

Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego 1990–2007

Psychiatric rehabilitation in Poland. Polish literature review from 1990–2007

Magdalena Ciałkowska, Tomasz Adamowski, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

This article provides a comprehensive overview of contemporary psychiatric rehabilitation and community psychiatry tendencies in Poland. On the basis of articles published in the years 1990-2007 in renowned Polish-language journals (Polish Psychiatry, Advances in Psychiatry and Neurology), an attempt was made to establish mainly directions in Polish community psychiatry. Authors review the present situation and introduce a synthesis of statistical analyses, local experiences and outcome researches on psychiatric rehabilitation for people with long term mental illness. Improvement in many areas of provided medical services and in integration process community-based psychiatric care forms is needed. Moreover, it is necessary to create a comprehensive national program of chronic mentally ill persons' rehabilitation based on individual and community resources. It is necessary to analyse unfavourable phenomena which occurred in the psychiatric care system (marginalization, stigmatization of chronic mentally ill persons, institutionalization or transinstitutionalization). The mentioned phenomena show tendencies towards rejection of the de-centralization of health service.

Słowa kluczowe: przewlekle chorzy psychicznie, rehabilitacja psychiatryczna, psychiatria środowiskowa, opieka psychiatryczna

Key words: chronic mentally ill persons, psychiatric rehabilitation, community psychiatry, psychiatry care

Wstęp

Zainteresowanie autorów tematyką rehabilitacji przewlekle chorych psychicznie związane jest z koordynowaniem na terenie Polski, przez Katedrę i Klinikę Psychiatrii AM we Wrocławiu, międzynarodowego badania „Utworzenie europejskich miar jakości usług opieki zinstytucjonalizowanej dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi” (akronim: DEMoB.inc). Kolejnym motywem, skłaniającym do podejmowania analiz, jest chęć szerszego spojrzenia na proces transformacji w polskiej

psychiatrii, stanowiący odbicie przemian, dokonujących się w europejskich systemach leczenia psychiatrycznego. Autorzy zadawali sobie pytania dotyczące kierunku zmian zachodzących w rehabilitacji psychiatrycznej w Polsce, sposobu i stopnia ich monitorowania oraz koordynowania przez odpowiednie instytucje, a także odniesień i zastosowań wyników badań w praktyce rehabilitacyjnej. Analizą objęto doniesienia z badań oraz prace dotyczące rozwiązań praktycznych w postaci lokalnych programów, które ukazały się w czasopismach „Psychiatria Polska” oraz „Postępy Psychiatrii i Neurologii” w ciągu lat 1990–2007.

Niniejszy artykuł koncentruje się na syntezie danych z piśmiennictwa dotyczącego pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, jako że rehabilitacja społeczna tej grupy chorych w dalszym ciągu stanowi wyzwanie organizacyjne, psychologiczne oraz ekonomiczne, nie tylko w Polsce, ale również w krajach o długiej tradycji psychiatrii środowiskowej.

Konsekwencją rozwijania od początku lat 70. XX w. idei psychiatrii środowiskowej były nowatorskie inicjatywy organizacyjne, mające swój wyraz w rejonizacji i sub-rejonizacji szpitali, działaniach zmierzających do zachowania ciągłości opieki nad pacjentem, redukcji łóżek w szpitalach psychiatrycznych, rozwijania sieci leczenia ambulatoryjnego i oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, tworzenia nowych organizacyjnie form opieki środowiskowej. Wprowadzane idee psychiatrii środowiskowej umocowanie prawne znalazły w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r., oraz jej kolejnych poprawkach, a także w projekcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [1, 2, 3].

Tematyka podejmowana w polskich publikacjach z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej pacjentów cierpiących z powodu przewlekłych zaburzeń psychicznych dotyczy zasadniczo czterech obszarów:

- badań jakości życia pacjentów oraz ich satysfakcji z leczenia
- analiz danych statystycznych w zakresie przemian psychiatrii w Polsce
- lokalnych wdrożeń projektowych z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej
- porównywania wybranych parametrów opieki psychiatrii środowiskowej.

