

Porównanie efektywności leczenia na psychiatrycznym oddziale dziennym i oddziale stacjonarnym na podstawie analizy objawów psychopatologicznych oraz subiektywnej oceny jakości życia pacjentów

Effectiveness of treatment in day hospital versus inpatient ward evaluated by patients' psychopathological symptoms and subjective quality of life (QoL) analysis

Tomasz Adamowski, Tomasz Hadryś, Joanna Rymaszewska,
Andrzej Kiejna

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

Summary

Aim. The authors analyzed patients' psychopathological symptoms and subjective quality of life (QoL) for evaluating the effectiveness of treatment in day hospital versus inpatient wards. Analyses concerned patients from Wrocław and recruited within the framework of an EU funded multi-centre study EDEN.

Method. 238 patients admitted to the Psychiatric Hospital in Wrocław were randomly assigned to treatment in either day hospital (n=115) or inpatient ward (n=123). Patients were interviewed at 4 time-points comprising their stay in hospital. Differences between settings in terms of dynamics of psychopathological symptoms and subjective QoL were expressed in mean scores of BPRS subscales and MANSA. Two parameters of effectiveness were considered: the static – the score on the scale at a given time-point and average score level, and the dynamic – describing dynamics of changes (gradients). Statistical methods included ANOVA and ANCOVA with co-variables.

Results. In terms of manic and excitement symptoms inpatient wards proved to be more effective as measured at discharge, no differences in dynamics between settings were found. Day hospital was superior in alleviating negative symptoms during treatment but improvement in that respect was quicker in the inpatient ward. In terms of alleviating positive symptoms, the inpatient ward was more effective only at the beginning of the treatment. Day hospital was more effective in handling symptoms of depression and anxiety but only at the beginning of treatment. Dynamics of subsiding of the symptoms at the beginning of hospitalization was better for the inpatient ward. No differences in QoL in both settings were found.

Conclusions. Taking into consideration the static and the dynamic parameters of effectiveness of treatment, the superiority of inpatient treatment over day hospital has not been, therefore, definitely proven.

Słowa kluczowe: oddział dzienny, badanie randomizowane, efektywność, psychopatologia, subiektywna jakość życia

Key words: day ward, randomized control trial, effectiveness, psychopathology, subjective quality of life

Wstęp

Współczesny model leczenia psychiatrycznego, uwzględniając wzrost kosztów obsługi pacjentów, powinien umożliwiać ograniczanie wydatków do niezbędnych, przy utrzymaniu najwyższej efektywności [1]. Badania dowodzą, że dzięki leczeniu pacjentów na oddziałach dziennych zaoszczędza się do 40% środków finansowych, w porównaniu z potrzebnymi na oddziałach stacjonarnych [2]. W ostatnich latach w Polsce, pomimo wzrostu liczby oddziałów dziennych (w roku 1970 było ich 12, a w 2000 r. – 132), nie podjęto badań dotyczących kosztów i efektywności leczenia [3]. Podobnie, tylko nieliczne badania zagraniczne, spełniające wymogi metodyczne, koncentrują się na zagadnieniu efektywności leczenia na psychiatrycznych oddziałach dziennych [4]. Jednym z takich badań, podejmujących problem wielowymiarowej oceny funkcjonowania oddziałów dziennych, jest badanie EDEN¹. Opierając się na pomiarach statycznych obrazu psychopatologicznego zaburzeń oraz jakości życia (w poszczególnych punktach czasowych) nie wykazano różnic pomiędzy oddziałami dziennymi a stacjonarnymi. Z kolei, rozpatrując zależności między oddziałem dziennym lub stacjonarnym a ośrodkiem, stwierdzono znaczące różnice. W odniesieniu do globalnej oceny obrazu psychopatologicznego stwierdzono, że w ośrodku wrocławskim efektywność leczenia na oddziale stacjonarnym była wyższa niż na dziennym. Nie było natomiast istotnych różnic pomiędzy oddziałami w efektywności leczenia wyrażonej oceną jakości życia (QoL) [5]. W pracy Kallerta i wsp. [5] analizy odnosiły się jednak do statycznych pomiarów całego obrazu psychopatologicznego, a nie do zespołów objawów (maniakalnych, depresyjnych, pozytywnych i negatywnych), i dlatego autorzy niniejszej pracy postanowili sprawdzić, czy inne podejście, także z uwzględnieniem dynamiki zmian w obrazie psychopatologicznym i jakości życia, może uwidocznić bardziej zróżnicowany obraz efektywności leczenia pacjentów na oddziale dziennym i stacjonarnym w ośrodku wrocławskim. W szczególności interesowało nas:

1. Czy podczas leczenia na oddziale dziennym występują różnice w nasileniu objawów manii i pobudzenia, objawów negatywnych, objawów pozytywnych oraz objawów depresji i lęku w poszczególnych okresach leczenia w porównaniu z leczeniem na oddziale stacjonarnym?
2. Czy podczas leczenia na oddziale dziennym występują różnice w dynamice ustępowania objawów manii i pobudzenia, objawów negatywnych, objawów pozytywnych oraz objawów depresji i lęku w kolejnych tygodniach leczenia w porównaniu z leczeniem na oddziale stacjonarnym?
3. Czy podczas leczenia na oddziale dziennym występują różnice w ocenie subiektywnej jakości życia w kolejnych tygodniach leczenia w porównaniu z leczeniem na oddziale stacjonarnym?

¹ (European day hospital evaluation – Europejska ocena psychiatrycznych szpitali dziennych; www.edenstudy.com). Międzynarodowy projekt badawczy 5 PR UE, QL4-CT-2000-01700 (1999-2003), przeprowadzony w 5 ośrodkach europejskich: Drezno (Niemcy), Londyn (Wielka Brytania), Wrocław (Polska), Michalovce (Słowacja) i Praga (Czechy).

4. Czy podczas leczenia na oddziale dziennym występują różnice w dynamicznej ocenie subiektywnej jakości życia w kolejnych tygodniach leczenia w porównaniu z leczeniem na oddziale stacjonarnym?

Material

Spośród 1089 pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu, 238, spełniających kryteria włączenia, zostało w sposób losowy przydzielonych do leczenia na oddziale dziennym ($n = 115$) lub stacjonarnym ($n = 123$). Pacjenci byli badani w 4 punktach czasowych: w dniu przyjęcia do badania (t_1), tydzień po przyjęciu (t_2), cztery tygodnie po przyjęciu (t_3) oraz w dniu wypisania ze szpitala (t_4).

