



Zakwaterowanie chronione – metaanaliza informacji z literatury

Sheltered housing – a meta-analysis of the literature

ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA, LUDMIŁA BOGUSZEWSKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Na podstawie metaanalizy artykułów opublikowanych w ośmiu międzynarodowych czasopismach w latach 1993–1999 przedstawiono najważniejsze informacje o formach zakwaterowania chronionego. Zaprezentowano przegląd definicji i rodzajów takich placówek oraz stopień ich rozpowszechnienia. Przedstawiono również syntezę wyników badań efektów i procesu sprawowania opieki.*

SUMMARY. *The authors present the most salient information about various forms of protected housing gleaned from a meta-analysis of articles published in eight international journals in 1993–1999. They review the definitions and types of protected housing and the prevalence of this form of care. They also present a synthesis of the outcome research on this form of care and the processes involved.*

Słowa kluczowe: zakwaterowanie chronione / psychiatria środowiskowa / bank danych
Key words: protected housing / community psychiatry / data bank

Zakwaterowanie chronione jest w niektórych krajach od dawna funkcjonującą formą psychiatrii środowiskowej. W Polsce ten rodzaj opieki jest bardzo słabo rozwinięty, obecnie istnieje zaledwie 10 hosteli [53]. Ostatnio sytuacja uległa niewielkiej poprawie, dzięki rozwojowi środowiskowych domów samopomocy, chociaż na razie tylko ok. 30 z nich stwarza możliwości zakwaterowania [10, 50]. Niniejsza praca ma na celu przybliżenie doświadczeń innych krajów z tą formą psychiatrii środowiskowej.

Głównym źródłem informacji były artykuły zgromadzone w bazie *Data Bank of Evaluative Studies on Community Psychiatry*, prowadzonej przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Baza zawiera strukturalizowane streszczenia raportów z badań ewaluacyjnych form środowiskowych, opublikowanych w ośmiu anglojęzycznych czasopismach od 1993 r. Przy zastosowaniu komputerowego program wyszu-

kiwania danych z bazy znaleziono 49 artykułów poświęconych zakwaterowaniu chronionemu, w tym 38 raportów z badań efektów, 7 raportów z badań procesu sprawowania opieki oraz 4 artykuły opisujące rodzaje i rozpowszechnienie tych form.

DEFINICJE, RODZAJE I ROZPOWSZECHNIENIE FORM ZAKWATEROWANIA CHRONIONEGO

Definicje i rodzaje placówek

Wg klasycznej definicji, zakwaterowanie chronione (ang. *supported housing* albo *sheltered housing*) zapewnia całodobowe zakwaterowanie i wspierające środowisko, zbliżone do domowego, a działania personelu koncentrują się na zwiększeniu umiejętności chorych, monitorowaniu objawów i zabezpieczeniu ciągłości leczenia w lokalnej poradni psychiatrycznej [34, 47]. Wg niektórych,

podstawową cechą jest również przeznaczenie takich placówek dla niewielkiej liczby osób – od 3 do 5 [34]. Jednakże w praktyce są one dość często kilkunastoosobowe, a nawet liczniejsze, zdarzają się też formy przeznaczone tylko dla jednego pacjenta. Konwencjonalne placówki nie prowadzą leczenia psychiatrycznego [34, 47].

Dwie najczęściej występujące formy zakwaterowania chronionego to hostele i domy grupowe (*group homes*). Terminy te często zresztą używane są zamiennie nawet dla określenia tej samej placówki, co powoduje pewien bałagan pojęciowy. Sensowna wydaje się propozycja Lelliota i Audiniego, aby podstawowym kryterium odróżniającym te dwie formy był wymiar zatrudnienia personelu i jego częstotliwość przebywania z chorymi [29]. I tak, cechą wspólną wszystkich hosteli jest całodzienna obecność personelu. Jeżeli tylko ten warunek jest spełniony, na poziomie 0,16 etatu na jednego rezydenta, placówkę kwalifikuje się jako hostel z niewielką obsadą (*low-staffed hostel*). Hostel zapewniający opiekę również w nocy może mieć średnią obsadę (*mid-staffed hostel*), ok. 0,39 etatu na pacjenta, lub wysoką obsadę (*high-staffed hostel*), jeżeli poziom zatrudnienia nie jest niższy niż 0,67. W domach grupowych w nocy w ogóle nie ma personelu, czasem jest dostępny na wezwanie telefoniczne, w dzień wizytuje swoich podopiecznych nieregularnie. Średni wymiar zatrudnienia w tych domach wynosi 0,16 etatu na 1 rezydenta. W literaturze sprzed kilkunastu lat posługiwano się również terminem „mieszkanie grupowe” [47], ostatnio nie jest on używany i prawdopodobnie został całkowicie zastąpiony przez określenie „dom grupowy”. Podobnie, znikło prawie z literatury pojęcie „dom przejściowy” (*halfway house*) na określenie zakwaterowania dla najbardziej zaburzonych pacjentów. Pojawiły się natomiast nieznanie uprzednio placówki, głównie przeznaczone dla pacjentów, których wypisywano w ostatniej kolejności z zamykanych szpitali i określano mianem „*difficult to place*”, albo „*DTP patients*”, czyli „*trudni do przesunięcia*” [44, 49].

Utworzono dla nich niekonwencjonalne formy zakwaterowania chronionego z bardzo dużą obsadą personelu, takie jak szpitalo-hostele, „półautonomiczne jednostki”, „oddziały w domu”, „oddziały specjalnych potrzeb” oraz „oddziały hostelowe” [2, 23, 43, 49].