Badania jakości życia i satysfakcji z leczenia

Badania polskie [4, 5] wykazują – zbieżnie z danymi w piśmiennictwie światowym – iż subiektywna ocena jakości życia nie zależy od nasilenia objawów psychopatologicznych notowanych przez psychiatrę, a ponadto nie ma istotnego wpływu na ocenę własnego funkcjonowania przez pacjenta. Ponadto wykazano, że uczestnicy WTZ różnią się istotnie od pacjentów oddziału dziennego jedynie pod względem subiektywnej oceny własnego funkcjonowania [5]. Subiektywna ocena własnego funkcjonowania natomiast koreluje ujemnie z nasileniem objawów choroby [4]. Ocena funkcjonowania chorego dokonana przez opiekuna nie wpływa istotnie na subiektywną ocenę jakości życia samego chorego [6]. Można więc wysnuć wniosek, że na jakość życia chorego w większym stopniu mają wpływ inne zmienne, prawdopodobnie o charakterze intrapsychoicznym i interpersonalnym, poza oceną własnego funkcjonowania czy oceną dokonaną przez obserwatora – opiekuna [6].

Analizowano opinie pacjentów dotyczące warunków oraz efektów leczenia w placówkach opieki psychiatrycznej (stacjonarnych oddziałach szpitali psychiatrycznych, oddziałach dziennych) [7, 8, 9, 10]. Następujące obszary funkcjonowania oddziału wymagają poprawy: aktywność terapeutów (psychologów, terapeutów zajęciowych), dostęp pacjenta do informacji formalnych i medycznych, warunki pobytu związane z infrastrukturą oddziału [8].

Inne doniesienia wskazują na zróżnicowane potrzeby pacjentów w zakresie warunków hospitalizacji w zależności od długości pobytu na oddziale. W końcowym etapie pobytu na oddziale podkreślano, że najbardziej korzystne elementy stanowiły relacje z personelem i pacjentami. Niekorzystnymi elementami leczenia szpitalnego, biorąc pod uwagę początkowe pomiary, były: sam proces leczenia, relacje z pacjentami, odczuwana monotonia i beczynność, ustalone zasady funkcjonowania oddziału, podczas gdy pod koniec leczenia stacjonarnego jako niekorzystne pacjenci uznawali częściej relacje z personelem [10].

Problemy dotyczące jakości opieki psychiatrycznej zgłaszane przez pacjentów są związane ze specyfiką psychiatrii (ograniczeniem swobody, agresją, brakiem intymności), warunkami pobytu na oddziale (zasadami funkcjonowania oddziału, zatłoczeniem, hałasem, wyżywieniem, warunkami sanitarnymi) oraz personelem. Uwagi krytyczne pod adresem personelu związane są z niedoborem informacji o leczeniu oraz prowadzonych zajęciach, niewystarczającym zainteresowaniem i zakresem udzielanego wsparcia, niewłaściwym zachowaniem personelu pomocniczego, brakiem poszanowania płci i intymności w relacjach pacjent–pacjent oraz pacjent–personel. Autorzy podkreślają, że negatywne oceny powyższych trzech wymiarów hospitalizacji dotyczą tych obszarów działalności placówek lecznictwa psychiatrycznego, które są związane bezpośrednio z ich właściwym dofinansowaniem [9].

Wyniki badania oceny satysfakcji pacjentów leczących się w formach środowiskowych, związanych z Instytutem Psychiatrii i Neurologii, wskazują na uplasowanie się ośrodka warszawskiego pomiędzy ośrodkiem zorientowanym tradycyjnie a ośrodkiem z długimi doświadczeniami opieki środowiskowej [7]. Wyniki badania nasuwają refleksję związaną z jakością oferowanych usług oraz satysfakcji z leczenia w placówkach nie mających wszechstronnego wsparcia instytucji naukowej, jak te biorące udział w badaniu.

