\chi^2(2) = 1,925$	0,165
samotny	20 (66,7)	48 (80,0)		
Praca				
pracuje	8 (26,7)	12 (20,0)	$\chi^2(2) = 0,514$	0,473
nie pracuje	22 (73,3)	48 (80,0)		
Zamieszkanie				
samotnie	5 (16,7)	16 (26,7)	$\chi^2(2) = 1,118$	0,290

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

z rodziną	25 (83,3)	44 (73,3)		
Dzieci				
tak	12 (40,0)	18 (30,0)	$\chi^2(2) = 0,900$	0,343
nie	18 (60,0)	42 (70,0)		
Leki w postaci depot				
nie	20 (66,7)	37 (61,7)	$\chi^2(2) = 0,215$	0,643
tak	10 (33,3)	23 (38,3)		
Choroby współistniejące				
nie	17 (56,7)	29 (48,3)	$\chi^2(2) = 0,556$	0,456
tak	13 (43,3)	31 (51,7)		

Nie odnotowano różnic między grupami w zakresie płci, stanu cywilnego, pracy, zamieszkania, dzietności, występowania chorób współistniejących i stosowania leków w iniekcjach o przedłużonym działaniu (depot) (tab. 1).

W grupie pilotażowej wiek badanych zawierał się w przedziale od 18 do 65 lat, średnio 43,97 roku. Średnia długość leczenia psychiatrycznego wynosiła prawie 18 lat, a średnia długość leczenia w ZLS ponad 5 lat. Badani pacjenci byli hospitalizowani psychiatrycznie średnio prawie 4 razy, a w 2019 roku średnio 0,07 raza. Pacjenci mieli zlecone średnio prawie 2 leki, z czego średnio 1,43 leków przeciwpsychotycznych. W grupie porównawczej leczonej w modelu tradycyjnym wiek badanych zawierał się w przedziale od 27 do 75 lat, średnio prawie 50 lat. Średnia długość leczenia psychiatrycznego wynosiła nieco ponad 20 lat, a średnia długość leczenia w ZLS ponad 5 lat. Badani pacjenci byli hospitalizowani psychiatrycznie średnio prawie 7 razy, w 2019 roku średnio 0,18 raza. Pacjenci mieli zlecone średnio ponad 2,5 leku, z czego średnio 1,74 leków przeciwpsychotycznych (tab. 2).

**Tabela 2. Charakterystyka kliniczna oraz wyniki opisujące nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i satysfakcję z opieki w ZLS Ś n = 30 oraz w grupie porównawczej (ZLS NH i ZLS O)**

	ZLS Ś, n = 30					Grupa porównawcza (ZLS NH i ZLS O), n = 60				
	M	Me	SD	Min.	Maks.	M	Me	SD	Min.	Maks.
Wiek	43,97	40,00	13,53	18,00	65,00	49,87	49,50	12,95	27,00	75,00
Długość leczenia psychiatrycznego	17,58	17,00	12,36	0,50	45,00	20,73	19,50	11,85	2,00	56,00
Długość leczenia w ZLS	5,42	5,50	3,95	0,50	16,00	5,25	4,00	4,59	1,00	25,00
Całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych	3,83	3,00	4,01	0,00	22,00	6,98	4,00	8,66	0,00	40,00