Wśród placówek przeznaczonych dla chorych przewlekłe najbardziej myląca jest kwestia tzw. mieszkania samodzielnego (*independent living*). W wielu rejonach Stanów uważa się, że chorzy umieszczani w normalnych mieszkaniach (pojedynczo lub w małych grupach), powinni radzić sobie samodzielnie i dlatego nikt z personelu ich nie odwiedza. Takich placówek nie zalicza się do zakwaterowania chronionego, ale należą one do tzw. alternatyw zakwaterowania (*residential alternatives* albo *community residential facilities*). W wielu innych krajach, np. w Belgii i w Danii, chorzy przewlekłe umieszczani w zwykłych mieszkaniach zawsze mają zapewnione wsparcie personelu, który regularnie ich odwiedza i pomaga w rozwiązywaniu bieżących problemów, dlatego też placówki te określa się mianem mieszkań chronionych. Co ciekawe, mieszkania te często są jednoosobowe, przeznaczone dla pacjentów, którzy nie chcą mieszkać z innymi, bądź też są zbyt uciążliwi jako współlokatorzy [33].

Generalnie, placówki zakwaterowania chronionego umieszczone są przeważnie w śródownisku, w normalnych mieszkaniach lub domach. Niektóre placówki, zwłaszcza przeznaczone dla najtrudniejszych pacjentów (takie np. jak oddział hostelowy), znajdują się na terenie szpitala psychiatrycznego lub ogólnego. Czasami na terenie szpitali zlokalizowane są też hostele lub domy grupowe, ale wydaje się to obecnie należeć do rzadkości i ogranicza do takich rejonów lub krajów, w których dopiero tworzy się placówki chronionego zakwaterowania.

Placówki zakwaterowania chronionego prowadzone są często przez służbę zdrowia, a w niektórych krajach, np. w Danii, służba zdrowia obejmuje wszystkie funkcjonujące formy takiej opieki [34]. Natomiast w wielu rejonach Anglii oraz w Stanach przeważają

placówki prowadzone przez służby społeczne, organizacje pozarządowe lub prywatne organizacje [29]. W zależności od kraju, różne są też preferencje co do składu zawodowego personelu sprawującego opiekę. Czasami są to wyłącznie pracownicy socjalni lub pielęgniarki, czasem tylko lub w większości nieprofesjonaliści [29, 33, 43]. Do zagadnienia obsady wrócimy jeszcze w części poświęconej badaniom procesu.

Rozpowszechnienie

Zgromadzone w banku artykuły o zakwaterowaniu chronionym pochodzą zaledwie z kilku krajów: Anglii, Danii, Grecji, Irlandii, Szwecji oraz USA. Trudno powiedzieć, czy oznacza to brak takich placówek w innych krajach czy też nie ma o nich publikacji (wiadomo np., że są dość powszechne w Belgii, a nie znalazło to odzwierciedlenia w publikacjach z ostatnich siedmiu lat). Być może słuszny jest komentarz Hawthorna, że pomimo wzrastającej popularności tego typu programów mało jest badań i publikacji na ich temat [21].

Praktycznie, w miarę wyczerpujące aktualne dane o liczbie placówek zakwaterowania pochodzą tylko z Anglii. W 1994 r. w jednym z jej dużych regionów było 0,9 miejsca na 1000 mieszkańców [29]. Mimo to uważa się, że w Anglii jest za mało takich miejsc, zwłaszcza w placówkach z całodobową obsadą personelu [26]. W artykułach z Danii brak jest danych o sytuacji w całym kraju, wiadomo jedynie, że w Kopenhadze w latach dziewięćdziesiątych, w początkowym okresie tworzenia takich programów, utworzono 21 domów grupowych, łącznie dla 76 chorych. Z niepublikowanych informacji wynika, że parę lat temu w Belgii liczba miejsc zakwaterowania chronionego wynosiła 0,3 na 1000 mieszkańców i planowano dalszy rozwój tej formy opieki. Z terenu Stanów brak jest danych liczbowych. Kilkanaście lat temu wiele rejonów dysponowało znaczną liczbą miejsc, około 0,5–1,0 na 1000 mieszkańców [47], można zatem z pewnym prawdopodobieństwem założyć, że obecnie ist-

nieje ich więcej, w związku z zamykaniem wielu szpitali psychiatrycznych.

Populacje chorych korzystających z zakwaterowania chronionego

Wszystkie placówki są przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Często rezydentami są pacjenci o różnych rozpoznaniach, określane jako poważnie chorzy, zazwyczaj na schizofrenię, psychozy afektywne, nerwice oraz osoby z zaburzeniami osobowości. Jednakże część placówek przyjmuje wyłącznie pacjentów z jednorodnymi rozpoznaniem, np. tylko ze schizofrenią albo tylko uzależnionych od alkoholu czy środków psychoaktywnych. Niektórzy uważają, że zakwaterowanie chronione dla osób uzależnionych będzie coraz bardziej potrzebne, m.in. dlatego, że obecnie charakter uzależnień jest cięższy i częściej przeradza się w stany chroniczne, niż jeszcze parę lat temu [35].