Analizy wyników ankiet wskazują na duże zróżnicowanie opieki psychiatrycznej w domach pomocy społecznej, zarówno pod względem liczby i wykształcenia personelu, świadczonych usług, panujących zasad opieki, jak i leczenia. Leczenie i rehabilitacja odbywa się na zasadzie zindywidualizowanego i wielokierunkowego oddziaływania terapeutycznego. Najczęściej wymienianymi czynnikami wpływającymi na obniżenie się jakości opieki psychiatrycznej jest brak lub niedostateczne środki finansowe (46% respondentów) oraz niedobór personelu (46%) [11].

Analizy danych statystycznych

Nieliczne opracowania z tego zakresu referują zmiany, jakie zaszły w ciągu lat w polskiej rehabilitacji psychiatrycznej [12, 13, 14]. Załuska [12] zwraca uwagę na

zjawisko wzrastającej liczby łóżek ogółem w lecznictwie psychiatrycznym w latach 1999–2003 oraz tworzeniem od roku 2001 łóżek opieki długoterminowej (pielęgniacyjno-opiekuńczych oraz opiekuńczo-leczniczych). Autorka wskazuje na konieczność analiz przyczyn tego stanu rzeczy w celu udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy obserwowany wzrost wskaźnika łóżek psychiatrycznych nie oznacza rezygnacji z deinstytucjonalizacji i pojawienia się niekorzystnego zjawiska transinstytucjonalizacji.

Analiza rozpowszechnienia środowiskowych domów samopomocy wskazuje, że pod koniec 2001 r. aż 65% placówek miało pod opieką zarówno przewlekle chorych psychicznie, jak i niepełnosprawnych intelektualnie. Stanowi to istotne utrudnienie w tworzeniu właściwych warunków rehabilitacji chorych psychicznie. Jedynie 16% środowiskowych domów samopomocy świadczyło usługi wyłącznie grupie chorych psychicznie. W roku 2001 funkcjonowało 38 mieszkań chronionych, dysponujących ogółem 328 miejscami. W województwie podlaskim oraz zachodniopomorskim nie było ani jednego hostelu, w województwie śląskim było ich najwięcej – aż 11, w wielkopolskim – 5. Pozostałe województwa miały na swoim terenie od 1 do 4 hosteli [13].

Na podstawie przytoczonych danych można wnioskować o znacznych ograniczeniach wynikających z nierównomiernego, często nieadekwatnego do potrzeb społecznych rozpowszechnienia domów samopomocy oraz hosteli w ramach środowiskowego systemu oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce.

Warto zwrócić uwagę, że proces prywatyzacji państwowej służby zdrowia objął swym zasięgiem również ambulatoryjne lecznictwo psychiatryczne. Niemalże co trzecia poradnia zdrowia psychicznego miała w 2001 r. charakter poradni niepublicznej. Udział psychiatrycznych poradni niepublicznych wynosił od 10% (województwo świętokrzyskie, podkarpackie) do blisko 70% psychiatrycznego lecznictwa ambulatoryjnego (powyżej 50%: województwo pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie) [14]. Istnienie znacznego zróżnicowania terytorialnego występowania niepublicznych poradni lecznictwa psychiatrycznego w Polsce można wiązać między innymi z ilościową i jakościową różnicą w polityce samorządowej, wprowadzającej lokalne udogodnienia.

Programy i doświadczenia lokalne

Prace z zakresu działalności lokalnej, środowiskowej stanowią przykład oryginalnych, innowacyjnych w polskich warunkach, skutecznych rozwiązań w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej. Odwołują się one do dorobku psychiatrii światowej, tworzone są często w ramach międzynarodowej współpracy [15, 16, 17, 18]. Rehabilitacja zawodowa chorych na schizofrenię, jako jeden z najistotniejszych elementów rehabilitacji społecznej, nie doczekała się utworzenia kompleksowych, skutecznych systemów organizacyjnych. Istniejące rozwiązania, włączające tych chorych w system promowanego zatrudnienia, mają charakter fragmentaryczny i nade wszystko lokalny [19].