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Liczba hospitalizacji psychiatrycznych w 2019 roku	0,07	0,00	0,25	0,00	1,00	0,18	0,00	0,39	0,00	1,00
Liczba zażywanych leków psychiatrycznych	1,93	2,00	1,05	0,00	5,00	2,52	2,00	1,21	1,00	6,00
Liczba zażywanych leków przeciwpsychotycznych	1,43	1,00	0,73	0,00	3,00	1,74	2,00	0,73	0,00	4,00
PANSS–suma	95,10	96,50	33,99	33,00	172,00	64,17	62,50	17,26	34,00	119,00
PANSS–POZ	18,43	18,50	8,73	7,00	41,00	11,40	11,00	3,76	5,00	21,00
PANSS–NEG	25,60	25,50	10,32	8,00	41,00	21,97	21,00	8,12	7,00	41,00
SNI–różnicowanie	4,30	4,00	1,97	1,00	9,00	4,43	4,00	1,58	1,00	9,00
SNI–wielkość	7,90	7,00	3,57	3,00	15,00	11,70	10,00	6,74	3,00	36,00
SNI–aktywność w rolach	1,13	1,00	0,43	0,00	2,00	1,73	2,00	0,90	0,00	5,00
Poziom samotności	34,50	40,0	14,97	7,00	58,00	23,78	24,00	12,58	0,00	47,00
WHODAS	41,34	41,32	17,37	5,56	85,42	25,90	24,65	13,65	2,80	60,40
VSSS-54 – średnia ocena	4,28	4,30	0,44	2,84	4,95	4,35	4,36	0,50	2,60	5,00
VSSS-54 – satysfakcja ogólna	4,38	4,33	0,48	3,00	5,00	4,52	4,83	0,67	1,70	5,00
VSSS-54 – profesjonalizm	4,12	4,22	0,47	2,56	4,69	4,28	4,44	0,46	2,30	4,70
VSSS-54 – informacja	4,21	4,17	0,45	3,00	5,00	4,29	4,33	0,67	2,30	5,00
VSSS-54 – dostępność	4,08	4,00	0,59	2,00	5,00	4,13	4,50	0,76	1,50	5,00
VSSS-54 – skuteczność	4,22	4,25	0,48	2,75	5,00	4,19	4,25	0,65	2,30	5,00
VSSS-54 – typy interwencji	4,14	4,19	0,49	2,88	4,88	4,25	4,33	0,55	2,80	5,00
VSSS-54 – włączenie rodziny	4,27	4,20	0,51	2,60	5,00	3,95	4,00	0,82	1,40	5,00

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Min. – minimum, Maks. – maksimum

W grupie pilotażowej w ocenie stanu psychicznego za pomocą PANSS średnia suma dla badanej grupy wyniosła 95,1, w zakresie objawów PANSS–POZ średnio 18,43, a PANSS–NEG średnio 25,6. Ocenę społeczną przedstawiono w trzech wskaźnikach: sieć społeczna, poziom osamotnienia i poziom niepełnosprawności. Różnicowanie sieci społecznej w badanej grupie pacjentów wyniosło nieco ponad 4, co oznacza, że pacjenci mieli regularny kontakt z czterema z dwunastu opisywanych w kwestiona-

riuszu grup społecznych (partner, dzieci, rodzice, teściowie, inni krewni, przyjaciele, członkowie grupy wyznaniowej, współpracownicy, osoby związane ze szkołą, sąsiedzi, osoby wspólnie uczestniczące w wolontariacie, członkowie innych grup). Średnia wielkość sieci społecznej wyniosła prawie 8, co oznacza, że każdy członek badanej grupy miał regularny kontakt minimum raz na dwa tygodnie średnio z około 8 osobami. Aktywność w rolach, czyli liczba kategorii ról społecznych, w których pacjent jest aktywny (ma minimum 3 regularne kontakty w rodzinie lub 4 regularne kontakty w innej grupie społecznej) u badanych wyniosła średnio 1,13. Poziom samotności wśród badanych pacjentów wyniósł średnio 34,50 punktu na maksymalnie 60 możliwych, a średni poziom niepełnosprawności 41%. Satysfakcja z opieki w ZLS pilotażowym była wysoka, w ocenie średniej oraz w każdym z siedmiu badanych obszarów satysfakcji średnia wyniosła powyżej 4 (na maksymalnie 5 punktów) (tab. 2).

W grupie porównawczej w ocenie stanu psychicznego za pomocą PANSS średnia suma dla badanej grupy wyniosła 64,17, w zakresie objawów PANSS-POZ średnio 11,40, a PANSS-NEG średnio 21,97. Zróżnicowanie sieci społecznej w badanej grupie pacjentów wyniosło nieco ponad 4, średnia wielkość sieci społecznej wyniosła prawie 12, a aktywność w rolach u badanych wyniosła średnio 1,73. Poziom samotności wśród badanych pacjentów wyniósł średnio 23,78 punktu na maksymalnie 60 możliwych, a średni poziom niepełnosprawności prawie 26%. Satysfakcja z opieki w ZLS była wysoka, w ocenie średniej oraz w każdym z siedmiu badanych obszarów satysfakcji poza włączeniem rodzin w proces terapeutyczny średnia wyniosła powyżej 4 (na maksymalnie 5 punktów) (tab. 2).