Podstawową obecnie cechą, charakteryzującą osoby korzystające z różnych placówek, wydaje się być przewlekłość choroby. O ile jeszcze kilkanaście lat temu w wielu placówkach opiekowano się zarazem pacjentami przewlekle chorymi jak i osobami w okresie zaostrzenia objawów psychopatologicznych [47], o tyle w literaturze ostatniego dziesięciolecia opisuje się wyłącznie placówki służące chorym przewlekle oraz takie, które stanowią alternatywę ostrej hospitalizacji. Pewien wyjątek stanowią odrębne programy dla osób bezdomnych, w których często przewlekłość choroby nie jest kryterium przyjęcia do danej placówki. Przed kilkunastu laty istniały również, głównie w Stanach, placówki służące wyłącznie tzw. konstruktywnej separacji chorego od rodziny, od której był on zbyt uzależniony [47]. Brak w ostatnich latach doniesień o zakwaterowaniu chronionym, służącym wyłącznie „konstruktywnej separacji”, może wskazywać, że pojawiająca się wówczas tendencja odstąpienia od tej koncepcji i przyjęcie alternatywnego rozwiązania pozostawiania tych chorych w ich rodzinach z prowadzeniem terapii rodzinnej, została wdrożona w praktyce.

Pierwszą grupę placówek przeznaczonych dla chorych przewlekle stanowią takie formy zakwaterowania, które przyjmują zarówno pacjentów mieszkających uprzednio w domu jak też wypisanych bezpośrednio ze szpitala. Drugą grupę stanowią placówki zamieszkiwane wyłącznie przez pacjentów, których w ramach akcji dezinstytucjonalizacji przeniesiono bezpośrednio ze szpitali po długim tam pobycie. Z dotychczasowych doświadczeń niektórych ośrodków wynika, że przesuwanie chorych ze szpitala należy stworzyć grupę różnorodną pod względem zakresu kontaktów społecznych, a zarazem wziąć pod uwagę dotychczasowe związki pacjentów w oddziale szpitalnym [8]. Skład grup umieszczanych w poszczególnych placówkach różni się często stopniem uciążliwości chorych, pacjenci „trudni do wypisania” mieszkają przeważnie w specjalnych formach zakwaterowań, takich jak wspomniane uprzednio hostelo-oddziały.

BADANIA EFEKTÓW ZAKWATEROWANIA CHRONIONEGO

Zakwaterowanie chronione przewlekle chorych przeniesionych ze szpitali psychiatrycznych

Zagadnieniu przewlekle chorych, umieszczonych w zakwaterowaniu po długoletnim pobycie w szpitalu poświęcono 21 badań. W ich większości nie stosowano grupy kontrolnej, a dominującym był schemat prospektywny typu *pretest-posttest*, w którym dokonuje się pomiaru na początku i na końcu okresu badawczego. W ośmiu badaniach kontrolowanych, pacjenci wchodzący w skład grup kontrolnych byli zazwyczaj również przewlekle chorymi, z tym że nadal pozostawali w szpitalu. Najczęściej występującymi wśród badanych chorobami była schizofrenia i psychoza afektywna.

Prawie wszystkie badania nad efektami przesunięcia przewlekle chorych do placówek zakwaterowania chronionego zajmowały się oceną wpływu tej interwencji na pacjentów, w dwóch pracach badano jednocześnie

wpływ na personel, a w jednej również na społeczność lokalną (tablica 1). Trzy badania poświęcone były wyłącznie analizie kosztów tej formy opieki w porównaniu z opieką szpitalną [25, 26, 27]. W analizowanych badaniach, w większości miar ewaluacyjnych za sukces przyjmuje się poprawę zastosowanego wskaźnika po określonym okresie pobytu w zakwaterowaniu chronionym (w badaniach niekontrolowanych) lub też większą poprawę u pacjentów przesuniętych do takiego zakwaterowania niż u pozostawionych w szpitalu (w badaniach kontrolowanych). Jednakże przy niektórych miarach, zwłaszcza zdrowotnych, za sukces uznaje się zazwyczaj sytuację, kiedy wskaźnik utrzymuje się na niezmiennym poziomie.

W badaniu wpływu programu na pacjentów najczęściej, bowiem w 15 na 18 badań, stosowano miary psychospołeczne (tabl. 1), zwłaszcza funkcjonowanie lub przystosowanie społeczne (11 badań). Stosunkowo często poddawano ocenie sytuację życiową pacjenta w różnych jej zakresach (standardu życia, stopnia niezależności, swobód), satysfakcję z życia oraz zachowania uciążliwe. W większości badań stwierdzano pozytywny wpływ programu na poziom tych wskaźników, z wyjątkiem zachowań uciążliwych. W dwu miarach – sytuacji życiowej i satysfakcji z życia – praktycznie we wszystkich badaniach stwierdzano istotną poprawę [2, 3, 4, 12, 13, 21, 28, 44, 54], co potwierdza wnioski z prac prowadzonych jeszcze w latach osiemdziesiątych [5]. Poziom zachowań uciążliwych nie ulegał na ogół poprawie [2, 3, 16, 28, 52], ale też nie nasilał się po przeniesieniu chorych do środowiska, a w jednym z badań angielskich stwierdzono nawet istotny spadek zachowań agresywnych, mimo że badana populacja obejmowała wyłącznie najtrudniejszych pacjentów, przeniesionych ze szpitala w ostatniej kolejności [49]. Ogólnie zwraca uwagę fakt, że przez kilka lat po wypisie ze szpitala wielu chorych, którzy przejawiają bardzo nasilone zachowania uciążliwe, utrzymuje się w zakwaterowaniu chronionym. Np. w Grecji, tacy bardzo uciążliwi pacjenci