Metoda

Kryteria wyłączenia pacjentów z badania i włączenia

Szczegółowe kryteria wykluczające z badania to:

- wiek: poniżej 18 r. ż. lub powyżej 65 r. ż.,
- przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta (zgodnie z regulacjami prawnymi obowiązującymi w poszczególnych krajach uczestniczących w badaniu),
- głębokość zaburzenia psychicznego wymagająca w dniu przyjęcia pacjenta do szpitala ograniczenia jego swobody lub stałego nadzoru 1:1, bądź też wskazująca na możliwość zaistnienia takiej konieczności,
- ostre zatrucie,
- obecność choroby somatycznej wymagającej całkowicie stacjonarnego trybu leczenia,
- bezpośrednie przeniesienie z innego szpitala,
- bezdomność,
- droga do szpitala w jedną stronę zajmująca więcej niż 60 minut,
- konieczność stałego dowożenia pacjenta na oddział i odbierania go potem, np. z powodu ograniczonej ruchomości.

Po zweryfikowaniu kryteriów wykluczających pacjent musiał spełniać następujące kryteria włączające, by wziąć udział w badaniu:

- obecność choroby psychicznej z objawami psychotycznymi na tyle istotnymi, że mogą spowodować umiarkowane upośledzenie funkcjonowania w więcej niż jednej dziedzinie codziennego życia, lub doprowadzić do pogorszenia się sytuacji mieszkaniowej i finansowej, lub też których nasilenie jest na tyle duże, że pacjent może stanowić zagrożenie dla siebie lub innych,
- leczenie ambulatoryjne nie jest wystarczająco skuteczne, by zapobiec dalszemu pogarszaniu się stanu psychicznego chorego,
- dla pacjenta nie ma innego dostępnego leczenia szpitalnego, poza oferowanym w jednostkach uczestniczących w badaniu,
- wiek: od 18 do 65 r.ż.

Narzędzia badawcze

BPRS

W celu oszacowania nasilenia objawów psychopatologicznych w każdym z czterech punktów czasowych zastosowano wersję rozszerzoną The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0). Skalą tą posługiwano się w wielu badaniach dotyczących oceny interwencji farmakologicznych oraz psychospołecznych (Hedlund and Vieweg 1980). BPRS, pierwotnie stworzona jako 18-punktowe narzędzie do szybkiej oceny dynamiki objawów psychopatologicznych wśród pacjentów psychiatrycznych z różnymi rozpoznaniem, została rozszerzona do wersji 24-punktowej. Skalowanie objawów rozpoczyna się od 1 („nieobecny”) do 7 („ekstremalnie nasilony”); istnieje możliwość zaznaczenia „nieoceniane”, np. w przypadku braku informacji. Skalowanie można sumować do średniej całkowitej i średniej dla różnych podskal. Dotychczasowe badania wykazały dobre współczynniki rzetelności różnych wersji BPRS, dla średniej i pojedynczych punktów, zarówno oryginalnej wersji angielskiej, jak i włoskiej wersji BPRS Ventury. W naszym badaniu oceniono zgodność pomiędzy badaczami, obliczając średnią wartość skali całkowitej, podskal BPRS oraz ICC. Dla skali całkowitej uzyskano wartość ICC=0,79 (substantial [La]), natomiast dla podskal od 0,58 do 0,94 [6]. Do oceny różnic w dynamice objawów psychopatologicznych pomiędzy oddziałami we Wrocławiu wykorzystano średnie wartości punktowe podskal „manii/pobudzenia”, „objawów negatywnych”, „objawów pozytywnych” oraz „depresji/lęku” według rozszerzonej wersji BPRS Ventury.

MANSA

Do oszacowania subiektywnej jakości życia w punkcie t1 oraz t4 zastosowano skalę MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life (Manchesterska Krótka Ocena Jakości Życia). MANSA została utworzona z krótkiej zmodyfikowanej wersji LQLP (Lancashire Quality of Life Profile) i opiera się głównie na skali subiektywnej oceny (7-punktowa skala Likerta) satysfakcji z życia oraz poszczególnych jego obszarów (zatrudnienie, relacje rodzinne, hobby itd.). Jej właściwości psychometryczne zostały ocenione jako zadowalające [7]. Skala MANSA została przetłumaczona na potrzeby badania w ośrodku wrocławskim.

Parametry oceny leczenia

Wyniki wcześniejszych badań randomizowanych bazowały najczęściej tylko na jednym parametrze efektywności, na przykład na ocenie wielkości zmiany w wartościach pomiaru pomiędzy punktami czasowymi [8, 9]. W obecnym badaniu autorzy zastosowali dwa parametry efektywności dla objawów psychopatologicznych oraz subiektywnej jakości życia wyliczane dla każdego pacjenta na podstawie pomiarów wartości skal w danych punktach czasowych. Są to: parametry statyczne oraz parametry opisujące dynamikę zmian.

Do parametrów statycznych zaliczono:

- wartości pomiarów w dniu przyjęcia do badania (t1), tydzień po przyjęciu (t2), cztery tygodnie po przyjęciu (t3) oraz w dniu wypisania ze szpitala (t4); wielkości te znane są dla każdego pacjenta z osobna i opisują stan w danym momencie pobytu w szpitalu;
- poziom przeciętny, definiowany jako pole pod krzywą pomiarów podzielone przez długość pobytu pacjenta na oddziale. Pole pod krzywą pomiarów (ang. area under the curve, skrót: AUC) obliczano metodą trapezów, uzyskując w ten sposób interpolacje wartości pośrednich. Taką procedurę stosowano również, gdy pomiary w punktach t2 lub t3 były nieznane. Brakujące dane z dnia wypisania ze szpitala (t4) były uzupełniane wartością z pomiaru t3 lub t2, o ile okres pomiędzy tymi punktami nie był dłuższy niż jeden tydzień. Wielkość ta opisuje dla każdego pacjenta jego przeciętną wartość skali w całym okresie hospitalizacji.