W badaniu użyto następujących narzędzi:

- kwestionariusza danych socjodemograficznych i danych klinicznych;
- *Skali objawów pozytywnych i negatywnych (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS)*, która ocenia stopień nasilenia 30 objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii w skali od 1 do 7, gdzie 1 oznacza brak występowania określonego objawu, a 7 jego skrajne nasilenie [29];
- *Skali werońskiej (Verona Service Satisfaction Scale – VSSS-54)* [30] służącej do oceny poziomu satysfakcji pacjenta z usług medycznych. Skala składa się z 54 pytań zamkniętych i dwóch pytań otwartych. Ocenia satysfakcję pacjenta w zakresie siedmiu obszarów, takich jak: satysfakcja ogólna, profesjonalizm i zachowanie terapeutów, informacja, dostępność, skuteczność, typy interwencji, włączenie rodziny. Pacjent dokonuje oceny w skali od 1 do 5, gdzie 5 oznacza maksymalną ocenę;
- kwestionariusza oceny niepełnosprawności (*WHO Disability Assessment Schedule 2.0 – WHODAS 2.0 – 36-item*) [31]. Składa się on z 36 pytań oceniających poziom niepełnosprawności w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza brak trudności w wykonaniu zadania, a 5 wysiłek skrajnie duży lub niemożność wykonania zadania. Ocenia się sześć obszarów: rozumienie i komunikacja, poruszanie się/mobilność, dbanie o siebie, relacje z innymi, aktywność, uczestniczenie;
- *Wskaźnika sieci społecznej (Social Network Index – SNI)* [32] – kwestionariusza służącego do oceny uczestniczenia chorego w życiu społecznym. Oce-



nia on: zróżnicowanie sieci społecznej, czyli określenie liczby kategorii ról społecznych (z 12 dostępnych), z którymi pacjent ma regularny kontakt przynajmniej jeden raz na dwa tygodnie (możliwy wynik mieści się w przedziale od 0 do 12); wielkość sieci społecznej pacjenta, tj. sumę liczby osób spośród 12 dostępnych kategorii, z którymi pacjent ma regularny kontakt minimum jeden raz na dwa tygodnie; aktywność w rolach, „osadzenie” w sieci społecznej, tj. liczbę różnych kategorii ról społecznych, w których pacjent jest aktywny – aktywność określono jako minimum 4 regularne kontakty w danej grupie społecznej, z wyjątkiem rodziny, gdzie określono aktywność jako minimum 3 regularne kontakty (możliwy wynik w tej skali mieści się w przedziale od 0 do 8);

- *Skali samotności (UCLA Loneliness Scale)* [33]. Ocenia ona subiektywny poziom poczucia osamotnienia. Składa się z 20 pytań. Pacjent wskazuje, jak często określone sytuacje dotyczą jego osoby w czteropunktowej skali: „często”, „czasami”, „rzadko”, „nigdy”. Możliwy wynik mieści się w przedziale od 0 do 60.

Do opracowania statystycznego wyników wykorzystano pakiety SPSS ver. 25 oraz STATISTICA 13.3. Do analizy różnic międzygrupowych wykorzystano testy chi-kwadrat, *t*-Studenta, test *U* Manna–Whitneya. Przyjęty poziom istotności statystycznej we wszystkich analizach wynosił  $\alpha = 0,05$ .

## Wyniki

Porównania między grupą pilotażową i porównawczą dokonano za pomocą testu *t*-Studenta. Grupa pilotażowa charakteryzowała się istotnie niższym wiekiem, mniejszą liczbą zażywanych leków psychiatrycznych, mniej rozbudowaną siecią społeczną, mniejszą aktywnością w rolach w sieci społecznej, wyższym poziomem samotności i wyższym poziomem niepełnosprawności. W grupie pilotażowej istotnie wyższa była satysfakcja z włączenia rodziny w proces terapeutyczny, a także wyższy był poziom objawów psychopatologicznych mierzonych za pomocą PANSS oraz objawów pozytywnych PANSS–POZ (tab. 3).