Tablica 1. Efekty zakwaterowania chronionego przewlekle chorych przeniesionych ze szpitali psychiatrycznych wg obszarów i miar ewaluacji

Miara	Ogółem	Efekty			
		brak różnic	pozytywne	negatywne	trudno mówić o efektach – badania opisowe lub korelacyjne
OGÓLEM	21	–	–	–	–
Wpływ na pacjentów	18	–	–	–	–
Miary zdrowotne	12	–	–	–	–
● psychopatologia	10	8	1	0	1
● inne zdrowotne	7	6	0	1	0
Miary psychospołeczne	15	–	–	–	–
● sytuacja życiowa	8	1	7	0	0
● funkcjonowanie:	11	–	–	–	–
zawodowe	2	1	1	0	0
społeczne	7	1	4	0	2
czas wolny	1	0	1	0	0
rodzina	1	1	0	0	0
jakość życia, przystosowanie, funkcjonowanie globalne, przystosowanie społeczne	6	0	5	0	1
● umiejętności	5	2	1	0	2
● satysfakcja z życia	7	0	7	0	0
● satysfakcja z usług	1	0	1	0	0
● zachowania uciążliwe	9	5	1	0	3
● problemy prawne	2	1	0	0	1
● inne miary subiektywne (np. postawy)	2	0	1	0	1
Hospitalizacja	7	–	–	–	–
● czas	3	0	3	0	0
● liczba	7	0	7	0	0
Wpływ na personel	1	1	0	0	0
Wpływ na koszty	3	0	2	0	1
Wpływ na społeczność	1	0	0	0	1

stanowią 35% mieszkańców zakwaterowania chronionego [54].

Miary zdrowotne zastosowano w 12 badaniach. Poziom nasilenia objawów psychopatologicznych zazwyczaj nie zmieniał się na skutek umieszczenia pacjentów w zakwaterowaniu chronionym (tablica 1), wielu zresztą badaczy nie oczekiwało takiej zmia-

ny, uważając ją za nierealną u osób, które uprzednio kilka lub kilkanaście lat spędziły w szpitalu psychiatrycznym [3, 28]. Stosowano również takie miary zdrowotne jak samobójstwa i zgony chorych. Obserwowany we wszystkich badaniach stabilny poziom tych wskaźników uznawany jest za sukces, bowiem bardziej obawiano się ich wzrostu

po przeniesieniu chorych ze szpitala do środowiska, niż oczekiwano poprawy. W paru badaniach uwzględniono również stan fizyczny pacjentów. Zazwyczaj nie ulegał on zmianom w nowych warunkach, chociaż w jednym badaniu stwierdzono pogorszenie po 5 latach od wypisu ze szpitala, co autorzy tłumaczą starzeniem się populacji chorych, z których wielu już w momencie przeniesienia do zakwaterowania chronionego było w bardzo podeszłym wieku [16].

Wpływ programu zakwaterowania na liczbę i czas hospitalizacji analizowano w 7 badaniach, wszystkie one wykazały istotny spadek tych wskaźników. W pierwszym roku programu zakwaterowania odsetek chorych, trafiających ponownie do szpitala kształtował się na poziomie od 15% do 29% [9, 19, 28], a wielu z nich pozostawało w szpitalu przez co najmniej rok. Wraz z wydłużaniem okresu obserwacji do kilku lub kilkunastu lat odsetek chorych rehospitalizowanych wzrastał do poziomu 20–55%, a ok. 5–17% stawało się ponownie chronicznymi pacjentami szpitali [9, 12, 14, 39]. Ustalono, że ryzyko ponownego przyjęcia (przynajmniej w pierwszym roku pobytu poza szpitalem) jest najwyższe u osób charakteryzujących się następującymi cechami: młody wiek, wysoki poziom zachowań uciążliwych oraz mania [19]. Ryzyko dłuższego pobytu po pierwszej rehospitalizacji było najwyższe u mężczyzn, chorych z nasilonymi zachowaniami uciążliwymi oraz tzw. „nowych chroniczków”, czyli osób, które stały się chronicznymi pacjentami szpitali w okresie rozwiniętych już oddziaływań różnych form psychiatrii środowiskowej, a nie z powodu braku alternatywnych miejsc opieki czy oddziaływań [19].

Badania, w których przeprowadzono analizę kosztów omawianej tu formy opieki, pochodzą wyłącznie z terenu Wielkiej Brytanii. Stwierdzono, że przeniesienie chorych ze szpitali do placówek zakwaterowania chronionego powoduje znaczny spadek ponoszonych kosztów [26, 27]. Zauważono również, że predyktorami, które podwyższają koszty tych programów są niektóre cechy charakte-

ryzujące pacjentów, takie jak: stan cywilny wolny, starszy wiek, przebywanie w szpitalu psychiatrycznym przez co najmniej 60% całego okresu życia, wysoki poziom zachowań uciążliwych oraz znaczne nasilenie objawów psychopatologicznych, częściej też wyższe koszty pochłaniania opieka nad mężczyznami niż kobietami. Przy czym, czynniki te odpowiadają jedynie za jedną trzecią różnic w ponoszonych kosztach między poszczególnymi placówkami zakwaterowania chronionego [25]. Charakterystyczne, że rozpoznanie kliniczne jest mało istotnym predyktorem.

