

Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe

Patients' and families' satisfaction from services provided in community care – pilot study

Katarzyna Prot¹, Marta Anczewska², Anna Indulska³, Joanna Raduj⁴,
Maciej Pałyska⁴

¹ Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN w Warszawie

Kierownik: dr n. med. K. Prot

² I Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Wciórka

³ Komórka do Spraw Promocji Zdrowia, Jakości Świadczonej Usług i Higieny Szpitalnej IPiN
w Warszawie

Kierownik: mgr A. Indulska

⁴ Zakład Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Cz. Czabała

Summary

Aim. To evaluate patients' and families' satisfaction from services provided in community care and to analyse the correlation between patients' psychopathology, quality of life and satisfaction.

Method. The study is anonymous. In 2008, ninety-seven patients from five community care settings in Warsaw filled in Frankfurt Scale short version, Quality of Life Scale QS and Verona Scale version for the patient. 38 patients' relatives from three community care settings in Warsaw filled in the Verona Scale version for the family. Care settings were evaluated using The European Service Mapping Schedule – ESMS.

Results. The level of total treatment-related satisfaction in all the researched centres, with the exception of one, was in excess of 80%. The study also revealed a negative correlation between service satisfaction and patient's mental condition. The quality of patients' lives does not correlate with service satisfaction.

Conclusions. The research gives no unequivocal answer to the question regarding the factors that increase service satisfaction, but it evidently shows deficiencies in the current psychiatric care system. The results of our studies point out at the lack of the variety of forms of community care available. Especially important is to involve the family in the process of treatment and offer the crisis intervention as a part of the service.

Słowa kluczowe: satysfakcja pacjentów, satysfakcja rodzin, opieka środowiskowa

Key words: patient satisfaction, family satisfaction, community care

Wstęp

Współczesna psychiatria zdecydowanie odchodzi od modelu instytucjonalnego. Leczenie środowiskowe, jako popierana polityka zdrowotna, wpisane jest w kolejne akty o zasięgu europejskim (Green Paper [1], European Pact for Mental Health and Well-being [2]), a w Polsce – w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP [3]).

Wyrazem aktywności pacjentów w tym zakresie jest ruch (koncepcja czy też filozofia zmiany), określane jako odzyskiwanie zdrowia (*process of recovery*) – inicjatywa osób doświadczonych przez psychozę, w odpowiedzi na zachowawczy system opieki psychiatrycznej [4, 5, 6]. Koncepcję zdrowienia (*recovery*) popierają specjaliści [7]; w Stanach Zjednoczonych opracowano wytyczne, jak realizować ją w środowisku – White Paper [8].

Zgodnie z koncepcją zdrowienia [9] w lokalnym środowisku powinien funkcjonować holistyczny model pomocy, w którym specjalistyczne ośrodki tworzą system interwencji i wsparcia zbliżony do pozapsychiatrycznego sposobu leczenia. Osoby korzystające z proponowanych przez ośrodek usług nie rezygnują z aktywności życiowej. Część użytkowników zdrowieje, pozostali zyskują dostęp do wsparcia środowiskowego pozwalającego na zaakceptowanie choroby jako elementu wielowymiarowej egzystencji.

Istotą nowoczesnych standardów opieki środowiskowej jest między innymi uwzględnianie współpracy pacjenta [10]. Pacjent przestaje być biernym obiektem oddziaływań leczniczych, staje się partnerem współdecydującym o rodzaju i warunkach leczenia [11, 12].

W związku z tym kluczowe staje się pytanie o ocenę programów środowiskowych: ich skuteczność [13] oraz satysfakcję beneficjentów [14, 15]. Pozytywna ocena ma istotne znaczenie kliniczne, gdyż niska satysfakcja z usług pozaszpitalnych powoduje częstsze hospitalizacje [16, 17] oraz częstszą rezygnację z leczenia [18].

Metoda

Celem badania było określenie satysfakcji pacjentów oraz rodzin korzystających z warszawskich ośrodków środowiskowych, a także związku stanu psychicznego pacjentów z jakością życia i satysfakcją z usług.

Przed rozpoczęciem badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej. Pacjenci oraz członkowie rodzin wypełniali anonimowo zestaw kwestionariuszy i wrzucali go do zamkniętej skrzynki, dostępnej na terenie ośrodka.

Ośrodki opieki środowiskowej oceniano na podstawie kwestionariusza opieki medycznej (The European Service Mapping Schedule – ESMS), który systematyzuje informacje o wielkości podległego im rejonu i innych placówkach znajdujących się na tym samym obszarze, oraz o liczbie personelu, rodzaju i liczbie interwencji [19, 20, 21].

Ze względu na poufność informacji dotyczące zmiennych socjodemograficznych respondentów ograniczono do płci, wieku, wykształcenia, ponadto uwzględniono pytanie o rozpoznanie. Do oceny stanu psychicznego pacjenta oraz jakości życia użyto skal samooceny: skróconej wersji Skali Frankfurckiej [22, 23] oraz Skali Jakości Życia QS [24, 25].

Poziom satysfakcji z usług określano za pomocą Skali Werońskiej w wersji dla pacjenta i dla rodziny (VSSS-54) [15, 26, 27], według metody oceny ilościowej [14]. Analizowano również odpowiedzi na pytania otwarte skali, o to, co najmniej i najbardziej podoba się respondentom.

Do analizy statystycznej użyto pakietu SPSS 14.0.

Wyniki

Zestaw kwestionariuszy wypełniło 97 pacjentów z pięciu warszawskich ośrodków środowiskowych oraz 38 członków rodzin pacjentów z trzech badanych ośrodków. Każdy ośrodek otrzymał 30 kwestionariuszy dla pacjentów oraz 30 dla rodzin. Liczba zwróconych kwestionariuszy w poszczególnych ośrodkach podana jest w tabeli 3.

Badane ośrodki funkcjonują na podobnych zasadach (wszystkie zapewniają opiekę ciągłą, na ich terenie działa przynajmniej jedna Poradnia Zdrowia Psychicznego), świadczą podobny zakres usług (tylko w jednym nie jest podejmowana interwencja kryzysowa), zatrudniają podobną liczbę personelu (średnia dla wszystkich ośrodków wynosi 7,3 etatu). Różnią się zasięgiem działania i liczbą pacjentów objętych opieką – od 100 do 300 osób. Liczba kontaktów w tygodniu i wizyt w domu jest dosyć zróżnicowana. Uzyskane wyniki ilustruje tabela 1.

Tabela 1. Porównanie badanych ośrodków środowiskowych dokonane za pomocą kwestionariusza ESMS

Ośrodek środowiskowy	O1	O2	O3	O4	O5
Liczba etatów	8,5	6	8,5	7	6,5
Interwencja kryzysowa	TAK	TAK	NIE	TAK	TAK
Opieka ciągła	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Liczba pacjentów	100–150	100–150	100–150	200–250	250–300
Liczba kontaktów w tygodniu (w tym w domu)	50–75 (poniżej 50%)	50–75 (poniżej 50%)	151–175 (ponad 50%)	101–125 (ponad 50%)	101–125 (poniżej 50%)
Liczba mieszkańców	176–250 tys.	100–175 tys.	476–550 tys.	476–550 tys.	100–175 tys.
Inne ośrodki ambulatoryjne	1 PZP	brak	3 PZP	1 PZP	1 PZP

W obu grupach respondentów przeważają kobiety (64% wśród pacjentów, 52,6% w grupie rodzin), osoby z wykształceniem średnim (odpowiednio 46,4% i 39,5%). Z ich odpowiedzi wynika, że we wszystkich ośrodkach przeważają osoby z rozpoznaniem schizofrenii lub zespołu paranoidalnego (odpowiednio 73,6% i 88,6%). Zdecydowanie rzadziej respondenci podają rozpoznanie depresji (odpowiednio 23,0% i 11,4%).

Procent osób usatysfakcjonowanych z usług („satysfakcja ogólna”) jest w badanych ośrodkach środowiskowych bardzo wysoki (81,4% pacjentów, 91,7% rodzin). W grupie pacjentów najniższy procent usatysfakcjonowanych stwierdza się w kategorii: „dostępność usług” (74,5%) i „włączanie rodziny w proces leczenia” (77,9%). Różnice, w stosunku do grupy rodzin (odpowiednio 89,5% i 91,9%), są statystycznie istotne. W grupie rodzin we wszystkich kategoriach satysfakcji stwierdza się wysoki odsetek osób usatysfakcjonowanych (powyżej 80%). Uzyskane wyniki ilustruje tabela 2.

Tabela 2. **Satysfakcja z usług (VSSS-54) wg pacjenta i członka rodziny (test Chi²)**

Satysfakcja z usług (VSSS-54) wg pacjenta i członka rodziny			Usatysfakcjonowany	Nieusatysfakcjonowany
Satysfakcja ogólna z usług (p = 0,176)				
Ankietowany	Pacjent (n = 97)	Liczebność	79	18
		%	81,4	18,6
	Rodzina (n = 36)	Liczebność	33	3
		%	91,7	8,3
Satysfakcja z umiejętności zawodowych i zachowania personelu (p = 0,368)				
Ankietowany	Pacjent (n = 97)	Liczebność	94	3
		%	96,9	3,1
	Rodzina (n = 38)	Liczebność	38	0
		%	100	0
Satysfakcja z udzielanej informacji (p = 0,164)				
Ankietowany	Pacjent (n = 95)	Liczebność	75	20
		%	78,9	21,1
	Rodzina (n = 37)	Liczebność	31	6
		%	83,8	16,2
Satysfakcja z dostępności usług (p = 0,030)				
Ankietowany	Pacjent (n = 94)	Liczebność	70	24
		%	74,5	25,5
	Rodzina (n = 38)	Liczebność	34	4
		%	89,5	10,5
Satysfakcja z efektywności usług (p = 0,192)				
Ankietowany	Pacjent (n = 97)	Liczebność	81	16
		%	83,5	16,5
	Rodzina (n = 38)	Liczebność	33	5
		%	86,8	13,2
Satysfakcja z typów interwencji (p = 0,272)				
Ankietowany	Pacjent (n = 96)	Liczebność	87	8
		%	91,6	8,4
	Rodzina (n = 38)	Liczebność	35	3
		%	92,1	7,9

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Satysfakcja z włączenia rodziny w proces leczenia ($p = 0,037$)				
Ankietowany	Pacjent (n = 86)	Liczebność	67	19
		%	77,9	22,1
	Rodzina (n = 37)	Liczebność	34	3
		%	91,9	8,1

Analiza „satysfakcji ogólnej” pacjentów w poszczególnych ośrodkach nie wykazuje statystycznie istotnych różnic między nimi. Zwraca jednak uwagę zdecydowanie najniższy procent pacjentów usatysfakcjonowanych pracą ośrodka numer 3 (58,8% respondentów). Analiza „satysfakcji ogólnej” rodzin w trzech badanych ośrodkach nie wykazuje statystycznie istotnych różnic między nimi. Uzyskane wyniki ilustruje tabela 3.

Tabela 3. Satysfakcja ogólna z usług (VSSS-54) w poszczególnych ośrodkach według pacjenta i rodziny (test Chi²)

Według pacjenta ($p = 0,089$)			Satysfakcja ogólna	
			Usatysfakcjonowany	Nieusatysfakcjonowany
Ośrodek	O1 (n = 27)	Liczebność	23	4
		%	85,2	14,8
	O2 (n = 18)	Liczebność	17	1
		%	94,4	5,6
	O3 (n = 17)	Liczebność	10	7
		%	58,8	41,2
	O4 (n = 12)	Liczebność	10	2
		%	83,3	16,7
	O5 (n = 23)	Liczebność	19	4
		%	82,6	17,4
Ogółem (n = 97)		Liczebność	79	18
		%	81,4	18,6
Brak danych		Liczebność	0	
		%	0	
Według rodziny ($p = 0,443$)			Satysfakcja ogólna	
			Usatysfakcjonowany	Nieusatysfakcjonowany
Ośrodek	O1 (n = 15)	Liczebność	14	1
		%	93,3	6,7
	O3 (n = 8)	Liczebność	8	0
		%	100	0
	O5 (n = 13)	Liczebność	11	2
		%	84,6	15,4
Ogółem (n = 36)		Liczebność	33	3
		%	91,7	8,3
Brak danych (n = 2)		Liczebność	2	
		%	5,3	