Tabela 3. Porównanie danych klinicznych, nasilenia objawów schizofrenii, funkcjonowania społecznego i satysfakcji z opieki między grupą pilotażową (ZŁŚ Ś) a grupą porównawczą (ZŁŚ NH i ZŁŚ O)

	Grupa pilotażowa (ZŁŚ Ś) M ± SD Me	Grupa porównawcza (ZŁŚ NH i ZŁŚ O) M ± SD Me	Wynik testu <i>t</i> studenta	<i>p</i>
Wiek	43,97 ± 13,53; 40,00	49,87 ± 12,95 49,50	<i>t</i> (88) = - 2,007	0,048

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Długość leczenia psychiatrycznego	17,58 ± 12,36 17,00	20,73 ± 11,85 19,50	t(88) = -1,172	0,244
Liczba zażywanych leków psychiatrycznych	1,93 ± 1,05 2,00	2,52 ± 1,21 2,00	t(88) = -2,245	0,027
Liczba zażywanych leków przeciwpsychotycznych	1,43 ± 0,73 1,00	1,43 ± 0,73 2,00	t(88) = -1,834	0,070
SNI-zróźnicowanie	4,30 ± 1,97 4,00	4,43 ± 1,58 4,00	t(88) = -0,348	0,729
SNI-wielkość	7,90 ± 3,57 7,00	11,70 ± 6,74 10,00	t(80,912) = -3,077	0,003
SNI-aktywność w rolach	1,13 ± 0,43 1,00	1,73 ± 0,90 2,00	t(87,946) = -4,268	< 0,001
Poziom samotności	34,50 ± 14,97 40,00	23,78 ± 12,58 24,00	t(88) = 3,572	0,001
WHODAS	41,34 ± 17,37 41,32	25,90 ± 13,65 24,65	t(88) = 4,611	< 0,001
VSSS-54 średnia	4,28 ± 0,44 4,30	4,35 ± 0,50 4,36	t(88) = -0,657	0,513
VSSS-54 – satysfakcja ogólna	4,38 ± 0,48 4,33	4,52 ± 0,67 4,83	t(88) = -1,019	0,311
VSSS-54 – profesjonalizm	4,12 ± 0,47 4,22	4,28 ± 0,46 4,44	t(88) = -1,558	0,123
VSSS-54 – informacja	4,21 ± 0,45 4,17	4,29 ± 0,67 4,33	t(79,974) = -0,654	0,515
VSSS-54 – dostępność	4,08 ± 0,59 4,00	4,13 ± 0,76 4,50	t(88) = -0,315	0,754
VSSS-54 – skuteczność	4,22 ± 0,48 4,25	4,19 ± 0,65 4,25	t(88) = 0,265	0,792
VSSS-54 – typy interwencji	4,14 ± 0,49 4,19	4,25 ± 0,55 4,33	t(88) = -0,960	0,340
VSSS-54 – włączenie rodziny	4,27 ± 0,51 4,20	3,95 ± 0,82 4,00	t(83,604) = 2,294	0,024
PANSS–suma	95,10 ± 33,99 96,50	64,17 ± 17,26 62,50	t(36,654) = 4,691	< 0,001

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

PANSS-POZ	18,43 ± 8,73 18,50	11,40 ± 3,76 11,00	t(34,487) = 4,222	< 0,001
PANSS-NEG	25,60 ± 10,32 25,50	21,97 ± 8,12 21,00	t(88) = 1,824	0,072

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, t – statystyka testu t-Studenta, p – istotność

Poniżej przedstawiono porównanie długości leczenia w ZLS i liczby hospitalizacji psychiatrycznych w grupie pilotażowej i porównawczej. Oceny dokonano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Nie uzyskano poziomu istotności statystycznej, ale różnica w liczbie hospitalizacji psychiatrycznych była na granicy istotności, co może sugerować, że w tym obszarze są różnice między badanymi grupami i zagadnienie to wymaga poszerzenia w dalszych badaniach w dłuższej obserwacji czasowej (tab. 4).