Jedynе badanie poświęcone wpływowi programu zakwaterowania na lokalną społeczność wykazało wzrost częstotliwości kontaktów sąsiadów z pacjentami, ale tylko w tym rejonie, w którym przed uruchomieniem placówki zakwaterowania chronionego przeprowadzono kampanię edukacyjną. W rejonie kontrolnym, w której nie było takiej kampanii, sąsiedzi nie nawiązywali kontaktów z pacjentami [51].

Sumując, analizowane badania wykazały, że programy zakwaterowania chronionego są dla wielu przewlekle chorych skuteczną i tańszą alternatywą dalszego pobytu w szpitalu. Dzięki tym programom znaczącej poprawie ulega standard życia i satysfakcja chorych, często poprawia się ich funkcjonowanie. Ponadto, realne staje się uniknięcie takich niepożądanych zjawisk jak wzrost samobójstw, zgonów, bezdomności i konfliktów z prawem, których nasilenia obawiano się jako skutku umieszczenia chorych w zupełnie naturalnym środowisku.

Pozostaje oczywiście pytanie o możliwość szerszej generalizacji tych wniosków. Po pierwsze, wiele badań pochodzi z rejonów, gdzie cały proces przenoszenia chorych został bardzo starannie przygotowany, najpierw uruchomiono sieć odpowiednich placówek i dodatkowe fundusze. Po drugie, wiele badań obejmuje wyłącznie populacje chorych, uznanych we wstępnej ocenie za najmniej uciążliwych, a zatem lepiej adaptujących się w innych warunkach niż tzw. pacjenci „trudni”, którym sporadycznie po-

święcano badania. Po trzecie wreszcie, nawet mimo dobrze przygotowanego programu i procesu opieki, niemała część chorych (od kilku do kilkunastu procent) z powrotem na długo trafiała do szpitala.

Zakwaterowanie chronione jako alternatywa hospitalizacji z powodu ostrego rzutu choroby

Zagadnieniu temu poświęcono 10 badań. Wszystkie z nich były kontrolowane i prowadzone wg schematu *pretest-posttest*, a grupy kontrolne stanowili pacjenci umieszczani w szpitalu [7, 15, 18, 27, 28, 37, 45, 46, 52, 54]. Badane populacje obejmowały przeważnie chorych na psychozy, zwłaszcza schizofrenię i psychozy afektywne, czasem w skład grup wchodził również chorzy na nerwice oraz osoby upośledzone umysłowo. Jedno badanie poświęcone było osobom uzależ-

nionym od alkoholu lub środków psychoaktywnych [42].

Prawie wszystkie badania koncentrowały się na wpływie programu na pacjentów, w pięciu analizowano koszty opieki (tablica 2). W obszarze wpływu na pacjentów najczęściej stosowano jako miarę psychopatologię i hospitalizację (po 5 badań) oraz funkcjonowanie/przystosowanie społeczne i satysfakcję z usług (po 4 badania). Innymi miarami, zarówno zdrowotnymi, jak i psychospołecznymi, posługiwano się sporadycznie.

W większości badań stwierdzono brak różnic między efektami opieki szpitalnej i opieki w placówkach zakwaterowania chronionego, chociaż w czterech badaniach [7, 18, 24, 37] ta ostatnie forma okazała się bardziej efektywna. We wszystkich badaniach, które uwzględniały analizę kosztów opieki, program

Tablica 2. Efekty zakwaterowania chronionego jako alternatywy hospitalizacji z powodu ostrego rzutu choroby wg obszarów i miar ewaluacji

Miara	Ogółem	Efekty		
		brak różnic	pozytywne	negatywne
OGÓŁEM	10	–	–	–
Wpływ na pacjentów	9	–	–	–
Miary zdrowotne	6	–	–	–
● psychopatologia	5	3	2	0
● inne zdrowotne	2	1	1	0
Miary psychospołeczne	6	–	–	–
● sytuacja życiowa	2	1	1	0
● funkcjonowanie/przystosowanie społeczne	4	3	1	0
● umiejętności	1	0	1	0
● satysfakcja z życia	1	1	0	0
● satysfakcja z usług	4	3	1	0
● zachowania uciążliwe	1	1	0	0
● inne miary subiektywne (np. postawy)	1	1	0	0
Hospitalizacja (rehospitalizacja)	4	–	–	–
● czas	2	2	0	0
● liczba	4	4	0	0
Wpływ na koszty	5	0	5	0

zakwaterowania chronionego okazał się tańszy od leczenia szpitalnego, czasem nawet o połowę [22].

Ogólnie zatem uważa się, że zakwaterowanie chronione jest dobrą alternatywą hospitalizacji wielu pacjentów, znajdujących się w fazie zaostrzenia choroby. Ta forma leczenia jest co najmniej równie efektywna jak szpitalna, ale znacznie tańsza. Uważa się natomiast, że jest to rodzaj opieki nie zalecany w stosunku do chorych wymagających przymusu [22].

Zakwaterowanie chronione dla chorych bezdomnych

Populacji chorych bezdomnych poświęcono osiem badań [1, 5, 6, 20, 31, 32, 38, 40]. Połowa z nich była kontrolowana, a w większości stosowano schemat *pretest-posttest*. Badane grupy składały się głównie z chorych na psychozy lub osób uzależnionych od środków psychoaktywnych.

