

## Charakterystyka psychiatrycznych oddziałów dziennych w Polsce – wyniki badania ankietowego

### Characteristics of a psychiatric day hospitals in Poland – results of a questionnaire survey

Joanna R y m a s z e w s k a, Andrzej K i e j n a, Tomasz A d a m o w s k i,  
Martyna S z u r m i ń s k a, Tomasz H a d r y ś, Krzysztof M a ł y s z c z a k,  
Elżbieta T r y p k a, Józef Z a j ą c, Joanna J a r o s z

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

#### Summary

**Aim:** The survey was aimed at describing the characteristics and therapeutic means offered and the organizational structure of Polish day hospitals for adults as well the as characteristics of patients treated there. It was part of a wider international project carried out within a 5 EC Framework Program and focused on evaluation of costs and effectiveness of day hospital treatment when set against conventional stationary treatment in different European health care systems.

**Method:** Data concerning the year 2000 were gathered using a self-designed questionnaire sent to respondents by post. The response ratio reached 65,2%.

**Results:** Based on the cluster analysis, three main types of day hospitals were recognized: 1. day hospitals focused on rehabilitation of chronic mental disturbances, improvement of social functioning and support, 2. day hospitals being alternative to stationary inpatient treatment, 3. day hospitals intended to continue out-patient treatment and psychotherapy. The number of treatment places, working hours and workdays in a week in polled institutions was constant. Most frequent reasons for not admitting a patient to a day hospital were: intensive suicidal tendencies and acute psychotic decompensation. The most numerous diagnostic groups of patients treated there were schizophrenia (32,2%) and affective disorder (17,4%). Only 18,6% of day hospitals employed a qualified psychotherapist, and 32,6% had a social worker. On the average, one treatment place was offered to 5 patients during a year.

**Conclusions:** The profile of patients admitted to Polish day hospitals for adults is not arbitrarily defined with respect to diagnosis and severity of disorder. However, it is possible to distinguish day hospitals, which have their preferences: more to rehabilitate or more to treat patients. In the last 16 years there was a threefold increase of the number of patients treated in day hospitals due to affective disturbances.

*Słowa klucze:* psychiatria dorosłych, opieka dzienna, struktura organizacyjna  
*Key words:* adult psychiatry, day care, organizational structure

## Wstęp

Od czasu powstania pierwszych oddziałów dziennych w Rosji w latach 30. ubiegłego wieku ich rola w leczeniu psychiatrycznym wciąż się zmienia. Ich rosnąca popularność spowodowana była oczekiwanymi korzyściami ekonomicznymi, potrzebą deinstytucjonalizacji leczenia psychiatrycznego oraz rozwojem psychiatrii ukierunkowanej na środowisko [1–3]. W ostatnich dekadach ubiegłego wieku przejściowo osłabł entuzjazm dla tej formy leczenia. Obecnie obserwuje się ponowny wzrost zainteresowania oddziałami dziennymi, chociaż ich rola nie jest jasno zdefiniowana. Prowadzone są nowe badania, wzrasta liczba tematycznych publikacji [4–6]. Na podstawie ich przeglądu można wyróżnić kilka typów oddziałów dziennych, np. oddziały dla pacjentów chronicznych, oddziały przeznaczone do kontynuacji leczenia stacjonarnego, ponadto oddziały specjalizujące się w psychoterapii, terapii środowiskowej, rehabilitacji zawodowej i społecznej bądź w interwencjach kryzysowych [7–11]. Ponownie zaczęto się interesować stroną ekonomiczną leczenia na oddziałach dziennych w porównaniu z konwencjonalnym leczeniem szpitalnym [12–14]. Korzyści ekonomiczne związane z oddziałami dziennymi wynikać mogą głównie z możliwości redukcji kosztów pośrednich, jednak pod warunkiem sprawnie prowadzonej diagnostyki i leczenia, a w konsekwencji krótszego czasu pobytu pacjenta.

W ostatnim dziesięcioleciu odnotowano wyraźny wzrost liczby oddziałów dziennych w Polsce (w 1970 było ich 12, w 1980 r. – 53, w 1990 r. – 76, natomiast w 2000 r. – 132). Tylko część oddziałów dziennych ma określony profil, np. związany z wiekiem pacjentów (dla dzieci i młodzieży, psychogeriatryczny), z rozpoznaniem (uzależnienie od substancji psychoaktywnych, nerwice) czy rodzajem leczenia (psychoterapeutyczne). Pozostałe to psychiatryczne oddziały dzienne dla dorosłych, których programy terapeutyczne nie są ujednoczone.

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu współuczestniczy obecnie w projekcie badawczym 5 Programu Ramowego Unii Europejskiej pt. „Ocena skuteczności i kosztów leczenia w psychiatrycznych oddziałach dziennych w porównaniu z oddziałami całodobowymi w różnych, europejskich systemach opieki zdrowotnej”. Badanie prowadzone jest ponadto w Dreźnie, Londynie, Michałowcach (Słowacja) i Pradze. W każdym z krajów biorących udział w projekcie EDEN (European Day Hospital EvaluatioN) przeprowadzono badania ankietowe, których celem była charakterystyka psychiatrycznych oddziałów dziennych, ich struktury organizacyjnej, metod terapeutycznych oraz populacji pacjentów. W pracy przedstawiono wyniki ankiety dotyczące psychiatrycznych oddziałów dziennych w Polsce.