Tabela 4. Porównanie długości leczenia w ZLS i liczby hospitalizacji psychiatrycznych między grupą pilotażową i porównawczą

	Grupa pilotażowa (ZLS Ś) M ± SD Me	Grupa porównawcza (ZLS NH i ZLS O) M ± SD Me	Wynik testu U Manna-Whitneya	p
Długość leczenia w ZLS	5,42 ± 3,95 5,50	5,25 ± 4,59 4,00	853,5	0,688
Całkowita liczba hospitalizacji psychiatrycznych	3,83 ± 4,01 3,00	6,98 ± 8,66 4,00	684,0	0,063
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych w 2019 roku	0,07 ± 0,25 0,00	0,18 ± 0,39 0,00	853,0	0,140

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, p – istotność

### Omówienie wyników

Pacjenci w pilotażowym ZLS wykazywali istotnie wyższe nasilenie objawów psychopatologicznych badanych skalą PANSS oraz w związku z tym istotnie wyższy poziom niepełnosprawności badany skalą WHODAS w porównaniu z pozostałymi dwoma badanymi ZLS. Istotna różnica dotyczyła głównie występowania objawów pozytywnych. W zakresie objawów negatywnych wyniki były zbliżone. Różnica może wynikać ze sposobu doboru pacjentów i ich zgody na udział w badaniu. Pacjenci z ostrymi objawami psychotycznymi i brakiem krytycyzmu wobec choroby są grupą, którą znacznie trudniej zrekrutować do badania. Być może pacjenci tacy w dwóch pozostałych ZLS odmawiali badania lub posiadali status osoby ubezwłasnowolnionej,

co wykluczało ich z udziału w badaniu. Hipoteza ta nie wyjaśnia jednak całościowo różnicy między stanem klinicznym badanych grup pacjentów. Innym wyjaśnieniem może być teza, że pacjenci leczeni w obszarach Nowej Huty i powiatu olkuskiego częściej trafiają do opieki instytucjonalnej (szpital, dom opieki społecznej), ponieważ na tym terenie są mniejsze możliwości kadrowe i zbyt duża liczba pacjentów. Pacjenci bez remisji w zakresie ostrych objawów psychiatrycznych są szczególnie trudną grupą pacjentów. Praca z nimi wymaga znacznego wkładu pracy całego zespołu, aby uzyskać zgodę na wizyty w środowisku, a także możliwości czasowych i dostosowania się do zachowań stereotypowych pacjenta, gdy pacjent np. wpuszcza personel na wizytę tylko o określonej godzinie czy prosi o spotkanie w otwartej przestrzeni. Istotna może być też ta okoliczność, że ZLS pilotażowy jest związany z Oddziałem Klinicznym Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i jako ośrodek o znacznym doświadczeniu i wyższym stopniu referencyjności może być uznawany za miejsce, w którym rodziny trudnych pacjentów chętniej szukają pomocy.

Kolejnym czynnikiem wyjaśniającym różnicę w zakresie objawów psychopatologicznych i funkcjonowania jest sposób finansowania: grupa pacjentów leczonych w ramach ZLS będącego częścią pilotażowego Centrum Zdrowia Psychicznego od 1 lipca 2018 roku jest objęta programem, który jest finansowany kapitałowo, a nie w formie płatności za usługę. W tym modelu kładzie się nacisk na utrzymanie pacjenta w środowisku, tworząc w ramach ZLS alternatywę dla hospitalizacji całodobowej. Grupa porównawcza charakteryzowała się zarówno istotnie lepszymi parametrami opisującymi mniejsze nasilenie objawów pozytywnych, jak i większą siecią społeczną i wyższą aktywnością w rolach społecznych oraz istotnie niższym poziomem samotności. Może to wynikać z faktu, że ZLS pilotażowy leczył pacjentów ciężiej chorujących i w szerszym stopniu realizował zadanie alternatywy dla hospitalizacji stacjonarnej, przy porównywalnej satysfakcji z leczenia. Ze względu na krótki okres obserwacji i małą grupę badaną zagadnienie to wymaga dalszej eksploracji.

Istotnymi czynnikami różnicującymi zespoły leczenia środowiskowego w Polsce są terytorialna odpowiedzialność i sposób finansowania. Obecnie istnieją dwa systemy płatności: w modelu tradycyjnym płatność następuje za każdą usługę, a w modelu kapitałowym, w programie pilotażowym, możliwa jest duża swoboda w przemieszczaniu personelu i planowaniu opieki w zależności od potrzeb pacjentów i ich rodzin. Finansowany jest cel, a nie pojedyncza interwencja. Trzeba odnotować, że grupa pilotażowa i grupy leczone w tradycyjnym systemie opieki nie różniły się w zakresie większości danych socjodemograficznych. Grupa pilotażowa zażywała podobną liczbę leków przeciwpsychotycznych, ale istotnie mniej innych leków psychiatrycznych. Leczenie w tej grupie obejmowało częściej pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. Najwięcej różnic było widocznych w większym nasileniu objawów klinicznych i gorszym funkcjonowaniu społecznym.

Niektóre przepisy dotyczące funkcjonowania ZLS finansowanych tradycyjnie utrudniają zespołom leczenia środowiskowego pełnienie funkcji alternatywy dla hospitalizacji całodobowej, chociaż wiadomo, że w sytuacji zaostrzenia objawów stan pacjenta może wymagać takiej interwencji. Mowa m.in. o zapisie: „w przypadku licznych wizyt/porad domowych/środowiskowych w jednym miejscu w tym samym

dniu, dla pierwszego świadczeniobiorcy sprawozdawana jest wizyta domowa, a dla pozostałych: porada diagnostyczna, porada terapeutyczna lub porada kontrolna, zgodnie z faktycznie udzielonymi świadczeniami” [34], który sugeruje, że finansowanie porad udzielanych zgodnie z duchem opieki środowiskowej, tj. pracą w zespole, będzie niższe niż w wypadku rozliczenia wszystkich wizyt domowych. Model pilotażowy pozwala na swobodne przesunięcie większych środków i większej grupy personelu do pracy w domach pacjentów i chroni nowo przyjmowanych pacjentów przed hospitalizacją. Należy zwrócić uwagę na fakt, że grupa pilotażowa opiekowała się pacjentami z bardziej nasilonymi objawami pozytywnymi schizofrenii oraz istotnie wyższym poziomem niepełnosprawności, a mimo to liczba hospitalizacji w 2019 roku, który w całości był objęty programem pilotażowym, była niższa w porównaniu z grupą porównawczą, chociaż nie w stopniu istotnym.

Jak wskazuje Cechnicki [35], największą dynamikę w zakresie liczby hospitalizacji psychiatrycznych obserwuje się w pierwszych pięciu latach po rozpoznaniu schizofrenii, po tym okresie spada ona do niższego poziomu. Oznacza to, że zaraz po rozpoznaniu choroby pacjenci młodszy, u których przebieg choroby od początku jest niekorzystny, są trudniejszą grupą do utrzymania w leczeniu środowiskowym, gdzie uczestnictwo wymaga większej motywacji własnej. Zagadnienie to wymaga jednak dalszych badań na większej grupie badanych ZLS. W badaniu Słupczyńskiej-Kossobudzkiej i wsp. [13] dokonano pomiaru liczby hospitalizacji po pierwszym i czwartym roku od objęcia opieką środowiskową i uzyskano wyższy wynik niż w opisywanym badaniu. Po roku średnia roczna liczba hospitalizacji wyniosła 0,4, po czterech latach 1,0. Przy obserwacji dwóch wskaźników wyniku leczenia przyjętych dla porównania tych grup należy zwrócić uwagę na pozytywny wpływ programu pilotażowego CZP na satysfakcję pacjentów z włączenia rodzin w proces terapeutyczny oraz redukcję liczby hospitalizacji, mimo braku istotnej statystycznie różnicy w tym obszarze. Biorąc pod uwagę znaczenie satysfakcji z opieki jako wskaźnika wyniku leczenia, krótki okres obserwacji i relatywnie małą grupę badaną, należy rozważyć dalsze badania w tym zakresie. Jakie to będzie miało znaczenie w prewencji hospitalizacji stacjonarnych dla całego rejonu, będzie można ocenić dopiero wówczas, kiedy będą znane kilkuletnie wyniki opieki psychiatrycznej w całym obszarze objętym pilotażowym Centrum Zdrowia Psychicznego.

Ograniczeniem badania może być fakt, że pod opieką zespołów leczenia środowiskowego znajduje się szczególnie grupa pacjentów chorujących na schizofrenię, którzy niechętnie wyrażają zgodę na badanie. Mają znaczne deficyty w zakresie funkcji poznawczych, problemy z koncentracją, co powoduje, że uczestniczenie w badaniu, zwłaszcza dla osób w starszym wieku, jest dużym wyzwaniem. Część pacjentów będących pod opieką ZLS nie została zakwalifikowana do badania, gdyż nie byłaby w stanie w pełni go wykonać, a to mogłoby wpłynąć na zaniżenie wyników w zakresie funkcjonowania klinicznego i społecznego w badanych grupach.

W dwóch ośrodkach część badań została przeprowadzona przez lekarzy zaangażowanych w terapię. Z jednej strony pozwalało to na lepszą ocenę stanu psychicznego pacjenta oraz wyrażenie zgody przez niego na badanie ze względu na zaufanie do znanej osoby, z drugiej strony pojawiało się ryzyko zafałszowania odpowiedzi, zwłaszcza w ocenie satysfakcji z opieki – treść kwestionariuszy wypełnianych anonimowo mogła

być znana personelowi, a badani mogli chcieć przypodobać się swojemu lekarzowi lub obawiać się konsekwencji wyrażenia negatywnej oceny.

Liczebności badanych grup nie były duże. Skale użyte do oceny satysfakcji i poziomu odczuwanej samotności są związane z oceną subiektywną, tak więc na wynik mogły wpłynąć: podejrzliwość pacjenta, brak wiary w anonimowość badania, niechęć do przedstawienia swoich prawdziwych opinii. Badanie jest obszerne, czasochłonne i liczba kwestionariuszy mogła spowodować, że w pewnym momencie były uzupełniane z mniejszą uwagą.

### Wnioski

W grupie pilotażowej objęto leczeniem pacjentów młodszych, ciężiej chorujących, o większym nasileniu objawów, gorszym funkcjonowaniu społecznym przy jednoczesnym braku różnic w liczbie hospitalizacji między grupami. Wstępnie można wnioskować, że ZLS w centrach pilotażowych jest częściej dla tej grupy pacjentów alternatywą dla hospitalizacji. Stwierdzono też wyższą satysfakcję z włączenia rodziny w proces terapeutyczny w grupie pilotażowej. Przydatna byłaby też ocena wyników leczenia we wszystkich ZLS działających w ramach pilotażowych CZP.

### Piśmiennictwo

1. Załuska M. *Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce*. *Postępy Psychiatr. i Neurol.* 2006; 15(4): 277–285.
2. Langiewicz W. *System ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Opieka zdrowotna*. W: *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3: *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010. S. 598–608.
3. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. *Raport RPO 2014*. [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona\\_zdrowia\\_psychicznego.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf) (dostęp: 18.02.2019).
4. *Realizacja zadań NPOZP*. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12692,vp,15090.pdf> (dostęp: 18.02.2019).
5. Plan finansowy NFZ na 2017 rok. <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 24.05.2021).
6. Bauer M, Kunze H, Von Cranach M, Fritze J, Becker T. *Psychiatric reform in Germany*. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2001; (410): 27–34.
7. *Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*. 2016. <https://docplayer.pl/19008751-Sprawozdanie-zespołu-powołanego-przez-ministra-zdrowia-do-opracowania-projektu-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html> (dostęp: 4.09.2019).
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. *Dz.U. z 2017 r., poz. 458*. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000458/O/D20170458.pdf> (dostęp: 16.02.2019).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. *Dz.U. z 2018 r., poz. 852*. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180000852/O/D20180852.pdf> (dostęp: 31.10.2019).

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Dz.U. z 2019 r., poz. 2444. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190002444/O/D20192444.pdf> (dostęp: 2.03.2020).
11. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Zakład Zdrowia Psychicznego – Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. *Raport końcowy w sprawie realizacji zadania polegającego na prowadzeniu prac nadzorująco-kontrolnych dotyczących realizacji programu pilotażowego psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*. 2019. <https://czp.org.pl/wp-content/uploads/docs/Raport%20ko%20C5%84cowy%20Biura%20ds.%20pilota%20C5%BCu%20za%202018%20rok.pdf> (dostęp: 31.10.2019).
12. Cechnicki A. *Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny*. 2009. <http://swiatlekarza.pl/psychiatria-jest-bardzo-czula-na-kontekst-spoeczny/> (dostęp: 20.02.2020).
13. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L, Wójtowicz S. *Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katamneza dwuletnia*. *Postępy Psychiatr. i Neurol.* 2001; 10(4): 289–299.
14. Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H. *Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization*. *Psychiatr. Serv.* 2002; 52(2): 223–228.
15. Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J i wsp. *Home treatment for mental health problems: A systematic review*. *Psychol. Med.* 2002; 32(3): 383–401.
16. Killaspy H. *From the asylum to community care: Learning from experience*. *Br. Med. Bull.* 2006; 79(1): 245–258.
17. Mickan SM. *Evaluating the effectiveness of health care teams*. *Aust. Health Rev.* 2005; 29(2): 211–217.
18. Tyrer P, Simmonds S. *Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder*. *Br. J. Psychiatry* 2003; 182(S44): 15–18.
19. Hoult J, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, Coles P, Briggs J. *A controlled study of psychiatric hospital versus community treatment – The effect on relatives*. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1981; 15(4): 323–328.
20. Hoult J, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, Weekes P, Briggs J. *Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomised trial*. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1983; 17(2): 160–167.
21. Burns T, Raftery J, Beadsmoore A, McGuigan S, Dickson M. *A controlled trial of home-based acute psychiatric services: II: Treatment patterns and costs*. *Br. J. Psychiatry* 1993; 163(1): 55–61.
22. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. *Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients*. *BMJ* 1998; 316(7125): 106–109.
23. Prot-Klinger K, Pawłowska M. *The effectiveness of community care for people with severe mental disorders*. *Arch. Psychiatry Psychother.* 2009; 11(4): 43–50.
24. Pigott HE, Trott L. *Translating research into practice: the implementation of an in-home crisis intervention triage and treatment service in the private sector*. *Am. J. Med. Qual.* 1993; 8(3): 138–144.
25. Merson S, Tyrer P, Carlen D, Johnson T. *The cost of treatment of psychiatric emergencies: A comparison of hospital and community services*. *Psychol. Med.* 1996; 26(4): 727–734.
26. Ruggeri M, Dall’Agnola R, Agostini C, Bisoffi G. *Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1994; 29(6): 265–276.

27. Miglietta E, Belessiotis-Richards C, Ruggeri M, Priebe S. *Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review*. J. Psychiatr. Res. 2018; 100: 33–46.
28. Ruggeri M. *Satisfaction with mental health services*. W: Thornicroft G, Tansella M. red. *Satisfaction with mental health services. Mental Health Outcome measures*. London: RCPsych. Publications; 2010. s. 99 – 115.
29. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13(2): 261–276.
30. Ruggeri M, Dall’Agnola R. *The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals*. Psychol. Med. 1993; 23(2): 511–523.
31. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J i wsp. *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Bull. World Health Organ. 2010; 88: 815–823.
32. Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM. *Social ties and susceptibility to the common cold*. JAMA 1997; 277(24): 1940–1944.
33. Russell DW. *UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure*. J. Pers. Assess. 1996; 66(1): 20–40.
34. Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-72020dsoz,7116.html> (dostęp: 23.03.2020).
35. Cechnicki A. *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.

Adres: Andrzej Cechnicki  
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum  
Katedra Psychiatrii  
Ośrodek Psychiatrii Środowiskowej i Badań nad Psychozami  
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8  
e-mail: andrzej.cechnicki@uj.edu.pl

Otrzymano: 16.04.2021

Zrecenzowano: 17.05.2021

Otrzymano po poprawie: 27.05.2021

Przyjęto do druku: 15.06.2021