W tej grupie prac analizowano wyłącznie wpływ programu na pacjentów, zwłaszcza na poziom nasilenia objawów, standard życia oraz sporadycznie na inne wskaźniki funkcjonowania chorych. Praktycznie we wszystkich analizach zakwaterowanie chronione okazało się efektywną formą we wszystkich uwzględnianych wskaźnikach ewaluacyjnych.

BADANIA JAKOŚCI I PROCESU SPRAWOWANIA OPIEKI W ZAKWATEROWANIU CHRONIONYM LUB JEJ WPŁYWU NA EFEKTY

Kilka badań poświęcono personelowi zatrudnionemu w placówkach zakwaterowania chronionego. Stwierdzono m.in., że w wielu rejonach USA i w Anglii ponad połowa personelu nie miała formalnego przygotowania do pracy z osobami chorymi psychicznie [43]. Wiąże się to głównie z coraz powszechniejszym prowadzeniem tego typu placówek przez instytucje nie związane ze służbą zdrowia, w których dominuje przekonanie, że niewykwalifikowany personel łatwiej stworzy zwykłą, serdeczną atmosferę niż np. pielęgniarce psychiatryczne.

W 15 domach grupowych w Kalifornii badano wpływ panującej tam atmosfery na funkcjonowanie pacjentów [48]. Autorzy wskazują na zależność między funkcjonowaniem pacjentów a ujawnianym w stosunku do nich poziomem i rodzajem emocji kierowników domów. Im klimat emocjonalny bardziej krytyczny, tym gorsza jakość życia pacjentów i większa podejrzliwość lub wrogość. Jedno badanie poświęcono zagadnieniu związku między rodzajem placówki zakwaterowania a integracją ze środowiskiem, mierzoną częstością kontaktów z lokalnymi służbami zdrowotnymi [30]. Zauważono, że mieszkańcy placówek ze stosunkowo liczną obsadą mają mniej takich kontaktów niż osoby mieszkające w skąpo obsadzonych placówkach. Wykazano też, że istotną rolę odgrywa rodzaj instytucji nadzorującej taką placówkę. Znacznie mniej kontaktów mają mieszkańcy placówek prowadzonych przez organizacje oparte na wolontariuszach (*voluntary sector*) niż instytucje prywatne lub państwowe. Zdaniem autorów, ta ostatnia zależność może wynikać z niewystarczającej wiedzy i zbyt małego doinformowania zatrudnionych tam osób o różnego rodzaju organizacjach i agendach społecznych funkcjonujących dla potrzeb danej społeczności, a przydatnych ich podopiecznym. Inne podejście do sprawy integracji ze środowiskiem zastosowano w badaniu mieszkańców wszystkich domów grupowych jednego z okręgów w Stanach. Badano mianowicie identyfikację chorych z rolą pacjenta i członka społeczności [41]. Stwierdzono, że nie zależy ona od długości pobytu w domu grupowym, lecz od liczby lat, spędzonych uprzednio w szpitalu psychiatrycznym. Im więcej lat hospitalizacji, tym większa identyfikacja z rolą pacjenta, a nie członka społeczności. Autorzy uważają, że w procesie opieki należy przede wszystkim wzmacniać u chorych poczucie przynależności do społeczności, mniejsze natomiast efekty przynosi próba redukcji identyfikacji z rolą pacjenta.

Jedno badanie poświęcono wpływowi długości pobytu chorych uzależnionych (od

alkoholu lub środków psychoaktywnych) w placówce zakwaterowania chronionego na częstość rehospitalizacji [36]. Ustalono że największe ryzyko rehospitalizacji jest u osób przebywających krótko w takiej placówce (do 2 miesięcy). W innym badaniu, również obejmującym osoby uzależnione, porównano częstość rehospitalizacji pacjentów umieszczonych w hostelu położonym na terenie szpitala i pacjentów hostelu umiejscowionego poza szpitalem [35]. Opieka w hostelu położonym poza szpitalem okazała się bardziej skuteczna w zapobieganiu ponownym przyjęciom, ponieważ stwarzała większe możliwości reintegracji ze społeczeństwem.

Jedno z badań poświęcono eksploracji problemów, jakich doświadczają pacjenci, którzy po wieloletnim pobycie w szpitalu zostali umieszczeni w domach grupowych (zapewniających opiekę personelu), w porównaniu z pacjentami umieszczonymi w samodzielnych mieszkaniach (których personel nie wizytował). Mieszkańcy domów grupowych za najbardziej stresujące uważali brak prywatności oraz zbyt małe zróżnicowanie wieku współmieszkańców. Natomiast pacjenci przesunięci do samodzielnych mieszkań uznawali tę zmianę za stresującą, ponieważ znacznie wzrosło ich poczucie społecznej izolacji oraz trudności w relacjach z rodziną. Z kolei rodziny tych chorych uważały, że mają oni znaczne problemy z codziennym życiem, odżywianiem się i poczuciem wyobcowania [17]. Autorzy badania konkludują, że powinien istnieć szeroki wachlarz placówek zakwaterowania, a w procesie decyzji, gdzie przenieść przewlekle hospitalizowanego pacjenta trzeba dokładnie zanalizować jego potrzeby, biorąc m.in. pod uwagę powszechną u wielu chorych, zwłaszcza na schizofrenię, potrzebę wsparcia i strukturalizacji czasu. Zdaniem autorów, zwolennicy modnego ostatnio poglądu, że chorzy powinni żyć niezależnie, zdają się nie dostrzegać, że u wielu pacjentów jest to niewykonalne, a często po prostu niewskazane [17].