## Metoda

W badaniu zastosowano „Kwestionariusz opisujący strukturę i procedury psychiatrycznego oddziału dziennego”. Do jego konstrukcji użyto metody delfickiej (Delphi method) [15], która polega na rozwiązywaniu zagadnienia poprzez komunikację grupową oraz szczegółową, krytyczną analizę i dyskusję. W swej ostatecznej wersji kwestionariusz składa się z 4 części zawierających łącznie 15 pytań dotyczących organizacji i struktury ankietowanego oddziału (5 pozycji), diagnostyki i leczenia (3

pozycje), wyposażenia i personelu (3 pozycje) oraz charakterystyki pacjentów leczonych w 2000 r. (4 pozycje).

Dane zbierano drogą korespondencyjną, od czerwca 2001 do sierpnia 2002. Pismo z prośbą o wypełnienie dołączonego kwestionariusza przesyłano do psychiatrycznych oddziałów dziennych zgodnie z listą uzyskaną z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPIŃ (stan na rok 2001). Skierowano je do 74 oddziałów dziennych dla dorosłych, wyodrębnionych spośród wszystkich 132 jednostek z listy. Do badania nie włączono profilowanych oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży, leczenia uzależnień, leczenia nerwic oraz psychoterapeutycznych. W przypadku braku odpowiedzi po ustalonym terminie kontaktowano się telefonicznie z jednostką, prosząc ponownie o odesłanie kwestionariusza.

Dla danych interwałowych podano wartości średnie oraz standardowe odchylenia. W przypadku, gdy analizowane wielkości pochodziły z rozkładów skośnych, przedstawiono medianę i rozstęp międzykwartylowy. Przypuszczenie o związku pomiędzy niektórymi zmiennymi weryfikowano na podstawie współczynnika korelacji Spearmana. Zmienne skategoryzowane analizowano pod względem częstości uzyskanych odpowiedzi. Grupowanie oddziałów zgodnie z pełnionymi funkcjami przeprowadzono wykorzystując analizę skupień k-średnich.

### Wyniki

Na 74 wysłane ankiety z powrotem otrzymano 43. Osiem ośrodków przesało informacje o zlikwidowaniu placówki. Współczynnik uzyskanych odpowiedzi wyniósł 65,2%.

Na 42 (97,7%) ankietowanych oddziałach dziennych liczba miejsc była stała i wynosiła od 10 do 40 (średnia=22; SD=8,5). Najczęściej były to oddziały dzienne z 20 (26,2%), 35 (16,7%) bądź z 15 miejscami (11,6%). Na jednym z ankietowanych oddziałów liczba miejsc była zmienna i uzależniona od potrzeb.

Kolejna pozycja w ankiecie dotyczyła charakterystyki socjodemograficznej populacji, dla której oddział dzienny jest przeznaczony (catchment area) oraz opisu struktury opieki psychiatrycznej w danym rejonie. Populacje te liczyły od 60 do 800 tys. mieszkańców (N=17; średnia= 255 tys., SD=228 tys.). Jedynie 2,3% oddziałów obsługiwało rejon wiejski, 37,2% – małomiasteczkowy, 60,5% – zlokalizowanych było w dużych miastach (N=43). Wskaźnik bezrobocia w uwzględnionych obszarach wynosił od 3% do 25% (N=27; średnia =13,74, SD=5,4).

W 38,1% przypadków ankietowany oddział samodzielnie obsługiwał rejon. W pozostałych przypadkach oddziałów dziennych dla dorosłych było na danym terenie więcej – 1, 2 lub 3 (odpowiednio 16,7%, 9,5% oraz 23,8%). W rejonie większości oddziałów dziennych znajdowały się 1 lub 2 szpitale psychiatryczne (odpowiednio 47,4% i 31,6%). Całkowita liczba miejsc na oddziałach dziennych w poszczególnych rejonach wynosiła od 10 do 295 (N=36; mediana=38; Q3-Q1=53,75), natomiast całkowita liczba łóżek na psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych wynosiła od 0 do 1500 (N=27; mediana=200; Q3-Q1=728).

Nie stwierdzono korelacji pomiędzy liczbą miejsc na oddziałach dziennych a wielkością populacji ogólnej w rejonie (N=34; Spearman rho=0,08; p=0,776). Podobnie było w przypadku liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych w rejonie (N=28; Spe-

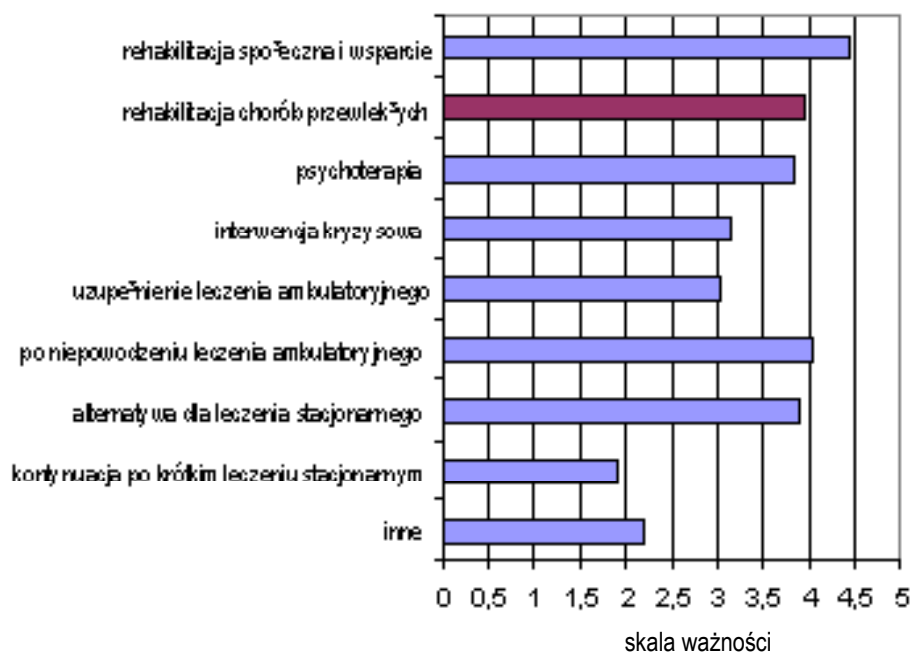
arman  $\rho = 0,215$ ;  $p = 0,461$ ).

Pytano o usytuowanie oddziału dziennego wobec szpitala psychiatrycznego (N=43). Najczęściej (41,9%) oddziały dzienne były zlokalizowane na terenie szpitala psychiatrycznego. W 20,8% przypadków znajdowały się w budynku szpitala. Pozostałe były oddalone od szpitala do 15 minut drogi transportem publicznym (14%) lub powyżej 15 minut (23,3%).

Na 42 oddziałach (97,7%) zajęcia odbywały się od poniedziałku do piątku, w jednym od poniedziałku do soboty (2,4%). Zgłaszano też możliwość prowadzenia dodatkowych zajęć w soboty, zależnie od potrzeb pacjentów (2,4%).

Na prawie wszystkich oddziałach (97,7%) istniał minimalny dzienny limit czasu, który pacjent musiał spędzić na oddziale – w 9,5% były to 4 godziny, w 59,5% – 6 godzin, w 28,6% – 7 godzin i 8 godzin w 2,4%.

W drugiej części ankiety poproszono o opis celu i funkcji opisywanego oddziału dziennego w skali od 1 (nieważne) do 5 (bardzo ważne). Jako najistotniejsze oceniono następujące cele (N=43): rehabilitacja społeczna i wsparcie (średnia=4,44; SD=0,8), przyjęcia po niepowodzeniu leczenia ambulatoryjnego (średnia=3,98; SD=1,1), rehabilitacja w przewlekłym przebiegu choroby (średnia=3,98; SD=1,3). W dalszej kolejności wymieniano: rola alternatywna wobec oddziału stacjonarnego (średnia=3,86; SD=1,0) oraz ukierunkowanie na psychoterapię (średnia=3,81; SD=1,2). Średnio ważne okazały się interwencja kryzysowa (średnia=3,12; SD=1,2) oraz uzupełnienie leczenia ambulatoryjnego (średnia=3,02; SD=1,2). Najmniej istotna była funkcja związana z kontynuacją krótkoterminowego leczenia zamkniętego (średnia=1,91; SD=1,2). W pozycji „inne” podano oddziaływanie terapeutyczne na rodzinę pacjenta.



Rys. 1 Funkcje oddziałów dziennych

Sytuację ilustruje rys. 1.

Z analizy skupień wyłaniają się 3 wyraźnie różniące się od siebie modele oddziałów dziennych. W pierwszej grupie (N=16) znajdują się oddziały zdecydowanie nastawione na rehabilitację chorób przewlekłych oraz rehabilitację społeczną i wsparcie. W drugiej grupie (N=15) są oddziały, które przede wszystkim pełniły rolę alternatywną wobec leczenia stacjonarnego. Natomiast ostatnia grupa (N=12) to oddziały ukierunkowane na leczenie pacjentów po niepowodzeniu leczenia ambulatoryjnego oraz stosowanie psychoterapii.

Kilka pytań dotyczyło procedur diagnostycznych i terapeutycznych stosowanych w ankietowanych jednostkach. Na pytanie o kryteria wykluczające przyjęcie na opisywany oddział dzienny możliwa była więcej niż jedna odpowiedź. Najczęstszymi kryteriami wykluczającymi przyjęcie (N=43) były ostre tendencje samobójcze (95,3% odpowiedzi) oraz ostra dekompensacja psychotyczna (86%). Nadużywanie bądź niewłaściwe używanie alkoholu, zbyt duża odległość od szpitala dziennego, brak motywacji pacjenta do podjęcia leczenia na oddziale dziennym, upośledzenie umysłowe oraz uzależnienie bądź szkodliwe używanie substancji innych niż alkohol – uważane były za przeszkodę przy przyjęciu na oddział (odpowiednio 55,8%; 51,2%; 46,5%; 47,6%; 44,2%). Bezdomność, jako kryterium wykluczające, podało 30,2% ankietowanych oddziałów. Pozostałe przyczyny to: zaburzenia organiczne (7%), padaczka (7%), niewystarczająca znajomość języka (7%) oraz zbyt duże obciążenie krewnych bądź rodziny (2,3%). Żaden z respondentów nie wskazał innych kryteriów wykluczających poza wymienionymi w ankiecie.

Odpowiedzi na ankietę wskazywały na znaczną dostępność procedur diagnostycznych na oddziałach dziennych. Na jednym z nich była możliwość wykonywania przełyków mózgowych, scyntygrafii mózgu oraz rezonansu magnetycznego, na innym natomiast – korzystania z konsultacji lekarzy specjalistów, np. okulisty, laryngologa

Tabela 1

## Dostępność procedur diagnostycznych

Procedury diagnostyczne	Dostępność (%)
Testy psychologiczne	97,7
Badanie krwi	93,0
Badanie moczu	93,0
EEG	90,7
TK	70,7
RTG	83,7
Inne procedury specjalności somatycznych	60,8
Badanie fizjologiczne	95,3
Badanie neurologiczne	90,7
Używanie zrodzin*	95,3

itp. Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Czwarta część ankiety dotyczyła wyposażenia oddziału dziennego i charakterystyki personelu. Całkowita powierzchnia oddziałów (N=35) wynosiła średnio 230,2 m<sup>2</sup> (SD=130,4), w przedziale od 39 m<sup>2</sup> do 546 m<sup>2</sup>. Dla pacjenta przypadało średnio 10,7 m<sup>2</sup> powierzchni (SD=5,5 m<sup>2</sup>; N=34). Rodzaj oraz liczebność personelu

Tabela 2

Personel oddziałów dziennych

Grupa zawodowa	Dostępność (%)	Liczba (średnia, SD)
Lekarze	95,3	18; 0,8
Pielęgniarki	97,7	2,1; 0,9
Psycholodzy	97,7	14; 0,7
Psychoterapeuci*	18,6	1,1; 0,4
Zawodowi terapeuci	44,2	1,1; 0,3
Muzykoterapeuci	18,6	1,0; 0,0
Choreoterapeuci	7,0	1,0; 0,0
Terapeuci sportowi	4,7	1,5; 0,7
Arteterapeuci	18,6	1,3; 0,5
Fizjoterapeuci	9,3	1,3; 0,5
Pracownicy socjalni	32,6	1,0; 0,0
Sekretarki	27,9	1,0; 0,0
Inni	39,5	2,0; 1,6

\*zatrudnieni z powodu kwalifikacji psychoterapeutycznych, nie podlegający innym kategoriom zawodowym

na ankietyowanych oddziałach dziennych przedstawia tabela 2.

W skład zespołu najczęściej wchodziły pielęgniarki (97,7%), psycholodzy (97,7%) oraz lekarze (95,3%). Stosunkowo rzadko uzupełniali go psychoterapeuci (18,6%), a najrzadziej – fizjoterapeuci (9,3%), choreoterapeuci (7,0%) i terapeuci sportowi (4,7%).

Ogółem, na 1 pracownika przypadało średnio 2,98 miejsca (N=42; SD=1,0), w tym na 1 lekarza – średnio 14,5 miejsca (SD=6,7; N=40) oraz na 1 psychologa – 17,4 miejsca (N=41; SD=7,8). Na dwóch oddziałach nie zatrudniano lekarza, na pozostałych pracowało od 1 do 3. Jeden oddział nie zatrudniał psychologa, pozostałe – od 1 do 3. Psychoterapeutę zatrudniało jedynie 8 oddziałów (16,8 miejsca na jednego pracownika; SD=6,3), pracownika socjalnego – 14 oddziałów (23,2 miejsca; SD=9,0). Szesnaście oddziałów (37,2%) nie miało żadnych zawodowych terapeutów (muzyki, sztuki, sportu, tańca itp.).

Na niemal wszystkich ankietyowanych oddziałach dziennych prowadzono rozmowy terapeutyczne z udziałem psychiatry (97,7%). Kolejnymi, najczęściej oferowanymi

procedurami terapeutycznymi były interwencje psychologiczne (90,7%), treningi nawiązywania kontaktów (90,7%). Wśród „innych” wymieniano oddziaływanie terapeutyczne na rodzinę pacjenta, psychorysunek, psychoterapię grupową oraz zajęcia

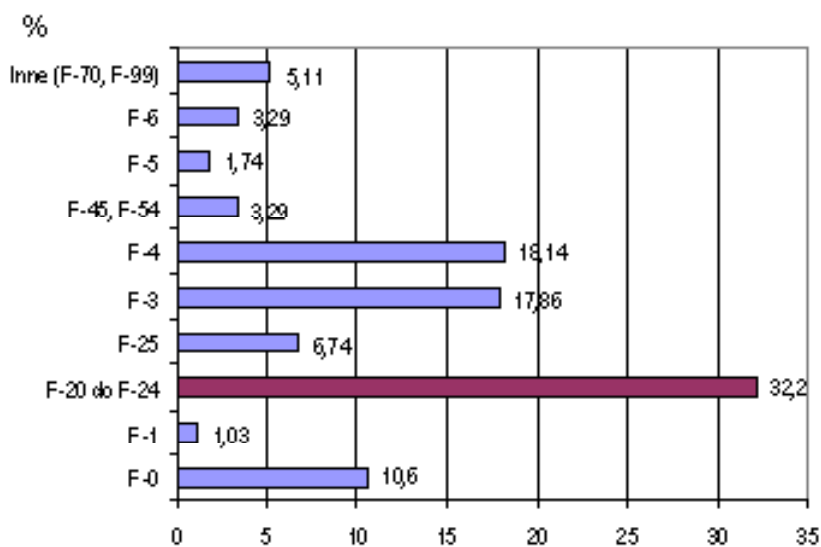
Procedury terapeutyczne

Rodzaj terapii	Dostępność (%)
Ukierunkowanie struktury dnia	81,4
Aktivizacja	88,4
Trening nawiązywania kontaktów	90,7
Trening umiejętności społecznych	88,4
Trening codziennych czynności	69,8
Muzykoterapia	88,7
Choreoterapia	34,9
Ergoterapia	51,2
Terapia zwierzęca	2,3
Planowanie spędzenia czasu wolnego	81,4
Aktivizacja w gabinetach psychiatrycznych	79,1
Interwencje psychologiczne	90,7
Formy terapeutyczne z psychiatrą	97,7
Indywidualna psychoterapia	81,4
Interwencje psychiatry biologiczne	88,4
Interwencje specjalistowsko-medyczne	69,8
Omawianie problemów społecznych	69,8
Konsultacje problemów społecznych	67,4
Wybór drogi życiowej	41,9
Interwencje psychiatry podczas kryzysów	88,7
Aktivizacja w klubie	60,5
Ergoterapia	86,0
Aktivizacja sportowa	69,8
Nauczanie radzenia sobie z planowaniem dnia	79,4
Nauczanie radzenia sobie z leczeniem	86,0
Nauczanie radzenia sobie z objawami	86,0
Inne	27,9

kulinarno-oświatowe. Szczegóły przedstawiono w tabeli 3.

Ostatnie 4 pytania odnosiły się do charakterystyki populacji leczonych. W 2000 r. przyjęto od 27 do 386 pacjentów w skali roku. Średnia liczba przyjęć wyniosła 109 osób, SD=61,8 (N=40). Średnia długość pobytu pacjenta wynosiła 63 dni, SD=33,3 (w przedziale od 16 do 150 dni; N=41). Na jedno miejsce przypadało rocznie od 1,4 do 12,9 przyjęć, średnio 5 pacjentów rocznie (N=39; SD=2,4).

Najczęściej na oddziały dzienne (N=36) trafiali pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii (32,2%) oraz zaburzeniami afektywnymi (17,4%). Szczegółowe dane przedstawia



Rys. 2 Struktura rozpoznań

rys. 2.

Interesujące są również odpowiedzi na pytanie o drogę pacjenta do psychiatrycznego oddziału dziennego. Najczęściej pacjent był kierowany z poradni zdrowia psychicznego (65,5%), a w dalszej kolejności (17,9%) ze stacjonarnego oddziału psychiatrycznego. Znacznie rzadziej kierowano z gabinetu lekarza rodzinnego (5,1%), z gabinetu prywatnie praktykującego psychiatry lub neurologa (3,8%), ze środowiskowego zespołu psychiatrycznego (1,6%) czy z prywatnego gabinetu psychoterapeutycznego (0,2%). Samodzielnie zgłosiło się 2,6% pacjentów. 2,4% to osoby skierowane przez rodzinę czy lekarza pogotowia.

### Omówienie wyników

Wyniki wskazują na dużą różnorodność funkcji i struktury psychiatrycznych oddziałów dziennych w Polsce. Uzyskano umiarkowany wskaźnik odpowiedzi, który wyniósł nieco ponad 65%. Przykładowo, w równoległe prowadzonym badaniu niemieckim wyniósł on 51,4% [12]. Poza tym nasze badanie ma inne ograniczenia. Nie zastosowano standaryzowanego narzędzia, lecz kwestionariusz własnej konstrukcji. Z przeglądu literatury wynika jednak, że nie stworzono do tej pory standaryzowanego instrumentu pozwalającego na wyczerpujący opis funkcjonowania psychiatrycznych oddziałów dziennych. Utrudnia to w znacznym stopniu przeprowadzanie bezpośrednich porównań między wynikami poszczególnych badań [2, 13, 16]. Badanie odbywało się drogą korespondencyjną, więc założono rzetelność i dobrą wolę respondentów w udzielaniu odpowiedzi. Z niektórych ośrodków nie otrzymano wszystkich oczekiwanych danych. Przyczyn może być kilka, np. niemożność zdefiniowania rejonu danego oddziału dziennego (tzw. catchment area) czy brak dokładnych baz danych i zdefiniowanych programów terapeutycznych. Mimo tych ograniczeń uzyskane in-



formacje przybliżają obraz psychiatrycznych oddziałów dziennych w Polsce.

Najczęściej na danym obszarze znajdował się jeden oddział dzienny, zwykle położony przy szpitalu psychiatrycznym, dysponujący stałą liczbą miejsc i funkcjonujący 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu.

Z uzyskanych danych wyłania się tradycyjny obraz oddziałów dziennych, nastawionych na rehabilitację oraz dominującą rolę psychiatri i leczenia biologicznego, w przesłanych ankietach, jako najistotniejsze funkcje, wymieniono bowiem rehabilitację społeczną i wsparcie. W dalszej kolejności podano przyjęcia po niepowodzeniu leczenia ambulatoryjnego, następnie rehabilitację chorób przewlekłych i wreszcie alternatywę dla oddziałów stacjonarnych oraz psychoterapię. Natomiast interwencja kryzysowa i kontynuacja krótkoterminowego leczenia stacjonarnego nie mieściły się w priorytetach działania oddziałów dziennych. Niemniej jednak, każdy z ankietowanych oddziałów deklaruje kilka (najczęściej wszystkie) z wymienionych funkcji, nie definiując swoich celów jednoznacznie. Również proponowane formy leczenia są urozmaicone. Najczęstszą formą terapii są rozmowy terapeutyczne z psychiatrą, a w dalszej kolejności z psychologiem.

Zastanawia i niepokoi ograniczona dostępność do wykwalifikowanych psycho-terapeutów i prowadzonych przez nich terapii. Jedynie 8 spośród ankietowanych oddziałów dysponowało profesjonalistami. Duży niedobór kadry można też zauważyć w przypadku pracowników socjalnych; sytuacja nie uległa tutaj poprawie od 1984 r., kiedy przeprowadzono analizę działalności oddziałów dziennych [2]. Obecnie 14 z 43 ankietowanych oddziałów dysponuje pracownikiem socjalnym, a przed 16 laty na 48 oddziałów przypadało 15. Podobnie liczba miejsc na 1 osobę personelu nie uległa zmianie od 1984 r. (2,8; obecnie 2,98), także liczba miejsc na 1 lekarza (15,4; obecnie 14,5). Spadła nieznacznie liczba miejsc przypadająca na 1 psychologa (z 19,3 do 17,4).

Znacząco poprawiły się warunki lokalowe. W 1984 r. na 1 miejsce na oddziale dziennym dla chorych psychicznie przypadało jedynie 2,7 m<sup>2</sup>, a obecnie 10,7 m<sup>2</sup>. Nie stwierdzono zależności pomiędzy populacją ogólną a liczbą miejsc na oddziałach dziennych i stacjonarnych, jednak te wyniki, ze względu na ograniczoną liczbę odpowiedzi, wymagają weryfikacji.

Długość pobytu na oddziałach dziennych w Polsce uległa skróceniu do 2 miesięcy w porównaniu z danymi z 1984 r. [2], gdy większość pacjentów przebywała na oddziale 3 miesiące. Zwiększyła się liczba pacjentów rocznie przypadająca na 1 miejsce na oddziale – z czterech w 1984 r. do pięciu w 2000 r.

Dane o rzadkim kierowaniu pacjentów na oddziały dzienne przez lekarzy rodzinnych, psychiatrów i psychologów z praktyk prywatnych wynikają prawdopodobnie zarówno z zasad kierowania do szpitali psychiatrycznych obowiązujących w 2000 r., jak i mniejszej liczby gabinetów lekarzy rodzinnych.

W populacji pacjentów nadal dominują osoby z rozpoznaniem schizofrenii (32,2%), podobnie jak w 1984 r. [2], kiedy stanowiły 34,1% populacji leczonej na oddziałach dziennych. Natomiast znacznie wzrósł odsetek osób leczonych z powodu zaburzeń afektywnych, z 5,9% do 17,4%.

Prezentowane badanie jest próbą zainicjowania pogłębionych i poprawnych metodologicznie, a więc umożliwiających także porównania międzynarodowe, badań nad funkcją psychiatrycznych oddziałów dziennych i całej psychiatrycznej opieki

zdrowotnej w Polsce. Szczegółowa analiza funkcjonowania oddziałów dziennych mogłaby umożliwić wymianę doświadczeń, poprawę struktury oraz oferty terapeutycznej, i doprowadzić do wzrostu ich efektywności.

### Wnioski

1. Oddziały dzienne w Polsce nie definiują jednoznacznie pełnionych funkcji, lecz proponują jednocześnie zarówno rolę alternatywną dla leczenia ambulatoryjnego, szpitalnego, jak i rehabilitację czy miejsce dziennego pobytu pacjentów chronicznych.
2. Wśród pacjentów leczonych na oddziałach dziennych odsetek osób z zaburzeniami afektywnymi wzrósł niemal trzykrotnie w ciągu 16 lat.
3. Skróceniu uległ czas pobytu oraz poprawiły się warunki lokalowe, oddziały deklarują dużą dostępność do badań diagnostycznych.
4. Nadal niewielka liczba oddziałów dziennych dysponuje psychoterapeutami, zawodowymi terapeutami oraz pracownikami socjalnymi.

*Projekt badawczy „Ocena skuteczności i kosztów leczenia w psychiatrycznych oddziałach dziennych w porównaniu z oddziałami całodobowymi w różnych, europejskich systemach opieki zdrowotnej” jest finansowany przez Komisję Europejską (5 PR UE) oraz KBN.*

### Órdreńłdčńńčęř äřłäřüö d'ńčöčřńđč=łńęčö řńäłęłčę ä Ċřęürř.

#### Đřčöčüńřńü řęłńńäř čńńęłäřäřč

#### Ńäřłđęřčł

**Čřäřčł:** Čřäřčłč đřäřńü äüęř ördreńłdčńńčęř d'ńčöčřńđč=łńęčö äřłäřüö řńäłęłčę äęř äčđńęüö ä Ċřęürř, čö řđäřčęřöřčřńńę řńđöęńđü, đđčęłř üęö čłńäřä řłđřđčč, ř řńęčł řöłęęř äł=łřüö ä řńęčö řńäłęłčę ö, äřęüüö.

Čńńęłäřäřčł äüęř řńńüř äłčäöřđäřäřäř đđłęńř 5 PR UL, řńřń' üłłń' ę řöłęęř řöđłęńčäřńńč č đřńöřäřä äł=łč', ęřńđüł řłńöń čř řäřäč řńęčł äřłäřüł äčńđřńłđü ä řđřäřłčł ř ęđöäęřńöńř=řüčč řńäłęłčę' äč ä đřčč=řüö łäđřłęńęčö řčńńłęřö řęöčäü čäđřäńđřřłč'.

**Ĕłńä:** Ńäđřřüł äřřüł ä 2000 äřäö ęřđłđđřäřłčęřüüč đ'öńłę đđč đřęüč řęłńü řńäńńäřäřä řäđřčř đđłäńńřäč řń ęřřöčöčłřń đřęö=łřüö řńäłńä ä 65,2%.

**Đřčöčüńřńü:** Ĕř řńřäřčč řřčččř äřřüö äüäłęłü řđč řčđř řńäłęłčę: 1. řřđřäłüüł ř đřäčččńřččř öđřč=łńęčö řđöřłčę, ööö=řłčł řäüłńäłřńę řęńčäřńńč č đřęüü; 2. čńđřčř řüčł řęüłđřřčäřöř đřęü đř řńřłčęř ę ęđöäęřńöńř=řüčö äł=łčęř; 3. řđčłńčđäęř řř đđäřčłčł řäöęřńđřäř äł=łč' č đ'ńčöřńłđřđčř.

Ĕřč=łńäř äłń ä řęłńčđäřřüö äřłäřüö řńäłęłčę ö äüęř đřńń' řńę, řńęčł ęřę řńü č äřč đřäřńü. Ĕřčäřčł řńńę đđč=čřńę, čńęęř=řüłę đđčł äřęüüö, äüč äüđřčłřüł řöčöčäřüł řłäřłöčč č řńńđř' đ'ńčöřńč=łńęř' äłęđđłńřöč'. Ĕřčäřčł čńäř=čńęłřüř äđöđ'đö äł=łřüö řńńńřäč' äč đřöčłńü ř äčřäřčłč řčęřđłčč (32,2%) č řöđłęńčäřüö đ'ńčöřčä (17,4%). Ńřęüęř 18,6% řńäłęłčę đđčččęřä řř đřäřńö đ'ńčöřńłđřđłäřä, ř 32,6% řöččřęüřäř đřäřńčęř. Ĕř řäř čłńń, ä řđłäřłę, đđčöřäččř 5 đřöčłřä ä äřäö.

**Äüäřäü:** Đńčöčřńđč=łńęčł äřłäřüł řńäłęłčę' äęř äčđńęüö ä Ċřęürř řł čęłř řđłäłęłřäř đđöčč' đđčłęř äřęüüö ř řń=ęč đđčłč' äčřäřčä č ř' čłńč đ'ńčöč=łńęčö řđöřłčę. Ń äđöäę řńđřřü, čřčř öęřčřńü ř řđłäłęłřüł řłäřłöčč ä řńčö řńäłęłčę ö – äřčł řřđřäłüüö řř đřäčččńřččč ččč řłđřđčř äřęüüö. Ĕńęł=łń äüđřčłřüł öäłč=łčłč' čńęř äřęüüö ř řöđłęńčäřüüč řđöřłčę' äč, đř=ńč řđłö-ęđřńüč ä đřńęłäřčö 16 äřäřö.

## Charakteristik der psychiatrischen Tagesabteilungen in Polen - Ergebnisse einer Umfrage

### Zusammenfassung

**Ziel:** Das Ziel der Untersuchung war die psychiatrischen Tagesabteilungen für Erwachsene in Polen, ihre Organisationsstruktur, angewandte therapeutische Methoden und behandelte Patienten zu charakterisieren. Die Untersuchung ist ein Bestandteil des internationalen Projekts 5 PR UE zur Beurteilung der Wirksamkeit und Behandlungskosten in den psychiatrischen Tagesabteilungen im Vergleich mit den Tagesabteilungen in verschiedenen europäischen Systemen der Gesundheitsbetreuung.

**Methode:** Die Angaben vom Jahre 2000 sammelte man auf dem Korrespondenzweg mit Hilfe eines eigenen Fragebogens. Der Index der erhaltenen Antworten betrug 65,2%.

**Ergebnisse:** Aufgrund der Analyse wurden drei Typen der Abteilungen ausgesondert: 1. Diejenigen, die auf die Rehabilitation der chronischen Störungen, Verbesserung der sozialen Aktivität und Unterstützung gerichtet sind; 2. diejenigen, die eine Alternative für vollstationäre Behandlung bilden; 3. diejenigen, die auf die Fortsetzung der teilstationärer Behandlung und Psychotherapie orientiert sind.

Die Anzahl der Plätze in den befragten Tagesabteilungen war fest, ähnlich Arbeitsstunden und Arbeitstage. Das häufigste Kriterium, das die Aufnahme ausgeschlossen hat, waren die intensierten Suizidtendenzen und akute psychotische Dekompensation. Die zahlreichste Gruppe unter den Behandelten bildeten die Patienten mit der Diagnose Schizophrenie (32,2%), affektive Störungen (17,4%). Nur in 18,6% der Abteilungen wurde ein Psychotherapeut eingestellt und in 32,6% ein Sozialarbeiter. Auf einen Platz fielen durchschnittlich 5 Patienten jährlich zu.

**Schlussfolgerungen:** Die psychiatrischen Tagesabteilungen für Erwachsene in Polen haben keinen bestimmten Profil der Aufnahmen im Hinblick auf die Diagnose und Schwere der Störungen. Man kann dagegen die Präferenzen der Abteilungen aussondern, zB. als mehr auf die Rehabilitation oder Therapie eingestellt. Es wurde eine Steigerung in der Zahl der Behandelten wegen der affektiven Störungen beobachtet, die fast dreimal höher als in den letzten 16 Jahren war.

## La caractérisation des hôpitaux psychiatriques de jour en Pologne – résultats d'une enquête

### Résumé

**Objectif:** Caractérisation des hôpitaux psychiatriques de jour pour les adultes en Pologne, de leur structure, de leurs méthodes thérapeutiques et de leurs patients. Cet examen fait partie d'un projet international 5 PR UE concernant l'estimation d'efficacité et de frais thérapeutiques en Pologne et en Europe.

**Méthode:** Données concernant l'année 2000 sont ramassées par la correspondance à l'aide d'un questionnaire construit exprès. Les auteurs ont reçu 65,2% de réponses à leur questionnaire.

**Résultats:** En analysant les réponses on divise les hôpitaux en 3 groupes: 1. s'orientant vers la réhabilitation des troubles chroniques, vers l'amélioration de l'activité sociale et vers le soutien; 2. constituant la thérapie alternative à la thérapie stationnaire; 3. continuant la thérapie ambulatoire et la psychothérapie. Le nombre de places thérapeutiques est fixe, de même le nombre de jours et d'heures. Les tentatives nombreuses de suicide et la décompensation psychotique intensive excluent la thérapie dans les hôpitaux de jour. Les schizophrènes constituent le groupe le plus nombreux (32,2%), ensuite les malades souffrant des troubles affectifs (17,4%). Seulement 18,6% d'hôpitaux emploient des psychothérapeutes qualifiés et 32,6% – des travailleurs sociaux. Durant l'année thérapeutique chaque poste est occupée par 5 malades.

**Conclusion:** En Pologne les hôpitaux psychiatriques de jour pour les adultes n'ont pas de

profil déterminé du point de vue diagnostique et de la gravité des troubles. On peut seulement distinguer certaines préférences – la réhabilitation ou la thérapie. On note aussi l'accroît (plus que 3 fois) du nombre des personnes avec les troubles affectifs au cours de 16 ans derniers.

#### Piśmiennictwo

1. Herz MI, Endicott J, Spitzer RL i in. *Day versus in-patient hospitalization: a controlled study*. Am J Psychiatry 1971;10: 1371–1382.
2. Konieczńska Z, Mikulska-Meder J, Stańczak T. *Oddziały dzienne – analiza działalności i charakterystyka populacji pacjentów*. Biul. IPiN 1986; 3: 48–70.
3. Horvitz-Lennon M, Normand SLT, Gaccione P i in. *Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 676–685.
4. Becker T, Vázquez-Barquero JL. *The European perspective of psychiatric reform*. Acta Psychiatr. Scand. 2001; 104 (supl. 410): 8–14.
5. Johnson S, Zinkler M, Priebe S. *Mental health service provision in England*. Acta Psychiatr. Scand. 2001; 104 (supl. 410): 47–55.
6. De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, et al. *Residential care in Italy*. Br J Psychiatry 2002; 181: 220–225.
7. Dick P, Cameron L, Cohen D i in. *Day and full time psychiatric treatment: A controlled comparison*. Brit. J. Psychiatry 1985; 147: 246–250.
8. Kallert TW, Schützwohl M, Kiejna A i in. *Efficacy of psychiatric day hospital treatment: Review of research findings and design of a European multi-centre study*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2002; 2: 55–71.
9. Schene AH, van Lieshout PAH, Mastboom JCM. *Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands*. Acta Psychiatr Scand 1988; 78: 515–522.
10. Creed F, Black D, Anthony P i in. *Randomised controlled trial of day patient versus in-patient psychiatric treatment*. Brit. Med. J. 1990; 300: 1033–1037.
11. Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt J i in. *Day hospital/crisis respite care versus inpatient care. Part I: Clinical outcomes*. Am. J. Psychiatry 1996; 153: 1065–1073.
12. Kallert TW, Schützwohl M, Matthes C. *Current structural and procedural quality markers of psychiatric day hospitals in Germany*. Psychiatr. Prax. 2003; 2:72–82.
13. Mbaya P, Creed F, Tomenson B. *The different uses of day hospitals*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 98: 283–287.
14. Kluiters H, Giel R, Nienhuis FJ i in. *Predicting feasibility of day treatment for unselected patients referred for inpatient psychiatric treatment: Results from a randomized trial*. Am. J. Psychiatry 1992; 149: 1199–1205.
15. Maciejewski ML, Diehr P, Smith MA, Hebert P. *Common methodological terms in health services research and their synonyms*. Med. Care. 2002; 6: 477–484.
16. Schene AH, van Wijngaarden B, Poelijoe NW i in. *The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and in-patient treatment*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 87: 427–436.

Otrzymano: 27.03.2003

Zrecenzowano: 23.06.2003

Przyjęto do druku: 27.08.2003

Adres: Joanna Rymaszewska  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10  
tel: 71-784 15 65, e-mail: ankarym@psych.am.wroc.