Parametry dynamiczne:

- to gradienty pomiędzy różnymi punktami czasowymi. Przez gradient rozumie się zmianę wartości pomiarów podzieloną przez czas między tymi pomiarami. Taka definicja pozwala określić szybkość i kierunek zmian – im wyższa wartość bezwzględna gradientu, tym większa następuje zmiana w wartościach skali w rozpatrywanym okresie. Znak ujemny wartości wyliczonej w przypadku skali BPRS i dodatni w przypadku skali MANSA określa poprawę stanu.

Do oceny różnic w poziomie ogólnego nasilenia objawów oraz nasilenia objawów manii i pobudzenia, objawów negatywnych, objawów pozytywnych oraz objawów depresji i lęku pomiędzy dwoma typami oddziałów wykorzystano parametry statyczne (pomiar w t1, t2, t3 i t4, poziom przeciętny) oraz dynamiczne (gradienty pomiędzy t1 i t2 oraz t2 i t3).

Ocena subiektywnej jakości życia polegała na analizie pomiarów w t1 i t4 oraz gradientu pomiędzy t1 i t4.

Analizy statystyczne

Metoda opracowania statystycznego, w celu oceny różnic parametrów efektywności pomiędzy oddziałem dziennym a stacjonarnym, oparta była na analizie wariancji (ANOVA) oraz modelach analizy kowariancji (ANCOVA) ze zmiennymi towarzyszącymi (ang. covariates), takimi jak: czas leczenia i logarytm z tego czasu. Logarytmowanie zrównuje dłuższe pobyty w szpitalu tak, że relacja między nimi jest bliższa niż pomiędzy krótkimi czasami pobytu. Przedstawiono wyniki następujących modeli: niekorygowanego, skorygowanego wartością skali przy przyjęciu, skorygowanego długością okresu leczenia oraz dwoma tymi parametrami jednocześnie. Statystyka oparta na modelach skorygowanych umożliwia uzyskanie szerszego spektrum danych do interpretacji poprzez ocenę uwzględniającą wartość skali w określonych punktach czasowych. Wszystkie analizy statystyczne przeprowadzono, za pomocą pakietu statystycznego SAS PROC MIXED, w Instytucie Statystyki Uniwersytetu Technicznego w Dreźnie [10, 11].

Wyniki

Charakterystyka badanej populacji

W ośrodku wrocławskim na obydwu oddziałach przeważały kobiety (76% – oddział stacjonarny, 60% – oddział dzienny). W związku małżeńskim pozostawało 58% osób z oddziału stacjonarnego (s) i 40% z oddziału dziennego (d). Zasiłek socjalny pobierało odpowiednio 48% (s) i 66% (d) uczestników badania. Średni czas hospitalizacji na poszczególnych oddziałach wynosił: stacjonarny – 58 dni, dzienny – 150 dni. Na oddziale stacjonarnym najczęściej (u 57%) rozpoznawano zaburzenia afektywne, w drugiej kolejności (u 28%) zaburzenia z kręgu schizofrenii, na oddziale dziennym natomiast – zaburzenia z kręgu schizofrenii u 53%, a zaburzenia afektywne u 19%. Ponadto na oddział stacjonarny częściej trafiali pacjenci z pierwszym epizodem zaburzeń (17% vs. 4%). Szczegółowe dane socjodemograficzne i kliniczne przedstawiono w tabeli 1.

Obraz psychopatologiczny

1. Nasilenie w grupach zespołów objawów psychopatologicznych (manii i pobudzenia, negatywnych, pozytywnych oraz depresji i lęku) w poszczególnych okresach leczenia pomiędzy dwoma typami oddziałów (tabela 2)

- Objawy manii i pobudzenia: stwierdzono wyższą efektywność oddziału stacjonarnego w dniu wypisania t4 i w dwóch modelach skorygowanych długością okresu leczenia oraz nasileniem objawów przy przyjęciu; poza tym brak było istotnych różnic pomiędzy oddziałem dziennym a stacjonarnym.
- Objawy negatywne: w modelu skorygowanym nasileniem objawów w dniu przyjęcia oraz dodatkowo skorygowanym długością okresu leczenia wykazano lepszą efektywność oddziału stacjonarnego, natomiast biorąc pod uwagę przeciętny poziom objawów negatywnych podczas leczenia wykazano istotną przewagę oddziału dziennego; poza tym brak było istotnych różnic pomiędzy oddziałem dziennym a stacjonarnym.
- Objawy pozytywne: wykazano istotne różnice pomiędzy oddziałami w punkcie t2 oraz t4, uwzględniając przeciętny poziom objawów podczas leczenia oraz w modelu skorygowanym nasileniem objawów pozytywnych w dniu przyjęcia i modelu skorygowanym długością okresu leczenia; we wszystkich wymienionych punktach czasowych badania występowała przewaga oddziału stacjonarnego.
- Objawy depresji i lęku: dla punktu t1 i t2 wykazano istotne różnice wskazujące na wyższą efektywność oddziału dziennego; wyższą efektywność oddziału stacjonarnego stwierdzono natomiast w pomiarze t4 oraz we wszystkich 3 modelach skorygowanych.

2. Dynamika ustępowania objawów psychopatologicznych w kolejnych tygodniach leczenia na dwóch typach oddziałów (tabela 3):

- Objawy manii i pobudzenia: gradient objawów maniakałnych w pierwszym miesiącu leczenia (szybkość zmiany nasilenia objawów pomiędzy punktami t1 i t2 oraz t2 i t3) nie wykazał różnicy pomiędzy oddziałem dziennym a stacjonarnym.

Tabela 1

Socjodemograficzna i kliniczna charakterystyka grupy badanej we Wrocławiu

| | Wrocław | |
|--|---------------|-----------------------|
| | d N=49-115 | s N=21-123 |
| Płeć – kobiety: \underline{N} (%) | 69 (60) | 94 (76) [*] |
| Wiek – \underline{M} (\underline{SD}) | 42 (11) | 42 (11) |
| Stan cywilny – małżeństwo: \underline{N} (%) | 46 (40) | 71 (58) [*] |
| Sytuacja życiowa – mieszkający samotnie: \underline{N} (%) | 20 (18) | 10 (8) [*] |
| Stan zatrudnienia | | |
| – zatrudnieni: \underline{N} (%) | 16 (14) | 17 (14) |
| – bezrobotni: \underline{N} (%) | 23 (20) | 19 (16) |
| – studenci: \underline{N} (%) | 2 (2) | 5 (4) |
| – otrzymuje (rentę) emeryturę: \underline{N} (%) | 62 (54) | 69 (57) |
| – inne: \underline{N} (%) | 11 (10) | 11 (9) |
| Zasilek socjalny – otrzymuje: \underline{N} (%) | 75 (66) | 57 (48) [*] |
| Pierwsza manifestacja zaburzenia psychicznego: \underline{N} (%) | 5 (4) | 20 (17) [*] |
| Liczba wcześniejszych epizodów obecnego zaburzenia: | | |
| – 1–3: \underline{N} (%) | 28 (34) | 40 (47) |
| – powyżej 3: \underline{N} (%) | 55 (66) | 45 (53) |
| Liczba wcześniejszych hospitalizacji stacjonarnych | | |
| – nie było: \underline{N} (%) | 34 (31) | 28 (30) |
| – 1–3: \underline{N} (%) | 51 (47) | 41 (44) |
| – powyżej 3: \underline{N} (%) | 24 (22) | 25 (27) |
| Długość pobytu (dni) – \underline{M} (\underline{SD}) | 150 (81) | 58 (43) ^{**} |
| Przeniesienia - pomiędzy d i s: \underline{N} (%) | 9 (8) | 1 (1) [*] |
| Główne diagnozy kliniczne przy wypisaniu ICD-10 | | |
| | 8 (7) | 1 (1) ^{**} |
| - F00-F09: \underline{N} (%) | 1 (1) | - |
| - F10-F19: \underline{N} (%) | 60 (53) | 35 (28) |
| - F20-F29: \underline{N} (%) | 22 (19) | 70 (57) |
| - F30-F39: \underline{N} (%) | 4 (4) | 8 (7) |
| – F31: \underline{N} (%) | 13 (11) | 37 (30) |
| – F33: \underline{N} (%) | 21 (18) | 13 (11) |
| - F40-F49: \underline{N} (%) | - | - |
| - F50-F59: \underline{N} (%) | - | - |
| - F60-F69: \underline{N} (%) | 2 (2) | 4 (3) |
| - F70-F79: \underline{N} (%) | - | - |
| - F90-F98: \underline{N} (%) | - | - |

d = oddział dzienny, s = oddział stacjonarny

M (mean): średnia, SD (standard deviation): odchylenie standardowe, N (numer): liczba

¹Np. ponowne przyjęcie na pierwotny oddział w trakcie 2 dni

* p < 0,05; ** p < 0,01

Tabela 2

Efektywność leczenia w różnych punktach czasowych – obraz psychopatologiczny¹

| Zmienna | Oddział | N | Wartość w dniu przyjęcia (t1) | Wartość po tygodniu (t2) | Wartość po 4 tygodniach (t3) | Wartość w dniu wypisania (t4) | Wartość w dniu wypisania skorygowana długością przyjęcia | Wartość w dniu wypisania skorygowana długością okresu leczenia i wartością w dniu przyjęcia | Poziom przeciętny | |
|--------------------|---------|---------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|--|---|-------------------------|----------------------------|
| Mania i pobudzenie | d | 100-115 | 1,503 | 1,395 | 1,329 | 1,300 | 1,283 | 1,297 | 1,335 | |
| | s | 82-123 | 1,406 | 1,327 | 1,275 | 1,117 | 1,136 | 1,121 | 1,249 | |
| | | | 0,097 -0,031... 0,225 | 0,068 -0,042... -0,178 | 0,054 -0,055... 0,163 | 0,183 0,095... 0,270 | 0,147 0,067... 0,227 | 0,204 0,113... 0,295 | 0,161 0,077... 0,245 | 0,086 -0,003... 0,175 |
| | | | 0,137 | 0,224 | 0,328 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,057 |
| Objawy negatywne | d | 100-115 | 2,070 | 1,889 | 1,745 | 1,626 | 1,613 | 1,613 | 1,698 | |
| | s | 82-123 | 2,155 | 2,065 | 1,862 | 1,536 | 1,429 | 1,529 | 1,427 | |
| | | | -0,085 -0,288... 0,117 | -0,176 -0,358... -0,006 | -0,116 -0,311... 0,078 | 0,091 -0,070... 0,251 | 0,183 0,043... 0,324 | 0,041 -0,129... 0,210 | 0,187 0,038... 0,335 | -0,175 -0,330... -0,019 |
| | | | 0,408 | 0,058 | 0,241 | 0,269 | 0,011 | 0,637 | 0,014 | 0,028 |
| Objawy pozytywne | d | 100-115 | 2,030 | 1,919 | 1,722 | 1,498 | 1,397 | 1,468 | 1,668 | |
| | s | 82-123 | 1,839 | 1,619 | 1,626 | 1,260 | 1,223 | 1,261 | 1,224 | |
| | | | 0,191 -0,020... 0,401 | 0,299 0,131... 0,467 | 0,096 -0,079... 0,271 | 0,238 0,103... 0,372 | 0,174 0,055... 0,292 | 0,208 0,067... 0,348 | 0,182 0,058... 0,305 | 0,150 0,006... 0,293 |
| | | | 0,075 | 0,001 | 0,283 | 0,001 | 0,004 | 0,004 | 0,004 | 0,041 |
| Depresja i lęk | d | 100-115 | 3,013 | 2,577 | 2,342 | 2,029 | 2,094 | 2,070 | 2,290 | |
| | s | 82-123 | 3,608 | 2,874 | 2,445 | 1,640 | 1,558 | 1,639 | 1,546 | |
| | | | -0,595 -0,859... -0,331 | -0,296 -0,543... -0,050 | -0,104 -0,364... 0,156 | 0,389 0,169... 0,609 | 0,536 0,326... 0,746 | 0,431 0,203... 0,659 | 0,602 0,386... 0,818 | 0,187 -0,390... 0,016 |
| | | | 0,000 | 0,018 | 0,434 | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,071 |

Tabela 3

**Efektywność leczenia na podstawie parametrów dynamicznych
– obraz psychopatologiczny**

| Zmienna | Oddział | N | | Gradient t1-t2 | Gradient t2-t3 | Gradient t1-t2 skorygowany wartością w dniu przyjęcia | Gradient t2-t3 skorygowany wartością w dniu przyjęcia |
|--------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|---|---|
| Mania i pobudzenie | d | 100-115 | Wartość średnia | -0,450 | -0,066 | -0,300 | -0,054 |
| | s | 82-123 | | -0,352 | -0,125 | -0,373 | -0,120 |
| | | | ESE | -0,098 | 0,059 | 0,073 | 0,066 |
| | | | 95% CI | -0,589... 0,394 | -0,095... 0,214 | -0,349... 0,495 | -0,089... 0,221 |
| | | p-value for ESE | | 0,697 | 0,451 | 0,734 | 0,402 |
| Objawy negatywne | d | 100-115 | Wartość średnia | -0,674 | -0,192 | -0,542 | -0,188 |
| | s | 82-123 | | -0,563 | -0,409 | -0,213 | -0,364 |
| | | | ESE | -0,112 | 0,217 | -0,329 | 0,176 |
| | | | 95% CI | -0,762... 0,539 | 0,003... 0,432 | -0,899... 0,241 | -0,035... 0,387 |
| | | p-value for ESE | | 0,737 | 0,047 | 0,258 | 0,102 |
| Objawy pozytywne | d | 100-115 | Wartość średnia | -0,424 | -0,280 | 0,144 | -0,232 |
| | s | 82-123 | | -1,103 | -0,009 | -0,775 | 0,027 |
| | | | ESE | 0,678 | -0,271 | 0,919 | -0,259 |
| | | | 95% CI | 0,035... 1,321 | -0,466... -0,076 | 0,384... 1,453 | -0,452... -0,066 |
| | | p-value for ESE | | 0,039 | 0,007 | 0,001 | 0,009 |
| Depresja i lęk | d | 100-115 | Wartość średnia | -1,837 | -0,350 | -2,284 | -0,403 |
| | s | 82-123 | | -3,096 | -0,650 | -2,576 | -0,585 |
| | | | ESE | 1,259 | 0,301 | 0,292 | 0,183 |
| | | | 95% CI | 0,315... 2,203 | -0,042... 0,643 | -0,540... 1,125 | -0,160... 0,525 |
| | | p-value for ESE | | 0,009 | 0,086 | 0,491 | 0,295 |

Legenda do tabeli 2

- ¹ Przedział skali dla każdego punktu BPRS wynosi od 1 („nieobecny”) do 7 („ekstremalnie nasilony”)
² Zmienne towarzyszące (covariates): długość okresu leczenia; logarytm tego okresu
³ Wartość średnia dla danej grupy pacjentów; dla modeli skorygowanych wartość średnia dostosowana (ang. adjusted mean)
d = oddział dzienny, s = oddział stacjonarny; ESE: efekt oddziału; CI: przedział ufności

Legenda do tabeli 3

- ¹ Przedział skali dla każdego punktu BPRS wynosi od 1 („nieobecny”) do 7 („ekstremalnie nasilony”)
d = oddział dzienny, s = oddział stacjonarny; ESE: efekt oddziału; CI: przedział ufności

- Objawy negatywne: gradient objawów negatywnych (szybkość zmiany nasilenia objawów) wykazał różnicę pomiędzy oddziałem dziennym a stacjonarnym pomiędzy punktami t2 i t3 na korzyść oddziału stacjonarnego.
- Objawy pozytywne: w pierwszym tygodniu leczenia wyrażone jako gradient pomiędzy t1-t2; zarówno efektywność, jak i gradient skorygowany wartością t1 były istotnie wyższe na oddziale stacjonarnym, natomiast efektywność liczona dla okresu t2-t3 była istotnie niższa.

- Objawy depresji i lęku: stwierdzono istotną różnicę w zmianie nasilenia objawów depresji i lęku na korzyść oddziału stacjonarnego w początkowym okresie hospitalizacji (gradient t1-t2).

3. Jakość życia – parametry statyczne (tabela 4)

Tabela 4

Efektywność leczenia w różnych punktach czasowych – jakość życia¹

| | Oddział | N | | Wartość w dniu przyjęcia (t1) | Wartość w dniu wypisania (t4) | Wartość w dniu wypisania skorygowana wartością w dniu przyjęcia | Wartość w dniu wypisania skorygowana długością okresu leczenia ² |
|---------|---------|-----------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|---|---|
| Wrocław | d | 100 – 114 | Wartość średnia | 3,718 | 4,129 | 4,286 | 4,202 |
| | s | 104 – 121 | | 3,764 | 4,293 | 4,418 | 4,298 |
| | | | ESE 95% CI | -0,047 -0,281... 0,188 | -0,164 -0,417... 0,089 | -0,132 -0,327... 0,063 | -0,096 -0,375... 0,183 |
| | | | p-value for ESE | 0,697 | 0,203 | 0,185 | 0,498 |

¹ Przedział skali dla każdego punktu MANSA wynosi od 1 („nie może być gorzej”) do 7

² („nie może być lepiej”)

Zmienne towarzyszące (covariates): długość okresu leczenia; logarytm tego okresu

d = oddział dzienny, s = oddział stacjonarny; ESE: efekt estymacji oddziału; CI: przedział ufności

Tabela 5

Efektywność leczenia na podstawie parametrów dynamicznych – jakość życia¹

| | Oddział | N | | Średni gradient (t1-t4) | Gradient (t1-t4) skorygowany wartością w dniu przyjęcia | Gradient (t1-t4) skorygowany długością okresu leczenia ² | Gradient (t1-t4) skorygowany długością okresu leczenia oraz wartością w dniu przyjęcia |
|---------|---------|-----|-----------------|--------------------------|---|---|--|
| Wrocław | d | 100 | Wartość średnia | 0,130 | 0,072 | 0,427 | 0,389 |
| | s | 103 | | 0,396 | 0,350 | 0,491 | 0,438 |
| | | | ESE 95% CI | -0,266 -0,575...0,043 | -0,278 -0,582...0,025 | -0,063 -0,378...0,251 | -0,050 -0,354...0,255 |
| | | | p-value for ESE | 0,092 | 0,072 | 0,693 | 0,749 |

¹ Przedział skali dla każdego punktu MANSA wynosi od 1 („nie może być gorzej”) do 7

² („nie może być lepiej”)

Zmienne towarzyszące (covariates): długość okresu leczenia; logarytm tego okresu

d = oddział dzienny, s = oddział stacjonarny; ESE: efekt estymacji oddziału; CI: przedział ufności

Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy oddziałami w ocenie jakości życia za pomocą parametrów statycznych [5].

4. Jakość życia – parametry dynamiczne (tabela 5)

W ocenie subiektywnej jakości życia w pierwszych dniach i tygodniach leczenia nie wykazano istotnych różnic w szybkości zmian parametrów pomiędzy punktami t1 i t2 (gradient t1-t2) oraz t2 i t3 (gradient t2-t3) na obydwu oddziałach bez względu na przyjęty model.

Omówienie wyników

W związku z coraz wyższymi kosztami leczenia szpitalnego wysiłki badaczy i organizatorów ochrony zdrowia koncentrują się na poszukiwaniu tańszych, ale o zbliżonej efektywności, form leczenia psychiatrycznego [1, 3]. Jedną z takich form, rozpatrywanych w aspekcie efektywność/koszty, jest oddział dzienny. Od czasu powstania pierwszego oddziału dziennego w Rosji, w latach trzydziestych dwudziestego wieku, poprzez kolejne dziesięciolecia, kiedy intensywny rozwój tej formy opieki psychiatrycznej następował w Europie i Ameryce, aż do dzisiaj porównuje się oddziały dzienne z tradycyjnym modelem stacjonarnym. W niektórych z dotychczas przeprowadzonych badań wykazano, że ta forma opieki jest równie skuteczna lub nawet skuteczniejsza od tradycyjnego oddziału stacjonarnego pod względem efektywności leczenia [12, 13].

Omawiając wyniki badania efektywności leczenia w ośrodku wrocławskim w ramach projektu EDEN należy podkreślić, że w Polsce oddziały dzienne koncentrują się raczej na rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi i jak dotychczas nie opisywano doświadczeń z leczenia ostrych przypadków psychiatrycznych [3]. Związane to jest między innymi z obawami o ewentualne konsekwencje prawne w przypadku trudnych do przewidzenia ryzykownych zachowań pacjentów, a także z niedostatecznym rozwojem innych niż hospitalizacja stacjonarna form opieki (np. częściowa hospitalizacja, rozwinięty system „ostrych” szpitali dziennych) [1]. Istnieje ponadto przekonanie o wyższej skuteczności leczenia na oddziałach stacjonarnych. W ośrodku wrocławskim, pomimo losowego przydziału pacjentów do poszczególnych oddziałów zmienne związane z charakterystyką leczenia (czas leczenia, profil rozpoznań) były mniej więcej takie jak na typowych oddziałach dziennych i stacjonarnych w naszym kraju. Wynikało to częściowo ze specyfiki finansowania danego oddziału w okresie przeprowadzania badań. Kallert i wsp. [5] w artykule podsumowującym badanie EDEN nie stwierdzili większych różnic w efektywności leczenia pomiędzy oddziałem stacjonarnym a dziennym, we wszystkich ośrodkach łącznie, chociaż we Wrocławiu na podstawie oceny redukcji całkowitych objawów psychopatologicznych nieznacznie bardziej efektywny w końcowym rezultacie okazał się oddział stacjonarny. Biorąc jednak pod uwagę szybkość zmiany całościowego nasilenia objawów psychopatologicznych, w kolejnych tygodniach leczenia nie odnotowano różnic w efektywności pomiędzy oddziałami.

Rozpatrując efektywność osobno dla poszczególnych podskal, na porównywanych oddziałach w różnych punktach czasowych obserwowano zmiany nasilenia i szybkości ocenianych parametrów. W przypadku manii i pobudzenia dopiero podczas wypisania z oddziału stacjonarnego nasilenie objawów było niższe, natomiast szybkość zmiany nasilenia objawów manii była taka sama na obydwu oddziałach. Można zatem przyjąć, że oddział dzienny jest równie efektywny jak oddział stacjonarny w leczeniu pacjentów z manią. Również nasilenie objawów depresji i lęku było mniejsze w czasie wypisania z oddziału stacjonarnego, szybsza też była dynamika ich ustępowania w pierwszym tygodniu leczenia. W następnych tygodniach nie stwierdzono istotnych różnic w dynamice objawów pomiędzy oddziałami.

Biorąc pod uwagę objawy pozytywne (wytwórcze), wyższą efektywność wykazano na oddziale stacjonarnym. Co ciekawe, w początkowej fazie leczenia objawy wytwórcze szybciej ustępowały na oddziale stacjonarnym, jednakże później (po pierwszym tygodniu) bardziej efektywny okazał się oddział dzienny.

W przypadku objawów negatywnych wykazano nieznaczną przewagę w szybkości zmiany nasilenia objawów w pierwszym miesiącu leczenia na korzyść oddziału stacjonarnego, jednakże w ciągu całego okresu hospitalizacji nie było istotnych różnic ich nasilenia na obu oddziałach. Nie stwierdzono istotnych różnic w efektywności leczenia objawów negatywnych pomiędzy dwoma typami oddziałów.

Uwzględniając powyższe, można przyjąć, że pacjenci z objawami manii oraz objawami negatywnymi mogą być równie skutecznie leczeni na oddziale dziennym, jak i na stacjonarnym. W przypadku zaburzeń depresyjnych i wytwórczych szybsze ustępowanie objawów w pierwszych dniach leczenia na oddziale stacjonarnym stwarza potencjalnie możliwość skrócenia do tygodnia pełnej hospitalizacji, by następnie kontynuować leczenie na oddziale dziennym, tym bardziej że efektywność leczenia na obu oddziałach, wyrażająca się w subiektywnej ocenie jakości życia, była podobna. Oddział dzienny był równie efektywny jak stacjonarny, zarówno w czasie wypisania, jak i – biorąc pod uwagę wartość zmiany jakości życia – w trakcie leczenia.

Zawężenie wskazań do leczenia stacjonarnego i wyraźne skrócenie czasu pobytu na tych oddziałach z maksymalnym wykorzystaniem wszystkich możliwości, jakie dają oddziałyienne, może zaoszczędzić środków finansowych oraz zmienić kierunek leczenia w psychiatrycznej opiece zdrowotnej z modelu zamkniętego na otwarty [14].

Wnioski wynikające z przedstawionej analizy są zgodne z doniesieniami z piśmiennictwa. Kluitter i wsp. [4] wskazują, że brak jest absolutnych przeciwwskazań do leczenia pacjentów na oddziale dziennym, poza czynnikami ograniczającymi efektywne leczenie w pierwszym tygodniu (wymóg nadzoru, zabezpieczenia). Mogłoby to zapoczątkować tworzenie w Polsce znanych od dawna w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych „ostrych stacjonarnych” centrów kryzysowych i przyczynić się do dalszej redukcji miejsc w dużych szpitalach psychiatrycznych. Takie placówki kryzysowe sprawdzają się w leczeniu pacjentów z szerokim spektrum zaburzeń psychicznych, a ich osiągnięcia są zachęcające (niższy wskaźnik ponownych hospitalizacji, lepsze funkcjonowanie pacjentów) [1]. Pewną alternatywę wydają się dawać wnioski płynące z projektu Soteria (1971–1983). Porównywano w nim efektywność leczenia na dwóch typach oddziałów stacjonarnych: na oddziale nie wprowadzającym leczenia neuroleptycznego lub stosującym je incydentalnie (eksperymentalnym) oraz na oddziale oferującym klasyczną terapię pacjentom ze spektrum schizofrenii we wczesnym epizodzie psychotycznym. Lepsze wyniki w ocenie nasilenia objawów psychopatologicznych, w zakresie funkcjonowania zawodowego i społecznego uzyskano na oddziale eksperymentalnym. Wykazano także lepsze funkcjonowanie w ciągu 2 lat po pierwszym epizodzie choroby. Autorzy tego opracowania wskazują na brak szerszej implementacji uzyskanych wyników, pomimo ich znaczenia klinicznego i ekonomicznego [15, 16]. Oczywiście, zawsze można sobie zadać pytanie, czy wybrane miary efektywności były

właściwe. Istnieje jednak możliwość prowadzenia dalszych badań dotyczących jakości życia rodzin pacjentów oraz kosztów ponoszonych przez te rodziny.

Wnioski

Wykorzystując parametry statyczne i dynamiczne efektywności nie wykazano bezwzględnej i jednoznacznej przewagi leczenia stacjonarnego nad leczeniem na oddziale dziennym na podstawie analizy podskal BPRS oraz skali MANSA we wrocławskiej części projektu EDEN. Wyniki badania skłaniają do dalszej, pogłębionej dyskusji nad rolą i zadaniami psychiatrycznego lecznictwa dziennego w Polsce.

Projekt badawczy EDEN był finansowany przez Komisję Europejską QLG4-CT-2000-01700 i KBN.

Сравнение эффективности лечения в дневном психиатрическом отделении и стационаре на основе анализа психопатологических симптомов и субъективной оценки жизненного комфорта пациентов

Содержание

Задание. Авторы провели оценку психопатологических симптомов и субъективной оценки жизненного комфорта пациентов для оценки эффективности лечения в дневном отделении и стационаре. Исследование проведено в рамках в многочисленных медицинских учреждениях Европейского союза ЭДЭН.

Метод. 238 пациентов, принятых в Психиатрическую больницу Вроцлава было направлено случайной выборкой на лечение в дневное отделение (115 человек) и стационар (123 больных). Пациенты были исследованы в 4 временных пунктах, охватывающих период госпитализации. Для оценки различий в динамике психопатологических симптомов использованы средние пунктовые коэффициенты подskal расширенной версии BPRS Ventury а субъективная оценка жизненного комфорта была оценена по шкале MANSA. Проведен анализ двух параметров эффективности: статику (пригодность шкалы в данном исследовательском пункте, средний уровень) и параметр, описывающий динамику изменений (градиенты). Метод разработки статики опирался на анализе вариантности (ANOVA) на моделях анализа ковариантности (ANCOVA) с сопутствующими изменчивыми.

Результаты. При выписке отмечена большая эффективность лечения в радиусе симптомов мании и возбуждения в стационарном отделении. С другой стороны, не отмечено различий в динамике между двумя отделениями. Показано превалирование эффектов лечения при утяжелении негативных симптомов у больных в дневном отделении. Ликвидация негативных болезненных симптомов быстрее наступала в стационарном отделении. Вначале госпитализации отмечена большая эффективность в радиусе ликвидации позитивных симптомов в стационарном отделении. Наоборот, в дневном отделении в начальном периоде лечения более высокой оказалась эффективность в радиусе редукции симптомов депрессии и фобии. При оценке динамики ликвидации болезненных симптомов вначале госпитализации была она более эффективной в стационаре. При оценке жизненного комфорта больных не отмечено различий в эффективности терапии между отделениями.

Выводы. При учете параметров статики и динамики эффективности в оценке по подшкалам BPRS и шкале MANSA не отмечено существенное превалирование стационарного лечения над лечением в дневном отделении.

Vergleich der Wirksamkeit der Behandlung in der psychiatrischen Tagesabteilung und in der stationären Abteilung aufgrund der Analyse der psychopathologischer Symptome und der subjektiven Beurteilung der Lebensqualität der Patienten

Zusammenfassung

Ziel. Die Autoren analysierten die psychopathologischen Symptome und die subjektive Lebensqualität, um die Wirksamkeit der Behandlung in der Tagesabteilung und in der stationären Abteilung für die in mehreren Zentren durchgeführte Studie der EU EDEN zu beurteilen.

Methode. 238 Patienten, die in das psychiatrische Krankenhaus in Wroc_aw aufgenommen wurden, wurden zur Behandlung in die Tagesabteilung (n=115) oder in die stationäre Abteilung (n=123) aufgenommen. Die Patienten wurden zu 4 Zeitpunkten der Hospitalisierung untersucht. Zur Beurteilung der Unterschiede in der Dynamik der psychopathologischen Symptome wurden die durchschnittlichen Punktwerte der Unterskala der verbreiteten Version von BPRS Ventury benutzt, und die subjektive Lebensqualität wurde mit Hilfe der MANSA - Skala beurteilt. Man analysierte zwei Parameter der Wirksamkeit: statische Parameter (Skalenwerte im gegebenen Studienpunkt, Durchschnittsniveau) und Parameter, die die Dynamik der Veränderungen beschreiben (Gradiente). Die Methode der statistischen Bearbeitung stützte sich auf die Analyse der Variationen (ANOVA) und auf die Modelle der Analyse der Kovariationen (ANCOVA) mit begleitenden Variablen.

Ergebnisse. Am Tage der Entlassung wurde eine große Effektivität der Behandlung der Maniesymptome und Reizbarkeit in der stationären Abteilung gezeigt, es wurden keine Unterschiede in der Dynamik zwischen den Abteilungen festgestellt. Man zeigte, dass die Behandlung der Intensität der negativen Symptome in der Tagesabteilung günstiger ist, aber man beobachtete eine schnellere Regression der Symptome in der stationären Abteilung. Am Anfang der Hospitalisierung wurde eine höhere Effektivität der Behandlung der positiven Symptome in der stationären Abteilung festgestellt. Umgekehrt war es in der Tagesabteilung: Am Anfang der Behandlung war die Effektivität in der Reduktion der Angst- und Depressionssymptome höher. In der Beurteilung der Dynamik bei der Regression der Symptome wurde am Anfang der Hospitalisierung gezeigt, dass die stationäre Abteilung besser ist. In der Beurteilung der Lebensqualität wurden keine Unterschiede in der Effektivität zwischen den Abteilungen festgestellt.

Schlussfolgerungen. Nach der Berücksichtigung der statistischen und dynamischen Parameter der Effektivität nach den Unterskalen BPRS und der MANSA Skala wurde kein Überlegenheit der stationären Behandlung an der Tagesabteilung festgestellt.

L'effectivité thérapeutique pendant l'hospitalisation et pendant l'hospitalisation à jour – analyse comparative des symptômes psychopathologiques et de l'estimation subjective de la qualité de vie des patients

Résumé

Objectif. Analyse comparative des symptômes psychopathologiques et de l'estimation subjective de la qualité de vie des patients pour mesurer l'effectivité thérapeutique pendant l'hospitalisation et l'hospitalisation à jour. Cette analyse concerne les patients de la région de Wroclaw et elle fait partie du programme EDEN de l'UE.

Méthode. 238 patients de la région de Wroclaw sont tirés au sort pour l'hospitalisation (n=123) ou l'hospitalisation à jour (n=115). Ces patients ont été examinés quatre fois pendant leur thérapie. Pour analyser les différences de la dynamique des symptômes psychopathologiques on utilise les valeurs moyennes des sous-échelles BPRS et l'échelle MANSA pour mesurer la qualité subjective de vie. Les auteurs analysent deux paramètres d'effectivité thérapeutique : statique (valeurs d'échelles dans le point analysé – niveau moyen), dynamique (décrivant les changements – gradients). L'analyse statistique base sur les méthodes ANOVA et ANCOVA.

Résultats. À la fin de la thérapie on note la plus grande effectivité de la thérapie de manie et de l'excitation pendant l'hospitalisation ordinaire, on ne voit pas de différences dans la dynamique des symptômes dans les deux versions d'hospitalisations. Pourtant on observe la plus grande efficacité thérapeutique concernant l'intensité des symptômes négatifs pendant l'hospitalisation à jour et la plus grande rémission des symptômes pendant l'hospitalisation ordinaire. Au début de l'hospitalisation on observe la plus grande rémission des symptômes positifs tandis qu'au début de l'hospitalisation à jour on note la plus grande réduction des symptômes dépressifs et anxieux. La plus grande dynamique de la rémission on voit pendant l'hospitalisation ordinaire. On ne note pas de différences concernant la qualité de vie dans ces deux formes d'hospitalisation.

Conclusions. En analysant les paramètres statistiques des échelles BPRS et MANSA on ne peut pas démontrer la plus grande effectivité thérapeutique pendant ces deux formes d'hospitalisation.

Písmiennictwo

1. Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt J, Davidson L, Lyons L, Druss B. *Day hospital/crisis respite care versus inpatient care. Part I: Clinical outcomes.* Am. J. Psychiatry 1996; 153:1065–1073.
2. Creed F, Mbaya P, Lancashire S, Tomenson B, Williams B, Holme S. *Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomized controlled trial.* BMJ 1997; 314:1381–1385.
3. Rymaszewska J, Kiejna A, Adamowski T, Szurmińska M, Hadryś T, Małyszczak K, Trypka E, Zajac J, Jarosz J. *Charakterystyka psychiatrycznych oddziałów dziennych w Polsce – wyniki badania ankietowego.* Psychiatr. Pol. 2003; 6:1037–1048.
4. Kluiters H, Giel R, Nienhuis FJ, Rüphan M, Wiersma D. *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.
5. Kallert T, Priebe S, McCabe R, Kiejna A, Rymaszewska J, Nawka P, Ocvar L, Raboch J, Stárková-Kališová L, Koch R, Schützwahl M. *Comparing acute psychiatric day hospital care effectiveness: results from a European multi-center randomized controlled trial.* (submitted – 2004).
6. Schützwahl M, Jarosz-Nowak J, Briscoe J, Szajowski K, Kallert TW, and the EDEN-study group. *Inter-rater reliability of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) and the Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS-II) in a European multi-site randomized controlled trial on the effectiveness of psychiatric day hospitals.* Int. J. Ment. Psychiatr. Res. 2003; 12: 197–207.
7. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. *Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA).* Int. J. Soc. Psychiatry 1999; 45: 7–12.
8. Schene AH, van Wijngaarden B, Poelijoe NW, Gersons BPR. *The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and in-patient treatment.* Acta Psychiatr. Scand. 1993; 87: 427–436.
9. Nienhuis FJ, Giel R, Kluiters H, Rüphan M, Wiersma D. *Efficacy of psychiatric day treatment. Course and outcome of psychiatric disorders in a randomized trial.* Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 1994; 244: 73–80.
10. Gibbons RD, Hedeker D, Elkin I, Waternaux C, Kraemer HC, Greenhouse JB i in. *Some conceptual and statistical issues in analysis of longitudinal psychiatric data.* Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50: 739–750.
11. Cary NC. *SAS/STAT user's guide, version 8.*: SAS Institute Inc.; 1999.
12. Wilder JF, Levin G, Zwerling I. *A two-year follow-up evaluation of acute psychotic patients treated in a day hospital.* Am. J. Psychiatry 1966; 122: 1095–1101.
13. Herz MI, Endicott J, Spitzer RL, Mesnikoff A. *Day versus in-patient hospitalization: a controlled study.* Am. J. Psychiatry 1971; 10: 1371–1382.

-
14. Marshall M. *Acute psychiatric day hospital*. BMJ 2003; 327:116–117.
 15. Bola JR, Mosher LR. *Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project*. J. Nerv. Ment. Dis. 2003; 191: 219–229.
 16. Mosher LR. *Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review*. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187: 142–149.

Otrzymano: 21.10.2004

Zrecenzowano: 30.11.2004

Przyjęto do druku: 7.06.2005

Adres: Tomasz Adamowski
Katedra i Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10