PIŚMIENNICTWO

1. Adams CE, Pantelis Ch, Duke PJ, Barnes TRE: Psychopathology, Social and Cognitive Functioning in a Hostel for Homeless Women. *Br. J. Psychiatry* 1996, 168, 82–86.
2. Allen H, Baigent B, Kent A, Bolton J: Rehabilitation and Staffing Levels in a „New Look” Hospital-Hostel. *Psychol. Med.* 1993, 23, 203–211.
3. Anderson J, Dayson D, Wills W, Gooch Ch, Margolius O, O’Driscoll C, Leff J: The TAPS Project 13: Clinical and Social Outcomes of Long-Stay Psychiatric Patients After One Year in the Community. *Br. J. Psychiatry* 1993, 162, supl. 19, 45–56.
4. Barry MM, Crosby Ch: Quality of Life as an Evaluative Measure in Assessing the Impact of Community Care on People with Long-Term Psychiatric Disorders. *Br. J. Psychiatry* 1996, 168, 210–216.
5. Barry MM, Zissi A: Quality of Life as an Outcome Measure in Evaluating Mental Health Services: a Review of the Empirical Evidence. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1997, 32, 38–47.
6. Bebout RR, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Harris M: Housing Status Among Formerly Homeless Dually Diagnosed Adults. *Psychiatr. Serv.* 1997, 48, 7, 936–941.
7. Davidson L, Tebes JK, Rakfeldt J, Sledge WH: Differences in Social Environment Between Inpatient and Day Hospital-Crisis Respite Settings. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 7, 714–720.
8. Dayson D, Lee-Jones R, Chahal KK, Leff J: The TAPS Project 32: Social Networks of Two Group Homes... 5 Years On. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998, 33, 438–444.
9. Dayson D: The TAPS Project 12: Crime, Vagrancy, Death and Readmission of the Long-Term Mentally Ill During Their First Year of Local Reprovision. *Br. J. Psychiatry* 1993, 162, supl. 19, 40–44.
10. Dąbrowski S, Brodniak W, Gierlacki J, Welbel S: Środowiskowe domy samopomocy jako forma oparcia społecznego. *Psychiatr. Pol.* 1998, 32, 4, 453–462.
11. Dickey B, Gonzalez O, Latimer E, Powers K, Schutt R, Goldfinger S: Use of Mental Health Services by Formerly Homeless Adults Residing in Group and Independent Housing. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 2, 152–158.
12. Donnelly M, McGilloway S, Mays N, Perry S, Lavery C: A 3- to 6-year Follow-Up of Former

- Long-Stay Psychiatric Patients in Northern Ireland. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1997, 32, 451-458.
13. Dudley JR, Calhoun ML, Ahlgrim-Delzell L, Conroy J: A Consumer Satisfaction Survey of People With Mental Retardation and Mental Illness. *Psychiatr. Serv.* 1997, 48, 8, 1075-1077.
 14. Farragher B, Carey T, Owens J: Long-Term Follow-Up of Rehabilitated Patients With Chronic Psychiatric Illness in Ireland. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 10, 1120-1122.
 15. Fenton WS, Mosher LR, Herrell JM, Blyler CR: Randomized Trial of General Hospital and Residential Alternative Care for Patients With Severe and Persistent Mental Illness. *Am. J. Psychiatry* 1998, 155, 4, 516-522.
 16. Francis VM, Vesey P, Lowe G: The Closure of a Long-Stay Psychiatric Hospital: A Longitudinal Study of Patients' Behaviour. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1994, 29, 184-189.
 17. Friedrich RM, Hollingsworth B, Hradek E, Friedrich HB, Culp KR: Family and Client Perspectives on Alternative Residential Settings for Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatr. Serv.* 1999, 50, 4, 509-514.
 18. Goldberg D: Cost-effectiveness in the Treatment of Patients with Schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, suppl. 382, 89-92.
 19. Gooch Ch, Leff J: Factors Affecting the Success of Community Placement: the TAPS project 26. *Psychol. Med.* 1996, 26, 511-520.
 20. Hamid WA, Wykes T, Stansfeld S: The Social Disablement of Men in Hostels for Homeless People. II. A Comparison with Patients from Long-stay Wards. *Br. J. Psychiatry* 1995, 166, 809-812.
 21. Hawthorne WB, Fals-Stewart W, Lohr JB: A Treatment Outcome Study of Community-Based Residential Care. *Hosp. Community Psychiatry* 1994, 45, 2, 152-155.
 22. Hawthorne WB, Green EE, Lohr JB, Hough R, Smith PG: Comparison of Outcomes of Acute Care in Short-Term Residential Treatment and Psychiatric Hospital Settings. *Psychiatr. Serv.* 1999, 50, 3, 401-406.
 23. Holmqvist R, Fogelstam H: Psychological Climate and Countertransference in Psychiatric Treatment Homes. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 93, 288-295.
 24. Hunter DEK, Buick WP, Wellington T, Dzerovych G: Initial Evaluation of Reorganized Hospitalization Services in a Community Mental Health Center. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 3, 271-275.
 25. Knapp M, Beecham J, Fenyo A, Hallam A: Community Mental Health Care for Former Hospital In-Patients. Predicting Costs from Needs and Diagnoses. *Br. J. Psychiatry* 1995, 166, suppl. 27, 10-18.
 26. Knapp M, Chisholm D, Astin J, Lelliott P, Audini B: The Cost Consequences of Changing the Hospital-Community Balance: The Mental Health Residential Care Study. *Psychol. Med.* 1997, 27, 681-692.
 27. Knapp M: Costs of Schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1997, 171, 509-518.
 28. Leff J, Dayson D, Gooch Ch, Thornicroft G, Wills W: Quality of Life of Long-Stay Patients Discharged From Two Psychiatric Institutions. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 1, 62-67.
 29. Lelliott P, Audini B, Knapp M, Chisholm D: The Mental Health Residential Care Study: Classification of Facilities and Description of Residents. *Br. J. Psychiatry* 1996, 169, 139-147.
 30. Lucas B, Audini B, Chisholm D, Knapp M, Lelliott P: Does a Hostel's Managing Agency Determine the Access to Psychiatric Services of its Residents? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998, 33, 497-500.
 31. Mavis BE, Humphreys K, Stöffelmayr BE: Treatment Needs and Outcomes of Two Subtypes of Homeless Persons Who Abuse Substances. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 12, 1185-1187.
 32. McFarland BH, Blair G: Delivering Comprehensive Services to Homeless Mentally Ill Offenders. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 2, 179-181.
 33. Middelboe T, Mackeprang T, Thalsgaard A, Christiansen PB: A Housing Support Programme for the Mentally Ill: Need Profile and Satisfaction Among Users. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998, 98, 321-327.
 34. Middelboe T: Prospective Study of Clinical and Social Outcome of Stay in Small Group Homes for People With Mental Illness. *Br. J. Psychiatry* 1997, 171, 251-255.
 35. Moos RH, King MJ, Patterson MA: Outcomes of Residential Treatment of Substance Abuse in Hospital- and Community-Based Programs. *Psychiatr. Serv.* 1996, 47, 1, 68-74.
 36. Moos RH, Moos BS: Stay in Residential Facilities and Mental Health Care as Predictors of Readmission for Patients With Substance Use Disorders. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 1, 66-72.