Doświadczenia krakowskie, oparte na aktywności w ramach WTZ oraz możliwości zatrudnienia chorych w firmie społecznej, zakładzie pracy chronionej lub firmie wolno-

rynkowej, wskazują na wagę wieloetapowej rehabilitacji zawodowej osób chorujących na schizofrenię w kompleksowym systemie rehabilitacji [15].

Środowiskowa rehabilitacja psychiatryczna w Białymstoku, prowadzona przez Stowarzyszenie na rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej, obejmuje wiele inicjatyw środowiskowych. W pracy Rogowskiego [16] podkreślony został pozytywny wpływ opieki całego zespołu leczenia środowiskowego na częstotliwość i długość hospitalizacji podopiecznych w ciągu 12 miesięcy od objęcia ich leczeniem środowiskowym (spadek łącznej liczby hospitalizacji o 15%, spadek łącznego czasu hospitalizacji o ponad 41%).

Doświadczenia gorzowskie [17] wskazują na następujące problemy notowane przez pracowników 18 środowiskowych domów samopomocy: brak ustalonego głównego profilu środowiskowego domu samopomocy, prowadzenie wspólnych zajęć grupowych dla osób upośledzonych umysłowo oraz przewlekle chorych psychicznie, brak możliwości bieżących konsultacji z psychiatrą i psychologiem, znaczne obciążenie personelu (wyrażają to skargi na: nadmierne obciążenie godzinowe, zniechęcenie brakiem zadowalających efektów, brak szkoleń dla pracowników). Średnio w badanych środowiskowych domach samopomocy zatrudnionych jest 3 specjalistów, minimalnie na jednego terapeutę przypada 7 podopiecznych.

Problemy związane z wymuszonymi zmianami w zorientowanej środowiskowo placówce, będącymi konsekwencją reformy finansowania usług medycznych, przedstawione zostały na przykładzie ZOZ w Bielsku-Białej [18]. Trembla podkreśla, że niewystarczające nakłady na psychiatrię środowiskową miały swe konsekwencje w obniżeniu jakości i zakresu świadczonych usług. Przejściowo zaprzestano finansowania terapii zajęciowej, popołudniowych zajęć klubowych, zmniejszono intensywność współpracy z instytucjami, ograniczono liczbę przyjęć na oddziały, dokonano redukcji zatrudnienia personelu.

Pojawia się refleksja dotycząca kondycji rehabilitacji przewlekle chorych psychicznie w warunkach polskich. Pewne ośrodki zbliżają się do standardów europejskich, inne zaś funkcjonują na zasadach sprzecznych z ideą psychiatrii środowiskowej. Z uwagi na bardzo skąpe publikacje w tym zakresie trudno ocenić skalę jednego i drugiego zjawiska. Wymuszone lokalnie niekorzystne zmiany w świadczeniu usług, pociągające za sobą obniżenie ich jakości, nie korespondują z rozwijanymi na poziomie krajowym koncepcjami leczenia i rehabilitacji środowiskowej.

Porównanie wybranych parametrów opieki w ramach psychiatrii środowiskowej

W badaniach analizujących wpływ postępowania terapeutycznego na sieci społeczne chorych oraz brzemień rodzin wykazano, że obciążenie rodzin pacjentów cierpiących na schizofrenię leczonych w systemie całodobowym jest wyższe niż pacjentów korzystających z typowo środowiskowych form leczenia [20, 21]. Odnotowano statystycznie istotną zależność pomiędzy wskaźnikami sieci wsparcia osób chorych na schizofrenię, leczonych ambulatoryjnie (zakres sieci, wielkość sieci pozarodzinnej, poziom oparcia, typ systemu oparcia społecznego), a celami leczenia (wgląd w cho-

robie, subiektywna satysfakcja z leczenia). Wyniki badań polskich w tym zakresie są spójne z doniesieniami światowymi [22]. Ponadto wykazano, że pacjenci objęci programem leczenia środowiskowego czerpią ze swoich sieci społecznych więcej oparcia niż pacjenci z indywidualnym programem leczenia, co pozwala przypuszczać o zmianach, zachodzących w sieciach społecznych tych chorych, którzy są objęci leczeniem środowiskowym [23].

Prowadzone badania prospektywne wskazują, że chorzy uczestniczący w leczeniu środowiskowym, w odróżnieniu od objętych programem uznawanym za tradycyjny (po pobycie na oddziale stacjonarnym przechodzący do lecznictwa ambulatoryjnego), w siedmioletnim okresie chorowania mieli znacznie mniej nawrotów choroby, a także poddani byli znacznie mniejszej liczbie rehospitalizacji (choć różnica pozostaje nieistotna statystycznie) [24]. Korzystanie przez pacjenta z oferty warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy oraz specjalistycznych usług opiekuńczych wpływa na ograniczenie hospitalizacji całodobowych, zarówno pod względem czasu trwania, jak i ich liczby [25].

Należy podkreślić, że wymierne, rzeczywiste efekty lecznictwa w systemie środowiskowym widoczne są dopiero po dłuższym czasie. Zdarza się, zgodnie z tzw. efektem Hawthorna, że najlepsze, choć krótkotrwałe, efekty leczenia uzyskiwane są w pierwszych miesiącach po wprowadzeniu nowej formy opieki. W analizie rezultatów dwu- i czteroletniej opieki środowiskowej nad pacjentami z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi wyraźnie zaznacza się tendencja do poprawy w zakresie funkcjonowania społecznego pacjentów, wzrostu satysfakcji z usług, spadku poziomu zachowań uciążliwych, obciążenia rodziny oraz skrócenia czasu hospitalizacji [26, 27].

Opieka zespołów leczenia środowiskowego nad pacjentami z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi owocuje znaczącą poprawą funkcjonowania społecznego chorych nie tylko ze znacznym, ale również – choć w mniejszym stopniu – z umiarkowanym, a nawet niskim poziomem jego upośledzenia. Za celowe można więc uznać włączanie w program leczenia środowiskowego pacjentów cierpiących z powodu mniej nasilonych zaburzeń funkcjonowania [21].

Wprowadzenie do postępowania terapeutycznego treningów umiejętności społecznych, a także umiejętności samoobsługi, przynosi zadowalające efekty w postaci – odpowiednio – zwiększenia umiejętności w kontaktach interpersonalnych, wzrostu poziomu wiedzy o odżywianiu się oraz higienie osobistej [28, 29, 30]. Warto zwrócić uwagę, że udział chorych w programie treningowym w połączeniu z farmakoterapią atypowym neuroleptykiem (w porównaniu z leczeniem przeciwpsychotycznym lekiem I generacji) znacząco poprawia funkcjonowanie społeczne, w tym zwiększa wiadomości i umiejętności społeczne [31].

Z uwagi na wąski zakres badań trudno o pełny obraz zależności pomiędzy stosowaniem poszczególnych metod rehabilitacji a uzyskiwanymi rezultatami leczenia. Wydaje się, że stawianie nowych problemów badawczych w tym obszarze i prowadzenie większej liczby skoordynowanych ze sobą badań, charakteryzujących się pełną poprawnością metodologiczną, mogłoby służyć specjalistom w celowym planowaniu i prowadzeniu rehabilitacji pacjentów przewlekle chorych psychicznie.

Dyskusja i konkluzje

Rezultaty badań prowadzonych w warunkach polskich w obszarze psychiatrii środowiskowej i rehabilitacji pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [32, 33, 34, 35] korespondują z wynikami doniesień zagranicznych. Warto zaznaczyć, że przytoczone w niniejszej publikacji wyniki, mogące stanowić postulaty reform opieki psychiatrycznej, jedynie w niewielkim stopniu mają odzwierciedlenie w prowadzonej polityce finansowej państwa, ponadto wydaje się, że ich zakres i tematyka nie są koordynowane przez nadrzędne struktury medyczne. W związku z tym trudno o pełne przedstawienie aktualnego, rzeczywistego stanu rehabilitacji psychiatrycznej przewlekle chorych psychicznie w Polsce. Wydaje się, że konieczne byłoby stałe monitorowanie rozwoju tej dziedziny w celu kształtowania polityki państwowej i lokalnej opartej na zasadach deinstytucjonalizacji usług psychiatrycznych. Niezbędne jest dalsze śledzenie zasięgu niekorzystnych zjawisk występujących w leczeniu psychiatrycznym, takich jak: marginalizacja i stygmatyzacja chorych oraz instytucjonalizacja lub transinstytucjonalizacja leczenia. Naukowe badania z tego zakresu są nieodzowne w poprawie warunków leczenia pacjentów cierpiących z powodu długotrwałych zaburzeń psychicznych.

Психиатрическая реабилитация в Польше. Литературный обзор

Содержание

Настоящее сообщение представляет сжатый литературный обзор актуальных тенденций в области психиатрической реабилитации в рамках социальной реабилитации в Польше. На основании данных, опубликованных в 1990–2007 годах в польских журналах (Психиатрия польска, Успехи психиатрии и неврологии) предпринята проба установления главных направлений в польской социальной психиатрии. Авторы проследили данные, относящиеся к актуальной ситуации психиатрического здравоохранения и представили синтез статистических анализов, локальных опытов, а также результатов исследований в области психиатрической реабилитации пациентов с длительными психическими нарушениями. Существует потребность улучшения многих учреждений медицинского профиля опеки над больными и интеграция различных социальных центров помощи больным. Кроме того, необходимым, по-видимому, является организация в Польше комплексной программы реабилитации хронически больных психическими расстройствами, которые бы основывались на индивидуальных и социальных единицах. Особенно существенным, по-видимому, может быть последующий углубленный анализ отрицательных явлений, появляющихся в психиатрическом лечебном процессе, такими как маргинализация и стигматизация больных, а также институционализация или же трансинституционализация лечения, которая является отражением отхода от деинституционализации психиатрической опеки.

Psychiatrische Rehabilitation in Polen. Literaturübersicht

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel ist eine kurzgefasste Übersicht über die aktuellen Tendenzen in der psychiatrischen Rehabilitation im Rahmen der milieuorientierten Psychiatrie in Polen. Aufgrund der Artikel, die in den Jahren 1990–2007 in polnischen Zeitschriften (Psychiatria Polska, Postępy Psychiatrii i Neurologii) veröffentlicht wurden, wurde versucht, die Hauptrichtungen in der polnischen milieuorientierten Psychiatrie zu bestimmen. Die Autoren folgten den Angaben zur aktuellen psychiatrischen Situation der Gesundheitspflege und stellten die Synthese der statistischen Analysen, lokalen Erfahrungen und Befunde aus dem Bereich der psychiatrischen Rehabilitation der Patienten

dar, die langwierig an psychische Störungen leiden. Es ist notwendig, viele Bereiche der geleisteten medizinischen Dienstleistungen zu verbessern und unterschiedliche Formen der milieuoorientierten Pflege zu integrieren. Außerdem ist es notwendig, in Polen ein komplexes Rehabilitationsprogramm für psychisch Kranke zu schaffen, das auf individuellen und milieuoorientierten Ressourcen basieren würde. Besonders wichtig scheint die weitere erweiterte Analyse der ungünstigen Erscheinungen in der psychiatrischen Behandlung zu sein: Marginalisierung und Stigmatisierung der Kranken und Institutionalisierung oder Transinstitutionalisierung der Gesundheitsbehandlung, die der Ausdruck der Abkehr von der deinstitutionalisierten psychiatrischen Pflege sind.

La réhabilitation psychiatrique en Pologne – revue de littérature des années 1990–2007

Résumé

Cet article donne une revue brève de littérature touchant les tendances actuelles de la réhabilitation psychiatrique en Pologne. En basant sur les articles publiés pendant les années 1990-2007 dans les périodiques polonais tels que la Psychiatrie Polonaise et Le Progrès en Psychiatrie et Neurologie on essaie de déterminer les directions principales de la psychiatrie communautaire polonaise. Les auteurs parlent de la situation actuelle de la psychiatrie en Pologne et ils présentent la synthèse des données statistiques, des expériences locales et des résultats de la réhabilitation psychiatrique des patients chroniques. On constate qu'il faut améliorer certaines formes de la réhabilitation psychiatrique et les intégrer. Il faut aussi créer un programme complexe de la réhabilitation psychiatrique des patients chroniques. De plus il est nécessaire d'analyser profondément des effets défavorables tels que : marginalisation, stigmatisation des patients psychiatriques, forte institutionnalisation ou même transinstitutionnalisation de l'organisation de service de santé. Ces phénomènes indiquent la tendance à renoncer à sa décentralisation.

Piśmiennictwo

1. Dąbrowski S, Langiewicz W, Żakowska-Dąbrowska T. *Przyszłość szpitali psychiatrycznych*. Post. Psychiatr. Neurol. 1996; 5: 209–212.
2. Dąbrowski S. *Decentralizacja leczenia psychiatrycznego*. Psychiatr. Pol. 1996; 30 (4): 547–554.
3. Wciórka J. *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9: 319–337.
4. Głowczak M, Kasperek B, Meder J, Spironow K. *Wstępna ocena jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI/ 31 (3): 313–332.
5. Spironow K, Kasperek B, Meder J. *Jakość życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6, supl. 2 (5): 31–38.
6. Spironow K, Kasperek B, Chądryńska M. *Jakość życia a funkcjonowanie pacjentów chorych na schizofrenię w ocenie pacjentów, ich rodzin i terapeutów*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12 (3): 293–309.
7. Prot K, Pałyska M, Anczewska M, Indulska A, Raduj J. *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 14 (4): 299–304.
8. Raduj J, Indulska A, Anczewska M, Lechowicz W, Pałyska M, Prot K. *Jakość usług medycznych w opinii pacjentów wybranych oddziałów psychiatrycznych*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 14 (4): 293–298.
9. Anczewska M, Indulska A, Raduj J, Pałyska M, Prot K. *Analiza jakościowa opinii pacjentów o pobycie w szpitalu psychiatrycznym*. Post. Psychiatr. Neurol. 2007; XLI/41(4): 427–434.
10. Zajac J, Rymaszewska J, Hadrys T, Adamowski T, Szurmińska M, Kiejna A. *Leczenie szpitalne w opinii pacjentów z ostrymi zaburzeniami psychicznymi*. Psychiatr. Pol. 2006; XL/40 (4): 671–681.

11. Kopińska E. *Jakość opieki psychiatrycznej w domach pomocy społecznej*. Psychiatr. Pol. 2006; XL (5): 855–865.
12. Załuska M. *Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze leczenia w ostatnich latach w Polsce*. Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15 (4): 277–285.
13. Brodniak WA, Welbel S. *Środowiskowe domy samopomocy na tle systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2000–2002*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12 (4): 393–402.
14. Langiewicz W. *Porównanie działalności publicznych i niepublicznych placówek psychiatrycznych lecznictwa ambulatoryjnego w 2001 r. – na podstawie statystyki rutynowej*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12 (4): 383–391.
15. Cechnicki A, Kaszyński H. *Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9: 427–434.
16. Rogowski S. *Psychiatria środowiskowa w Białymstoku – od teorii do praktyki*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9: 389–401.
17. Sterna W. *Problemy środowiskowych domów samopomocy*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9: 435–441.
18. Trembla K. *Sytuacja zintegrowanej i zorientowanej środowiskowo jednostki lecznictwa psychiatrycznego w nowych realiach finansowania*. Psychiatr. Pol. 2000; XXXIV/34 (5): 811–817.
19. Kaszyński H. *Praca i rehabilitacja zawodowa chorych na schizofrenię: wprowadzenie do modelu „firmy społecznej”*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12 (4): 435–447.
20. Bury L, Zaborowski B, Konieczńska Z, Jarema M, Cikowska G, Kunicka A, Bartoszewicz J, Muraszkiewicz L. *Brzemie rodziny pacjentów ze schizofrenią objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej*. Psychiatr. Pol. 1998, XXXII/32, 3: 257–286.
21. Boguszewska L, Wójtowicz S, Słupczyńska-Kossobudzka E. *Społeczno-demograficzne i behawioralne predyktory skuteczności działań zespołów leczenia środowiskowego*. Post. Psychiatr. Neurol. 2004; 13 (2): 105–113.
22. Cechnicki A, Wojciechowska A. *Zależności pomiędzy właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*. Psychiatr. Pol. 2007, XLI/ 41, 4: 513–525.
23. Walczewski K, Wojciechowska A. *Sieci społeczne pacjentów chorych na schizofrenię w trzy lata po pierwszej hospitalizacji. Porównanie grupy objętej programem leczenia środowiskowego z grupą z indywidualnym programem leczenia*. Psychiatr. Pol. 1998; XXXII/32, 1: 59–68.
24. Cechnicki A. *Prospektywne badania przebiegu schizofrenii – nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6, supl. 2 (5): 7–15.
25. Załuska M, Paszko J. *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych*. Psychiatr. Pol. 2002, XXXVI/36, 6: 953–966.
26. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L, Wójtowicz S. *Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katamneza dwuletnia*. Post. Psychiatr. Neurol. 2001; 10: 289–299.
27. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E, Wójtowicz S. *Skuteczność zespołu leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – czteroletnia katamneza*. Post. Psychiatr. Neurol. 2001; 10: 301–309.
28. Sawicka M, Meder J. *Kompleksowa rehabilitacja pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię jako źródło zmian w zachowaniu i życiu emocjonalnym – wyniki wstępne*. Post. Psychiatr. Neurol. 1996; 5: 393–399.
29. Meder J, Elbanowski J, Morawiec M, Orzechowska Z, Pakuła Z, Sawicka M, Wachowiak O. *Ocena skuteczności treningu prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich u chorych na schizofrenię*. Post. Psychiatr. Neurol. 1993; 2: 423–430.

30. Sawicka M, Kołaczek A, Bednarek A, Meder J. *Uczenie pacjentów chorych na schizofrenię umiejętności samoobsługi*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI/31, 3: 305–312.
31. Meder J, Kasperek J, Spironow K. *Ocena efektów zastosowania treningu „Powrót do społeczeństwa” w rehabilitacji chorych na schizofrenię leczonych lekami przeciwpsychotycznymi I i II generacji*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12, 1: 45–53.
32. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E. *Kierunki i metody badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej na świecie w latach 1993–2000*. Post. Psychiatr. Neurol. 2002; 11: 187–196.
33. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. *Główne kierunki i metody badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej na świecie*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 381–392.
34. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. *Koordinacja leczenia – przegląd literatury światowej*. Post. Psychiatr. Neurol. 2002; 11: 197–203.
35. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. *Zakwaterowanie chronione – metaanaliza z literatury*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9: 415–425.

Adres: Magdalena Ciałkowska
Katedra i Klinika Psychiatrii
Akademia Medyczna
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 11.04.2008
Zrecenzowano: 28.05.2008
Otrzymano po poprawie: 19.12.2008
Przyjęto do druku: 12.02.2008