U badanych pacjentów nasilenie objawów psychotycznych jest ujemnie skorelowane z poszczególnymi kategoriami satysfakcji, na poziomie wysokiej istotności statystycznej. Subiektywnie oceniana przez pacjentów jakość życia nie wykazuje istotnej korelacji z poszczególnymi kategoriami satysfakcji z usług. Uzyskane wyniki ilustruje tabela 4.

Tabela 4. Związki pomiędzy nasileniem objawów psychotycznych (FBS), jakością życia (QS) a satysfakcją pacjentów z otrzymywanymi usług (VSSS-54) – korelacja Spearmana

Zmienne		Satysfakcja ogólna	Poszczególne kategorie satysfakcji z usług					Włączanie rodziny w proces leczenia
			Umiejętności zawodowe i zachowanie personelu	Informacja	Dostępność	Efektywność	Typy interwencji	
Nasilenie objawów psychotycznych (FBS)	Korelacja Spearmana	-0,476(**)	-0,403(**)	-0,358(**)	-0,530(**)	-0,418(**)	-0,478(**)	-0,357(**)
	Istotność (dwustronna)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
	n	92	92	91	90	92	91	83
Jakość życia	Korelacja Spearmana	0,183	0,166	0,156	0,156	0,180	0,153	0,155
	Istotność (dwustronna)	0,101	0,139	0,165	0,168	0,108	0,172	0,192
	n	81	81	81	80	81	81	73

Do analizy jakościowej wykorzystano odpowiedzi pacjentów i rodzin na pytania otwarte Skali Werońskiej. Wypowiedzi, zarówno pozytywne, jak i negatywne, w niewielkim stopniu dotyczą profesjonalizmu personelu, korzystnych bądź niekorzystnych działań leków, natomiast podkreślają znaczenie przyjaznej atmosfery. Zaslugą ośrodka jest: [...] *przyjacielskie podejście do mojej choroby i problemów ze strony terapeutów i lekarzy, [...] miłe traktowanie przez lekarzy i terapeutów, [...] kiedy pani lekarz prowadząca powiedziała po rozmowie „miło mi było”, [...] miłość i dobroć personelu do osób chorych i ich rodzin. Pacjenci i rodziny narzekają na [...] częste zmiany lekarza prowadzącego, [...] brak porad od terapeutów w sprawach życiowych (trudnych), [...] kiedy opiekunka „warknęła” „proszę otworzyć drzwi”*.

Respondenci zwracają ponadto uwagę, że psychoterapia oraz rehabilitacja (wyjazdy, możliwość zamieszkania w hostelu, praca w warunkach chronionych) są mało dostępne. Apelują o ich szerokie udostępnienie, argumentując, że ta forma opieki przywraca lub rozwija umiejętności samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie i „daje siłę”.

Omówienie wyników

Doświadczenia wielu krajów sugerują, że środowiskowy model sprawowania opieki psychiatrycznej przynosi wiele indywidualnych i społecznych korzyści – przywraca

godność pacjentom, ułatwia przestrzeganie ich praw, sprzyja udostępnieniu opieki oraz jest ekonomicznie opłacalny [28, 29, 30].

Jednakże praktyka kliniczna dowodzi, że przejście od opieki typu instytucjonalnego do opieki typu środowiskowego nie jest łatwe – pacjenci i rodziny nie zawsze są zainteresowani alternatywnym do szpitala miejscem leczenia, a nawet na początku bywają z takiej zmiany niezadowoleni. W tym kontekście uzyskane w badaniu wyniki są szczególnie istotne. Odsetek osób usatysfakcjonowanych otrzymaną opieką (kategoria „satysfakcja ogólna”) w większości badanych ośrodków jest bardzo wysoki, zarówno wśród pacjentów, jak i wśród rodzin – przekracza 80%. Trudno ten wynik w sposób jednoznaczny zinterpretować. Być może jest on pochodną sygnalizowanej, w pytaniach otwartych, przyjaznej atmosfery panującej w ośrodkach i pozytywnych relacji z personelem. Być może respondenci chcą w ten sposób podkreślić, że dla nich działanie takiej formy opieki jest bardzo potrzebne, a więc spełnia ich oczekiwania. W poprzednich, pilotażowych badaniach [14] odsetek ocen pozytywnych w kategorii „satysfakcja ogólna” wynosił 78,8%. Do badań użyto, co prawda, tego samego narzędzia, ale pacjenci pochodzili z ośrodków oferujących różny rodzaj opieki (opieka środowiskowa, oddział dzienny i leczenie ambulatoryjne).

W badaniach sprzed wielu lat [31] średni procent pacjentów deklaruujących satysfakcję z leczenia w ośrodkach środowiskowych wynosił 77,5%. W badaniach satysfakcji pacjentów korzystających z łóżek opieki środowiskowej satysfakcja ogólna wynosiła 82,4% [32]. Uzyskane w prezentowanym badaniu wyniki są zbliżone, co potwierdza obserwację, że satysfakcja z opieki środowiskowej jest z reguły wysoka.

Pomimo stwierdzonych różnic w funkcjonowaniu ośrodków, badanie nie wykazuje istotnych statystycznie różnic w zakresie „satysfakcji ogólnej” leczonych w nich osób oraz rodzin. Natomiast przy analizie „satysfakcji ogólnej” pacjentów w poszczególnych ośrodkach zwraca uwagę fakt, że jeden z nich zdecydowanie odstaje od pozostałych – usatysfakcjonowanych jest tylko 58,8% respondentów. Być może powodem tak niskiej satysfakcji jest to, że jest to jedyny ośrodek, który nie podejmuje interwencji kryzysowej.

W prezentowanym badaniu obszarem, w którym satysfakcja pacjentów jest najniższa, jest „dostępność usług” (74,5%), „włączanie rodziny w proces leczenia” (77,9%), a wśród rodzin – satysfakcja z „udzielanej informacji” (odpowiednio 78,9% i 83,8%). Być może wynika to ze zbyt małej liczby personelu – średnio 7,3 etatu na ośrodek, a 25–30, czy nawet ponad 30 pacjentów na terapeutę prowadzącego.

Badanie wykazuje ujemną korelację pomiędzy stanem psychicznym pacjentów a satysfakcją z usług. Respondenci z bardziej nasilonymi objawami psychotycznymi są więc mniej usatysfakcjonowani świadczonymi przez ośrodek usługami.

Prezentowane badanie, tak jak praca innych autorów [33], nie wykazuje związku jakości życia z satysfakcją z usług. Slade i wsp. [34] stwierdzili taką zależność. Ta rozbieżność przemawia, naszym zdaniem, za tym, że zarówno jakość życia, jak i satysfakcja z usług są konstruktami wielowymiarowymi i wymagają dalszych badań.

Badanie nie daje jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, co wpływa na większą satysfakcję z usług. Wskazuje te obszary środowiskowej opieki psychiatrycznej, które wymagają poprawy: liczebność personelu, dostępność i zakres świadczonych usług.

Ograniczenia badania

Metodologicznym ograniczeniem prezentowanego badania jest mała liczba respondentów, szczególnie wśród rodzin. Być może wynika to z mało ugruntowanej tradycji badań, satysfakcji z usług medycznych, być może jest sygnałem, że rodziny pacjentów nie czują się w pełni partnerami w modelu oddziaływań środowiskowych. Wymieniony czynnik może mieć istotny wpływ na reprezentatywność uzyskanych wyników. Wnioski wymagają weryfikacji w badaniach dużo liczniejszych populacji.

Wnioski

1. Badanie ze względu na małą liczbę respondentów ma charakter pilotażowy.
2. Wśród respondentów, zarówno pacjentów, jak i członków rodzin, poziom satysfakcji z usług warszawskich ośrodków środowiskowych jest wysoki.
3. Pacjenci z mniej nasilonymi objawami chorobowymi są bardziej usatysfakcjonowani pracą ośrodków.
4. Respondenci są bardziej usatysfakcjonowani pracą ośrodków z ofertą interwencji kryzysowej.
5. W badanych ośrodkach istnieje potrzeba poprawy w zakresie wzbogacenia zakresu usług oraz większego włączania rodziny w proces leczenia.

Удовлетворение пациентов и их семей социальной опекой – пилотажные исследования

Содержание

Задание. Заданием работы было определение удовлетворения пациентов и их семей социальной опекой, а также связи психического состояния больных и качество жизни с предоставляемыми услугами.

Метод. Исследование анонимное. В 2008 году 97 пациентов из пяти варшавских социальных центров выполнили версию франкфуртской шкалы, Шкалу качества жизни QS i Веронскую шкалу в версии для пациента. 34 членов семей пациентов из 3 оцененных центров заполнили Веронскую шкалу в версии для семьи. Центры оценены глоссарием медицинской опеки.

Результаты. Удовлетворение качеством услуг варшавских центров опеки оказалось высоким как в оценке пациентов, так и членов их семей (кроме одного центра опеки) более чем в 80%. Более удовлетворенными оказались пациенты с легкими болезненными проявлениями. Удовлетворение с услуг не имеет связи с качеством жизни исследованных.

Вывод. В проверенных центрах опеки существует необходимость улучшения услуг в смысле его обогащения и большая помощь семьи в процессе лечения больных. Особенно существенным является учет кризисной ситуации как форм социальных воздействий.

Zufriedenheit der Patienten und Familien mit der milieuorientierten Betreuung – Pilotstudie

Zusammenfassung

Ziel. Bestimmung der Zufriedenheit der Patienten und ihrer Familien mit der milieuorientierten Betreuung und auch des Zusammenhanges des psychischen Befindens der Patienten und der Lebensqualität mit der Zufriedenheit mit der Versorgung.

Methode. Die Studie ist anonym. 2008 füllten 97 Patienten aus fünf Warschauer Milieuorganisationen eine gekürzte Version der Frankfurter – Befindlichkeits- Skala, Skala zur Erfassung der Lebensqualität QS und Verona Service Satisfaction Scale in der Version für Familien

aus. 38 Familienmitglieder der Patienten aus drei untersuchten Zentren füllten die VSSS in der Version für Familien aus. Die Zentren wurden mit den Fragebogen zur Erfassung der medizinischen Betreuung bewertet (The European Service Mapping Schedule – ESMS).

Ergebnisse. Die Zufriedenheit mit der psychiatrischen Versorgung der Warschauer Milieuorganisationen ist hoch, sowohl in der Bewertung der Patienten als auch ihrer Familienmitglieder (außer einer Organisation über 80%). Mehr Zufriedenheit empfinden nur die Patienten mit geringeren Krankheitssymptomen. Die Zufriedenheit mit der Versorgung zeigt keinen Zusammenhang mit der Lebensqualität der untersuchten Personen.

Schlussfolgerungen. In den untersuchten Zentren ist es notwendig, das Angebot an Leistungen zu bereichern. Die Familie soll größeren Anteil an dem Behandlungsprozess haben. Besonders wichtig ist die Berücksichtigung des Kriseneinsatzes als Form des Milieueinflusses.

La satisfaction des services des soins à domicile des patients et de leurs familles – étude préliminaire

Résumé

Objectif. Evaluer la satisfaction des services des soins à domicile des patients et de leurs familles ainsi qu'analyser les corrélations de l'état mental des patients, de la qualité de leur vie et de cette satisfaction des services.

Méthode : En 2008 le groupe de 97 patients de centres communautaires de Varsovie est examiné anonymement avec : Frankfurt Scale –version courte, Quality of Live Scale QS et Verona Scale-version pour le patients. On examine aussi 38 membres de familles de trois centres de Varsovie - Verona Scale – version pour la famille. Les centres sont analysés avec The European Service Mapping Schedule – ESMS.

Résultats. La satisfaction des patients et de leurs familles des services de centres de Varsovie est élevée, même très élevée (les résultats d'un centre dépassent 80%), surtout des patients avec les symptômes moins intenses. Cette satisfaction ne corrèle pas de la qualité de vie.

Conclusions. Il est nécessaire d'augmenter la variété des formes des services dans ces centres, surtout d'intensifier la participation de la famille au traitement ainsi que d'introduire l'intervention en situation de crise comme une des formes des services.

Piśmiennictwo

1. *Green Paper. Improving the mental health of population: Towards a strategy on mental health for the European Union 2005.* http://www.eu.int/pol/health/index_en.htm
2. *European Pact for Mental Health and Well-being* http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_en.htm
3. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego* <http://www.ipin.edu.pl/npozp.doc/>
4. Deegan P. *Recovery: the lived experience of rehabilitation.* Psychosoc. Rehab. J. 1988; 11: 11–19.
5. Deegan P. *Recovery as a journey of the heart.* Psychiatr. Rehab. J. 1996; 19: 91–97.
6. Spaniol L, Koehler M, red. *The experience of recovery.* Boston University: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Allied Health Professions; 1994.
7. Davidson L, Tondora J, O'Connell MJ, Kirk TJr, Rockholz P, Evans AC. *Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality.* Psychiatr. Rehab. J. 2007; 31 (1): 23–31.
8. *White Paper. Recovery-oriented system of care. A recovery community perspective.* http://www.facesandvoicesofrecovery.org/pdf/White/rosc_community_perspective_2010.pdf
9. Davidson L, Schmutte T, Dinzeo T, Andres-Hyman R. *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives.* Schizophr. Bull. 2008; 34: 5–8.

10. Bollini P, Pampallona S, Nieddu S, Bianco M, Tibaldi G, Munizza C. *Indicators of conformance with guidelines of schizophrenia treatment in mental health services*. Psychiatr. Serv. 2008; 59: 782–791.
11. Schneider J. *Self-management in mental health: questions for service providers and commissioners*. Psychiatr. 2006; 30: 121–123.
12. Sluzki CE. *Patients, clients, consumers: the politics of words*. Fam. Syst. Health J. Collabor. Fam. Health Care 2000; 18 (3): 347–352.
13. Prot-Klinger K., Pawłowska M. *Jak mierzyć skuteczność leczenia środowiskowego?* Post. Psychiatr. Neurol. 2008; 17: 229–232.
14. 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.
15. Ruggeri M, Dall'Agnola R, Agostini C, Bisoffi G. *Acceptability, sensitivity and content validity of VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 1994; 29: 265–276.
16. Pellegrin KL, Stuart GW, Maree B, Frueh BC, Ballenger JC. *A brief scale for assessing patients' satisfaction with care in outpatient psychiatric services*. Psychiatr. Serv. 2001; 52: 816–819.
17. Priebe S, Gruyters T. *Patients' assessment of treatment predicting outcome*. Schizophr. Bull. 1995; 21 (1): 87–94.
18. Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. *Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services*. Brit. J. Psychiatry 2002; 181: 331–338.
19. Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. *The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services*. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 102 (supl. 405): 14–23.
20. Johnson S, Tibaldi G, Salvador-Carulla L, Ruud T, Kallert T, Nawka P, Adamowski T. *The European Service Mapping Schedule – brief version (ESMS-b)*. Pilot version 2006.
21. Skiba J, Prot K. *Przydatność kwestionariusza ESMS do badania opieki środowiskowej*. Post. Psychiatr. Neurol. 2008; 17: 319–325.
22. Sillwold L, Herrlich J. *Frankfurter Befindlichkeits-Skala (FBS) für schizophrene Erkrankte*. Berlin: Springer; 1987.
23. Wciórka J, Schaeffer E, Bacia-Otto M, Hochlewiec A. *Ocena przydatności Frankfurckiej Skali Samopoczucia do samooceny nasilenia objawów schizofrenicznych*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 225–235.
24. Baker F, Intagliata J. *Quality of life in the evaluation of community support system*. Evaluat. Progr. Plann. 1982; 5: 69–79.
25. Corten P, Mercier C, Pelc I. „Subjective quality of life”: *clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 1994; 29: 178–183.
26. Ruggeri M. *Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 1994; 28: 212–227.
27. Ruggeri M, Lasalvia A, Salvi G, Cristofalo D, Bonetto C, Tansella M. *Applications and usefulness of routine measurement of patients' satisfaction with community-based mental health care*. Acta Psychiatr. Scand. (supl.) 2007; 53–65.
28. Cohen CI, Feiner JS, Huffine C, Moffic HS, Thompson KS. *The future of community psychiatry*. Comm. Mental Health J. 2003; 39 (5): 459–471.
29. Monzani E, Erlicher A, Lora A, Lovaglio P, Vittadini G. *Does community care work? A model to evaluate the effectiveness of mental health services*. Int. J. Mental Health Syst. 2008; 2: 10, dostęp: <http://www.ijmhs.com/content/2/1/10>
30. Załuska M, Prot K, Bronowski P. *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.

31. Lebow JL. *Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings*. *Evaluat. Progr. Plann.* 1983; 6: 211–236.
32. Boardman AP, Hodgson RE, Lewis M, Allen K. *North Staffordshire Community Beds Study: longitudinal evaluation of psychiatric in-patients units attached to community mental health centers*. *Brit. J. Psychiatry* 1999; 175: 70–78.
33. Wiersma D, van Busschbach J. *Are needs and satisfaction of care associated with quality of life?* *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.* 2001; 251: 239–246.
34. Slade M, Leese M, Ruggeri M, Kuipers E, Tansella M, Thornicroft G. *Does meeting needs improve quality of life?* *Psychother. Psychosom.* 2004; 73: 183–189.

Adres: Katarzyna Prot
Centrum Zdrowia Psychicznego
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-785 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 22.09.2010
Zrecenzowano: 19.04.2011
Otrzymano po poprawie: 7.05.2011
Przyjęto do druku: 27.06.2011

Recenzenci oceniający prace w roku 2011

Jerzy Aleksandrowicz, Aleksander Araszekiewicz, Maria Beisert, Barbara Bętkowska-Korpała, Leszek Bidzan, Jacek Bomba, Aneta Borkowska, Alina Borkowska, Jerzy Brzeziński, Czesław Czabała, Andrzej Czernikiewicz, Bogdan de Barbaro, Dominika Dudek, Krzysztof Gierowski, Agnieszka Gmitrowicz, Wojciech Gruszczyński, Lidia Grzesiuk, Anna Grzywa, Bożena Alicja Gulla, Bogusław Habrat, Joanna Hauser, Janusz Heitzman, Anna Herzyk, Robert Hese, Grzegorz Iniewicz, Hanna Jaklewicz, Małgorzata Janas-Kozik, Marek Jarema, Mirosława Jawor, Krzysztof Jodzio, Barbara Józefik, Zygfryd Juczyński, Danuta Kądzielawa, Andrzej Kiejna, Józef Kocur, Andrzej Kokoszka, Irena Krupka-Matuszczyk, Eugenia Kwiatkowska, Jerzy Landowski, Piotr Lass, Jerzy Leszek, Zbigniew Lew-Starowicz, Emilia Łojek, Bartosz Łoza, Zdzisław Majchrzyk, Mikołaj Majkowiec, Marta Makara-Studzińska, Irena Namysłowska, Małgorzata Opoczyńska, Tadeusz Parnowski, Maciej Pilecki, Stanisław Pużyński, Jolanta Rabe-Jabłońska, Andrzej Rajewski, Krzysztof Rutkowski, Janusz Rybakowski, Małgorzata Rzewuska, Jerzy Samochowiec, Marek Sanak, Katarzyna Schier, Elżbieta Skupień, Anna Starowicz, Zbigniew Stelmasiak, Waldemar Szelenberger, Ewa Szepietowska, Łukasz Święcicki, Jacek Wciórka, Kazimierz Wrześniewski, Maria Załuska, Tomasz Zyss