37. Mosher LR, Vallone R, Menn A: The Treatment of Acute Psychosis Without Neuroleptics: Six-week Psychopathology Outcome Data from the Soteria Project. *Int. J. Soc. Psychiatry* 1995, 41, 3, 157–173.
38. Nuttbrock LA, Rahav M, Rivera JJ, Ng-Mak DS, Link BG: Outcomes of Homeless Mentally Ill Chemical Abusers in Community Residences and a Therapeutic Community. *Psychiatr. Serv.* 1998, 49, 1, 68–76.
39. Okin RL, Borus JF, Baer L, Jones AL: Long-Term Outcome of State Hospital Patients Discharged Into Structured Community Residential Settings. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 1, 73–78.
40. Prabucki K, Wootton E, McCormick R, Washam T: Evaluating the Effectiveness of a Residential Rehabilitation Program for Homeless Veterans. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 4, 372–375.
41. Robey KL: Group Home Residents' Identities as Patients and as Community Members. *Hosp. Community Psychiatry* 1994, 45, 1, 58–61.
42. Schinka JA, Francis E, Hughes P, LaLone L, Flynn Ch: Comparative Outcomes and Costs of Inpatient Care and Supportive Housing for Substance-Dependent Veterans. *Psychiatr. Serv.* 1998, 49, 7, 946–950.
43. Senn V, Kendal R, Trieman N: The TAPS Project 38: Level of Training and its Availability to Carers Within Group Homes in a London District. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1997, 32, 317–322.
44. Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney M: Residential Care in Hospital and in the Community – Quality of Care and Quality of Life. *Br. J. Psychiatry* 1996, 168, 448–456.
45. 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, 8, 1065–1073.
46. Sledge WH, Tebes J, Wolff N, Helminiak TW: Day Hospital/Crisis Respite Care Versus Inpatient Care. Part II. Service Utilization and Costs. *Am. J. Psychiatry* 1996, 153, 8, 1074–1083.
47. Słupczyńska-Kossobudzka E: Zakwaterowanie chronione. W: Puzyński S (red.): *Leksykon psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1993.
48. Snyder KS, Wallace ChJ, Moe K, Liberman RP: Expressed Emotion by Residential Care Operators and Residents' Symptoms and Quality of Life. *Hosp. Community Psychiatry* 1994, 45, 11, 1141–1143.
49. Trieman N, Leff J: The TAPS Project 36: The Most Difficult to Place Long-Stay Psychiatric In-patients. Outcome One Year After Relocation. *Br. J. Psychiatry* 1996, 169, 9, 289–292.
50. Welbel S, Brodniak W: Rozwój systemu społecznego oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce w latach dziewięćdziesiątych. *Sztuka Leczenia* 1999, 5, 3, 39–42.
51. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J: Public Education for Community Care. A New Approach. *Br. J. Psychiatry* 1996, 168, 4, 441–447.
52. Wykes T: Predicting Symptomatic and Behavioural Outcomes of Community Care. *Br. J. Psychiatry* 1994, 165, 486–492.
53. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik statystyczny 1998*. IPiN, ZOOZ, Warszawa 1998.
54. Zissi A, Barry MM: From Leros Asylum to Community-Based Facilities: Levels of Functioning and Quality of Life Among Hostel Residents in Greece. *Int. J. Soc. Psychiatry* 1997, 43, 2, 104–115.

Adres: Dr Elżbieta Słupczyńska-Kossobudzka, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa