



## Projekt standardów środowiskowych domów samopomocy

*Tentative standards for self-help community houses*

STANISŁAW DĄBROWSKI,  
WŁODZIMIERZ ADAM BRODNIAK, STEFAN WELBEL

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Celem badań było opracowanie standardów struktury i funkcjonowania dwóch typów środowiskowych domów samopomocy – pobyt dzienny (śds-pd) i pomoc mieszkaniowa (śds-pm). Środowiskowe domy samopomocy jako jedna z form środowiskowego systemu oparcia społecznego dla osób przewlekle chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo zostały powołane na mocy przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. Respondenci uczestniczący w badaniach zaakceptowali znaczną większość propozycji zawartych w dwóch projektach standardów. Wydaje się, że wprowadzenie standardów powinno przyczynić się do znacznej poprawy jakości funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy.*

**SUMMARY.** *The aim of this study was to elaborate a set of standards for the structure and functioning of two types of self-help community houses (day stay and residential) in accordance with the provisions of the Mental Health Act as of 1994. The respondents participating in the study demonstrated a high level of acceptance for the draft of standards. It is to be expected that such standards should contribute to much better observance of the requirements of the Mental Health Act and to improvement of the quality of self-help community houses.*

---

**Słowa kluczowe:** standardy / środowiskowy dom samopomocy

**Key words:** standards / self-help community houses

---

Oparcie, czy też wsparcie społeczne, to zasoby człowieka nabyte w wyniku interakcji – komunikowania lub porozumiewania się – z innymi ludźmi. Niezbędnym warunkiem interakcji wsparcia są sieci społeczne, tj. obiektywne stosunki, związki, kontakty i znajomości, które wiążą jednostkę z innymi ludźmi. W zależności od rodzaju tych sieci można wyróżnić trzy główne znaczenia oparcia społecznego.

---

- Oparcie na dużych sieciach społecznych czasem nazywane *oparciem strukturalnym*. Chodzi tu o stowarzyszenia, organizacje społeczne i inne wspólnoty skupiające ludzi o zbliżonych przekonaniach, potrzebach lub interesach.

- *Oparcie funkcjonalne* – tj. sieć kontaktów społecznych, głównie interpersonalnych, z członkami najbliższego naturalnego otoczenia – rodziny, krewnych, kolegów, znajomych, sąsiadów i innych znaczących osób.
  - Pojęcie o węższym znaczeniu określające *środowiskowy system oparcia (community support system)*, teoretycznie opracowany i praktycznie wprowadzony do lecznictwa psychiatrycznego w USA w połowie lat osiemdziesiątych.
- 

W tym ostatnim przypadku chodzi o odrębny system opieki i rehabilitacji nad osobami przewlekle psychicznie chorymi, które nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania

w środowisku. System ten zrodził się w rezultacie braku satysfakcjonujących efektów w opiece nad przewlekle psychicznie chorymi w ramach działań przewidzianych w amerykańskiej Ustawie o terenowych ośrodkach zdrowia psychicznego (C.M.H.C.A). Wspomniano nieco szerzej o środowiskowym systemie oparcia, bowiem był on przesłanką projektu oparcia społecznego przewidzianego w polskiej Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z sierpnia 1994.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego powołała dwie organizacyjne formy oparcia społecznego – specjalistyczne usługi opiekuńcze i środowiskowe domy samopomocy. O ile wdrażanie usług mogło nastąpić dopiero po ogłoszeniu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z grudnia 1996 r., o tyle pierwsze środowiskowe domy samopomocy organizowano nieomal żywiłowo wkrótce po wejściu w życie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [3], a w czerwcu 2000 r. było ponad 260 domów dziennego pobytu dla ponad 7,5 tys. osób. Liczba domów świadczących pomoc mieszkaniową (mieszkania chronione, hostele) nie jest dokładnie znana i wynosi prawdopodobnie ok. 50 placówek dla ponad 200 osób, głównie głębiej upośledzonych umysłowo.

Podstawy prawne działalności tych domów są bardzo skąpe, bowiem sprowadzają się do określenia z jednej strony – kategorii osób, które powinny z nich korzystać (osoby przewlekle psychicznie chore lub głębiej upośledzone umysłowo, które mają poważne trudności w życiu codziennym), z drugiej strony – względnie wąski aspekt działalności ŚDS – psychiatryczne świadczenia zdrowotne.

W 1996 r. Minister Pracy i Polityki Społecznej zgodnie z art. 55 ust. 2 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ogłosił komunikat o docelowej sieci domów pomocy społecznej i środowiskowych domów samopomocy, który przewiduje, że domy świadczą usługi dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, a zwłaszcza: chronione warunki mieszkaniowe, socjoterapię i psychoterapię, rehabilitację leczni-

czą, społeczną i zawodową, usprawnienie, w tym także w warsztatach terapii zajęciowej, organizację wolnego czasu i żywienie.

Lakoniczna forma i nieznanostwo tych przepisów przyczyniła się do pewnych nieprzewidywalności w funkcjonowaniu środowiskowych domów samopomocy w formie dziennego pobytu. Do bardziej istotnych należy: słaba współpraca i niedostateczny udział psychiatrycznej opieki zdrowotnej w organizowaniu domów, różnorodność nazw domów utrudniająca ocenę rzeczywistej liczby tych placówek („Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjny”, „Ośrodek Adaptacyjny”, „Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy”, „Ośrodek Samopomocy Środowiskowej”, „Dzienny Dom Samopomocy Środowiskowej” itp.), organizowanie wspólnych zajęć rehabilitacyjno-terapeutycznych dla psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo w domach dla obu kategorii podopiecznych, rażące odstępstwa od wymogów ustawowych określających przeznaczenie ŚDS, brak nadzoru specjalistycznego nad postępowaniem rehabilitacyjno-terapeutycznym, przejmowanie przez niektóre domy funkcji poradni zdrowia psychicznego (PZP) [4].

## CEL

Celem prezentowanych badań jest opracowanie standardów (miary, normy, pożądane-go sposobu, wzoru lub poziomu postępowania) umożliwiających, z jednej strony – doprowadzenie do zgodności funkcjonowania ŚDS z wymogami Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tj. m.in. objęcie opieką najbardziej potrzebujących, z drugiej strony – ujednoczenie działalności domów, a z trzeciej – umożliwienie oceny jakości zarówno przez kontrolę wewnętrzną, jak i zewnętrzną.

Świadczenia pomocy społecznej podobnie jak opieki zdrowotnej można dzielić w różny sposób w zależności od potrzeb. Wg Programu Rozwoju Społeczno-Gospodarczego (PHARE) podstawowy standard usług w domach pomocy społecznej składa się

z trzech elementów dotyczących: warunków lokalowych, wymagań wobec personelu i zasad funkcjonowania [6]. Ujęcie to jest zbliżone do ogólnie uznanego w ocenie jakości podziału świadczeń opieki zdrowotnej wg Donabediana na strukturalne, procesowe i wynikowe [5].

Strukturalne aspekty obejmują potencjał kadrowy, materialny i organizacyjny umożliwiające opiekę, a więc: personel, doświadczenia, szkolenie, wyposażenie, dostępność, przystępność pomieszczenia, organizacja i inne. Podstawowe założenie podejścia strukturalnego opiera się na przypuszczeniu, iż w lepszych warunkach należy spodziewać się lepszej opieki. Znaczenie aspektów strukturalnych jest różnie oceniane. Wydaje się, że większość autorów wypowiada się przeciwko przecenianiu tego podejścia.

Podejście procesualne jest metodą najczęściej utożsamianą z oceną jakościową. Polega ona na ocenie czynności wykonywanych przez personel w toku postępowania terapeutycznego. Opiera się ono na przypuszczeniu, że lepsze rezultaty są bardziej prawdopodobne przy pełnym zastosowaniu aktualnej wiedzy i technologii medycznej. Do najbardziej rozpowszechnionych metod oceny procesu należy: metoda obserwacji bezpośredniej oraz metoda obserwacji pośredniej – przede wszystkim badanie dokumentacji medycznej.

Ocena wyników opieki stanowi historycznie pierwszą próbę oceny jakości i dopiero wtedy, gdy metoda ta zawiodła, szukano lepszych sposobów. Okazało się, że ta miara jakości zależy od zbyt wielu czynników, m.in. pozamedycznych, które mogą kształtować rezultaty w większym stopniu aniżeli działania opieki zdrowotnej.

W ocenie jakości wyróżnia się dwa elementy. Element obiektywny polega na zastosowaniu do badania określonego zakładu jakiejś wyskalowanej (nominalnej lub porządkowej) miary albo kryterium dobrego postępowania medycznego czy opiekuńczo-terapeutycznego. Element subiektywny sprowadza się do ustalenia na tej skali pew-

nego wspólnie uzgodnionego punktu, powyżej którego badany aspekt opieki oceniany będzie jako dobry, poniżej jako zły. Ten punkt na skali jest standardem dobrej opieki w wąskim znaczeniu tego słowa.

W ocenie jakościowej oprócz miary czyli kryterium i standardu używa się pojęcia normy. Norma to numeryczna albo statystyczna miara – zasada będąca z jednej strony odbiciem aktualnej praktyki medycznej lub opiekuńczej i z drugiej – wyrazem skumulowanego doświadczenia w pracy nad wieloma pacjentami czy podopiecznymi (użytkownikami). Norma, kryterium i standard umożliwiają określenie relacji między aktualną a pożądaną praktyką, zwłaszcza stopnia zbliżenia się do tej praktyki.

Pojęcie normy jako miary i wzorcowej zasady leży u podstawy opracowywanych przez nas standardów postępowania rehabilitacyjno-terapeutycznego i standardów struktury, tj. warunków ŚDS. Zgodnie z bieżącą praktyką amerykańskiej „Połączonej Komisji Akredytującej Szpitale” (JCAH), w każdym standardzie wyodrębniono dwa składniki: (1) ogólną zasadę dotyczącą pożądanego sposobu postępowania lub warunków jego realizacji, (2) wymaganą charakterystykę zasady w formie kryterium, bądź wskaźników ze skalą głównie nominalną [2].

W toku prac nad tymi standardami starano się uwzględnić kilka ogólnych zaleceń metodologicznych. Zgodnie z piśmiennictwem [1] należy dążyć do tego, aby standardy:

- wyrażały niezbędne zasady dobrego postępowania rehabilitacyjno-terapeutycznego,
- odnosiły się w miarę możliwości bezpośrednio do jakości postępowania i warunków jego realizacji,
- uzyskały ogólną akceptację większości środowiskowych domów,
- określały w miarę możliwości przede wszystkim cele środowiskowych domów, a nie mechanizmy ich osiągnięcia,
- uwzględniały właściwe proporcje między postępowaniem i warunkami,
- były uzasadnione i nadawały się do oceny domów środowiskowych,

- były opracowane w sposób umożliwiający samoocenę,
- uwzględniały sprawną rejestrację wykonywanych czynności i rzetelną sprawozdawczość,
- przyczyniały się do poprawy relacji między kosztami a korzyściami.

## BADANI I METODA

Program badań mających na celu opracowanie standardów i metody oceny funkcjonowania *środowiskowych domów samopomocy – pobyt dzienny* (ŚDS-pd) przewidywał dwa etapy. W pierwszym etapie (1999 r.) przygotowano wstępną listę standardów struktury i funkcjonowania ŚDS, poddano listę ocenie przez ekspertów i opracowano projekt standardów z uwzględnieniem uwag ekspertów. W drugim etapie (2000 r.) przekazano projekt do Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, w celu wykorzystania przy opracowaniu rozporządzenia ministra określającego standardy ŚDS oraz przygotowano narzędzia do oceny funkcjonowania ŚDS.

Przy przygotowaniu wstępnej listy standardów wykorzystano z jednej strony normy (zasady) zawarte w Ustawach o ochronie zdrowia psychicznego i pomocy społecznej oraz rozporządzeniach wykonawczych Ministra Zdrowia i Ministra Pracy i Polityki Społecznej o docelowej sieci, a z drugiej – dotychczasowe doświadczenia kilkunastu ŚDS dla psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo.

Na podstawie tej listy zbudowano „Kwestionariusz oceny standardów struktury i funkcjonowania Środowiskowego Domu Samopomocy”, w którym każdą zmienną zaopatrzone w okienko akceptacji („tak”), bądź eliminacji („nie”). Pod okienkiem „tak” umieszczono pięciopunktową skalę służącą do rangowania zmiennej (1 – mało ważna, 2 – dość ważna, 3 – ważna, 4 – bardzo ważna, 5 – najważniejsza). Przy każdej

zmiennej pozostawiono miejsce na ewentualne uwagi lub uzasadnienie wprowadzonych zmian. Listę zmiennych podzielono na część obligatoryjną i fakultatywną. Zakładano, że w części obligatoryjnej znajdą się zmienne niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa i minimum komfortu w czasie postępowania rehabilitacyjno-terapeutycznego, a w części fakultatywnej – zmienne o mniejszym ciężarze gatunkowym.

Kwestionariusz przesłano 50 ekspertom, głównie kierownikom ŚDS-pd prezentującym wysoki stopień kompetencji w dziedzinie funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej. Zadanie ekspertów polegało na akceptacji lub eliminacji zmiennych, nadawaniu im rangi w ramach interwałowej skali od 1 do 5 oraz przesuwaniu zmiennych między klasami lub wprowadzaniu nowych zmiennych.

Badań nad *środowiskowymi domami samopomocy – pomoc mieszkaniowa* (ŚDS-pm) pierwotnie nie planowano w programie opracowania standardów ŚDS. Pomysł tych badań wyłonił się dopiero w toku opracowania uwag ekspertów do kwestionariusza oceny standardów ŚDS – pobyt dzienny. W przygotowaniu wstępnej wersji kwestionariusza wykorzystano standardy domów pomocy społecznej, regulaminy kilku mieszkań chronionych oraz informacje uzyskane od ośmiu kierowników domów i mieszkań chronionych podczas wizytacji.

Kwestionariusz oceny projektu standardów ŚDS-pm zbudowano na kształt projektu ŚDS-pd, wyodrębniając w każdym z 8 standardów: (1) ogólną zasadę postępowania rehabilitacyjnego i warunków (struktury) jego realizacji i (2) wymaganą charakterystykę w formie kryteriów lub wskaźników. Przy każdej zmiennej (standardzie i charakterystyce) przewidziano możliwość dopisania oceny w formie „tak” (rangowanej w skali od 5 (bardzo ważna) do 2 (mało ważna) i „nie”. Kwestionariusz przesłano do 20 kierowników ŚDS świadczących usługi w formie mieszkań chronionych, hosteli. Tylko tyle adresów udało się ustalić.

## WYNIKI

### Środowiskowe domy samopomocy

#### – pobyt dzienny

Kwestionariusz ŚDS-pd wypełniło 40 respondentów. W 22 przypadkach rutynowe czynności ekspertów zostały uzupełnione licznymi interesującymi uwagami. Większość respondentów oceniła pozytywnie 94 zmienne, w tym 54% jako najważniejsze, 27 (41%) jako bardzo ważne i 3 (5%) jako ważne. Wyeliminowano 4 (6%) zmienne (pracownika socjalnego, sekretarke, bezpłatne żywienie, wstępną ocenę uczestników bez decyzji administracyjnych).

Część respondentów proponowała przeniesienie z klasy fakultatywnej do obligatoryjnej zmiennej dotyczącej zatrudnienia psychiatry jako konsultanta, a niektórzy żądali tego samego wobec uczestników w okresie próbnym korzystającym z domu bez decyzji administracyjnej.

Proponowano także uzupełnienie standardów o: minibus dla dowożenia niepełnosprawnych intelektualnie, metraż na jednego uczestnika, symboliczną odpłatność za pobyt, przekazywanie informacji o przyjęciu do ŚDS lekarzowi pierwszego kontaktu lub poradni zdrowia psychicznego. Wiele wspomnianych uwag przyczyniło się do korekcji wstępnej listy, m.in. do uwzględnienia standardów dla mieszkań chronionych.

Jak wspomniano, jedną z przesłanek podjęcia badań nad standardami ŚDS były sygnały o niepokojących nieprawidłowościach w funkcjonowaniu ŚDS-pd. Badania nad opiniami ekspertów, a zwłaszcza kierowników domów, nie tylko potwierdziły te sygnały, lecz ujawniły także inne mankamenty. Do ważniejszych należą zastrzeżenia związane z oceną poniższych standardów.

*Standard „Uczestnicy ŚDS-pd”* – czyli zgodny z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego dobór użytkowników z poważnymi chorobami psychicznymi i głębszymi formami upośledzenia umysłowego wzbudził sporo kontrowersji; 78% respondentów akceptowało ten standard, natomiast 22% po-

stulowało udział uczestników z lekkimi zaburzeniami psychicznymi, nawet z niepsycho-tycznymi i lekkimi formami upośledzenia umysłowego. Respondenci uzasadniali te propozycje terapeutycznym jakoby wpływem osób z lekkimi zaburzeniami na przewlekle psychicznie chorych i głębiej upośledzonych umysłowo. Prawie wszyscy pozytywnie ocenili standard o pożądanej odrębności domów dla psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo. Odrębne programy rehabilitacyjno-terapeutyczne w mieszanych (psychicznie chorzy z upośledzonymi umysłowo) ŚDS-pd. Nieomal powszechna akceptacja tego wymogu powinna się, wg niektórych respondentów, ograniczać do pewnych zajęć, natomiast większość z nich może odbywać się wspólnie. Wymóg utrzymywania systematycznego kontaktu (1 raz w tygodniu) z już zrehabilitowanymi uczestnikami ŚDS spotkał się ze sprzeciwem 20% respondentów i względnie niskimi rangami pozostałych.

*Standard „Personel i szkolenie”*, który przewiduje, że kierownik ŚDS organizuje 1 raz w miesiącu „systematyczne szkolenie wewnętrzne” realizowane w formie samokształcenia, większość oceniła jako bardzo ważny, przy czym tylko nieliczni proponowali szkolenie częściej niż 1 raz w miesiącu, wielu chciałoby szkolić 1 raz na 2 lub 3 miesiące albo jeszcze rzadziej, a 8% respondentów uznało, że szkolenie jest niepotrzebne. Wymóg dotyczący udziału personelu 1 raz w miesiącu w szkoleniu zewnętrznym organizowanym przez pomoc społeczną, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne lub Polskie Towarzystwo Psychologiczne spotkał się z jeszcze mniejszym uznaniem – 10% skreśleń. Zapis o zatrudnieniu pracownika socjalnego aprobowano tylko w domach znajdujących się poza strukturą ośrodka pomocy społecznej.

*Standard „Pomieszczenia i wyposażenie”* przewiduje co najmniej jedną salę terapii zajęciowej (od ok. 15 do 20 m<sup>2</sup>) w ŚDS dla psychicznie chorych i dwie – w ŚDS dla niepełnosprawnych intelektualnie.

*Standard „Organizacja ŚDS-pd”*. Jednym z istotnych zapisów była nazwa – środowiskowy

dom samopomocy dla psychicznie chorych lub upośledzonych umysłowo. Większość respondentów aprobowała pierwszy element nazwy „środowiskowy dom samopomocy”, ale wielu kwestionowało drugi – diagnostyczny człon z powodu ryzyka stygmatyzujących implikacji. Niektórzy proponowali pierwszy człon z dodatkiem nazwy własnej np. „Więź”, „Ostoja”, „Nadzieja” itp. Brak ujednocionej nazwy istotnie utrudnia zbieranie rzetelnych danych statystycznych.

Grupowe formy zajęć rehabilitacyjno-terapeutycznych były tylko wyjątkowo kwestionowane. Warto jednak o tym wspomnieć, ponieważ mogą być wyrazem niezrozumienia przez niektórych kierowników ŚDS znaczenia oddziaływań grupowych w dążeniu do poprawy funkcjonowania społecznego uczestników. Samorząd uczestników ŚDS poddawano w wątpliwość nieco częściej niż grupowe formy zajęć, prawdopodobnie z tych samych powodów. Niektórzy eliminowali samorząd z obawy przed niekorzystnym jakoby wpływem rywalizacji, do której mógłby się przyczynić.

Współpraca z poradnią zdrowia psychicznego i szpitalem psychiatrycznym nie spotkała się z powszechną aprobatą (ponad 12% respondentów eliminowało ten wymóg). Opinie te mogą być wyrazem zarówno braku zainteresowania respondentów, jak i dotychczasowych trudności we współpracy z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, bądź też brakiem zaangażowania ze strony psychiatrów.

Wydawałoby się, że współpraca z rodziną, tą podstawową formą naturalnego oparcia społecznego, często wykorzystywaną w przewidywaniu trudnych sytuacji, nie powinna budzić żadnych wątpliwości. Pojedyncze przypadki eliminowania tej zmiennej, bądź przypisywania jej „mało ważnej rangi” przez (nielicznych wprawdzie) kierowników ŚDS ma swoją wymowę, bowiem jest sprzeczne z samą koncepcją ŚDS jako formą oparcia społecznego.

*Standard „Dokumentacja indywidualna”* nie budził większych zastrzeżeń. Tylko dwóch

respondentów kwestionowało zapis o świadomej zgodzie uczestnika na przyjęcie.

*Standard „Postępowanie przy przyjęciu”*. Rozbieżności w ocenie tego standardu sprawdzały się do celowości i sposobu oceny stanu fizycznego i psychicznego uczestnika przy przyjęciu.

*Standard „Postępowanie rehabilitacyjno-terapeutyczne”*. Indywidualny plan tego postępowania, będący odpowiednikiem indywidualnego planu opieki w domu pomocy społecznej, był interpretowany przez część respondentów jako program działalności domu dla wszystkich uczestników. Większość akceptowała ten wymóg, podkreślając udział uczestnika w opracowaniu tego planu. Psychoedukacja ukierunkowana na samodzielne korzystanie z PZP i farmakoterapii uzyskiwała lepszą ocenę niż współpraca z PZP, chociaż 5% respondentów wnosiło o eliminację tej zmiennej. Pierwszą część wymogu odnotowywania przebiegu postępowania rehabilitacyjno-terapeutycznego w indywidualnej dokumentacji 1 raz na tydzień aprobowano bez większych zastrzeżeń. Opory wzbudziła częstość wpisów, którą proponowano zastąpić takim sformułowaniami, jak: „w miarę potrzeby”, „nie częściej niż wymaga tego sytuacja”, „od 1 do 6 miesięcy” itp.

*Standard „Ocena wyników postępowania”* nie budził większych oporów, jednakże został całkowicie zmieniony przez autorów. Projekt uwzględnił ocenę stanu psychicznego uczestnika 1 raz na rok, ocenę postępów w zakresie rehabilitacji 1 raz na 2 lata.

### **Środowiskowe domy samopomocy – pomoc mieszkaniowa**

Wypełnione kwestionariusze środowiskowych domów samopomocy – pomoc mieszkaniowa zwróciło 15 kierowników. Kilku z nich załączyło mniej lub bardziej obszernie komentarze i uzasadnienie wprowadzenia nowych zmiennych lub eliminacji proponowanych zmiennych. Przeważająca większość respondentów akceptowała 97% spośród 82 zmien-

nych, w tym 8 standardów i 74 substandardów rangując je jako: bardzo ważne – 55%, ważne – 31%, dość ważne – 9%, mało ważne – 2% i nieważne – 3%. Wyeliminowano tylko dwie zmienne przez niewielką większość respondentów. Z analizy zebranego materiału wynikają następujące spostrzeżenia.

*Standard „Mieszkańcy ŚDS-pm”* – był akceptowany przez wszystkich i rangowany jako ważny lub bardzo ważny. Zapisy charakterystyki wzbudziły kilka kontrowersji. Pierwsza dotyczyła liczby mieszkańców (nie mniej niż 5 i nie więcej niż 20). Z dwóch respondentów, którzy skreślili ten zapis – jeden optował za mniej niż 5 osobami, a jeden więcej niż 20. Kolejna rozbieżność dotyczyła okresu próbnego: w dwóch odpowiedziach optowano za 4 miesiącami i 6 miesiącami, a jeden z respondentów skreślił omawiany wymóg.

*Standard „Personel i szkolenie”*. Większość (87%) aprobowała co najmniej średnie wykształcenie kierownika domu i przygotowanie w zakresie rehabilitacji. Wszyscy akceptowali projektowane wskaźniki czasu pracy personelu (8 godzin w ŚDS dla psychicznie chorych – typ A i 24 godziny w ŚDS dla upośledzonych umysłowo – typ B) i szkolenie personelu.

*Standard „Pomieszczenia i wyposażenie”* – został przyjęty przez wszystkich.

*Standard „Organizacja ŚDS-pm”* – uzyskał pozytywną odpowiedź zdecydowanej większości respondentów. Proponowaną nazwę ŚDS-pm typu A akceptowało 85% respondentów (nie ma dwóch domów o takiej samej nazwie, a niektóre ŚDS-pm funkcjonują pod nazwą domu pomocy społecznej), a typu B – 77%. Zapewnienie mieszkańcom trzech posiłków dziennie przyjęło 70% ekspertów. Zapis o zapewnieniu mieszkańcom odzieży i obuwia, a także środków niezbędnych dla higieny osobistej eliminowano niewielką przewagą negatywnych opinii (53% i 62%). Zapis o odpłatności do 70% dochodu mieszkańca za korzystanie z domu akceptowało zaledwie 54% ekspertów; przeciwnicy tego zapisu uzasadniali

stanowisko tym, że tak wysoka odpłatność będzie przyczyniać się do „ubezwłasnowolnienia”, „zwolnienia z odpowiedzialności” mieszkańców. Niektórzy sądzą, że odpłatność nie powinna być wyższa niż 50% dochodów. Wg innych – mieszkańcy ŚDS-pm powinni ponosić pełne koszty utrzymania. Pozostałe zapisy dotyczące dokumentacji zbiorczej, regulaminu, współpracy z innymi organizacjami, aprobowali wszyscy, a wymogi związane z samorządem mieszkańców i sprawozdawczością – zdecydowana większość. Wg pojedynczych opinii, wybory do samorządu powinny odbywać się co najmniej raz na rok.

*Standard „Indywidualna dokumentacja”* – został zatwierdzony przez wszystkich, w tym przez 77% jako bardzo ważny.

*Standard „Postępowanie przy przyjęciu”* – akceptowali wszyscy. Zapisy dotyczące wywiadu od mieszkańca zatwierdzili wszyscy lub prawie wszyscy (od 85% do 92%).

*Standard „Postępowanie rehabilitacyjne”* – został przyjęty przez wszystkich respondentów i uzupełniony o opracowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego. Jeden z ekspertów domagał się, aby postępowanie rehabilitacyjne podejmował lekarz. Pierwszy zapis o zgodzie mieszkańca na postępowanie wzbudził kontrowersje: został przyjęty przez większość (72%) i oprotestowany przez 28%, w tym 2 odpowiedzi „nie” i 1 – „mało ważny”. Pozostałe wymogi akceptowali wszyscy z wyjątkiem zapisu 7.2.3.1. (rozwiązanie zainteresowań), ocenionego jeden raz jako mało ważny i zapisu 7.9. „krótkie notatki z przebiegu postępowania” powinien sporządzać każdy członek personelu, a nie kierownik domu.

*Standard „Wyniki postępowania rehabilitacyjnego”* – przyjęto prawie jednogłośnie jako bardzo ważny i ważny. Zapisy charakterystyki ujawniły pewne rozbieżności dotyczące: po pierwsze – stanu psychicznego, który dwóch respondentów proponowało oceniać dopiero po 30 dniach, po drugie – jeden ekspert chciałby oceniać postępy rehabilitacji co 12 miesięcy.

## OMÓWIENIE

Podsumowując ogólne zasady projektów standardów ŚDS-pd i ŚDS-pm stwierdzamy, że:

---

Środowiskowe domy samopomocy są formami oparcia społecznego przeznaczonymi dla osób przewlekle chorych psychicznie lub z głębszymi stopniami upośledzenia umysłowego, które mają poważne trudności w życiu codziennym i wymagają postępowania rehabilitacyjno-terapeutycznego w warunkach pobytu dziennego lub pobytu w chronionych warunkach mieszkaniowych. Zadaniem ŚDS jest podtrzymanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz zapewnienie tym osobom okresowej lub stałej pomocy mieszkaniowej.

---

### Standardy

*Uczestnicy i mieszkańcy ŚDS-pd i ŚDS-pm.* Uczestnikami ŚDS-pd i ŚDS-pm są osoby chore psychicznie (typ A) lub niepełnosprawne intelektualnie z głębszymi stopniami upośledzenia umysłowego (typ B), które mają poważne trudności w życiu codziennym i wymagają okresowego lub stałego pobytu w chronionych warunkach mieszkaniowych.

*Personel ŚDS-pd i ŚDS-pm.* W domach zatrudniony jest personel przygotowany do wykonywania zadań rehabilitacyjno-terapeutycznych i do zapewnienia mieszkańcom codziennej, bezpiecznej egzystencji oraz podtrzymania i rozwijania umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia.

*Pomieszczenia i wyposażenie ŚDS-pd i ŚDS-pm.* Domy dysponują pomieszczeniami i sprzętem niezbędnym do realizacji zadań rehabilitacyjno-terapeutycznych oraz do realizowania (ŚDS-pm) okresowej lub stałej pomocy mieszkaniowej i zapewnienia innych podstawowych potrzeb bytowych i oparcia społecznego.

*Organizacja ŚDS-pd i ŚDS-pm.* Organizacja domów jest dostosowana do zadań re-

habilitacyjno-terapeutycznych oraz do zapewnienia pomocy mieszkaniowej (ŚDS-pm) i zaspokojenia innych podstawowych potrzeb bytowych mieszkańców.

*Dokumentacja indywidualna w ŚDS-pd i ŚDS-pm.* Domy prowadzą dokumentację indywidualną każdego uczestnika (ŚDS-pd) lub mieszkańca (ŚDS-pm).

*Postępowanie przy przyjęciu do ŚDS-pd i ŚDS-pm.* Przy przyjęciu należy zebrać wywiad od uczestnika (ŚDS-pd), mieszkańca (ŚDS-pm) lub przedstawiciela ustawowego tych osób oraz ocenić ich stan fizyczny i psychiczny.

*Postępowanie rehabilitacyjno-terapeutyczne w ŚDS-pd i ŚDS-pm.* Przewiduje się opracowanie indywidualnego planu postępowania rehabilitacyjno-terapeutycznego obejmującego trening umiejętności społecznych i interpersonalnych, psychoedukację i inne zajęcia w zależności od potrzeb oraz prowadzenie notatek z przebiegu tego postępowania.

*Ocena wyników postępowania rehabilitacyjno-terapeutycznego w ŚDS-pd i ŚDS-pm.* Wyniki postępowania rehabilitacyjno-terapeutycznego wszystkich uczestników i mieszkańców są oceniane okresowo.

Celem badania było opracowanie standardów – wymaganego sposobu postępowania rehabilitacyjnego i warunków jego realizacji – dla dwóch organizacyjnych form środowiskowych domów samopomocy. Standardy te mają umożliwić: (1) zgodność funkcjonowania tych placówek z wymogami Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, (2) ujednoczenie działalności tych domów, (3) dostarczenie narzędzi oceny jakości domów przez kontrolę wewnętrzną i zewnętrzną.

Zgodność z wymogami Ustawy polega, z jednej strony – na doborze właściwych kategorii użytkowników i mieszkańców – osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi i głębszymi stopniami upośledzenia umysłowego mającymi poważne trudności w życiu codziennym, z drugiej strony – na zastosowaniu takich metod postępowania rehabilitacyjnego, które będą podtrzymywać i rozwijać umiejętności niezbędne do samodziel-



nego i aktywnego życia. Zgodność z wymogami Ustawy oznacza również ograniczenie świadczeń rehabilitacyjnych i pomocy mieszkaniowej do względnie wąskiej grupy najbardziej potrzebujących, ze świadomym pominięciem osób z innymi psychotycznymi i niepsychotycznymi zaburzeniami, które mogą samodzielnie korzystać z pomocy zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Standaryzacja postępowania rehabilitacyjnego i warunków jego realizacji powinna przyczynić się do ujednoczenia działalności i poprawy jakości funkcjonowania tych domów. Zgodnie z projektem uwzględniającym opinie respondentów, standardy zawierają tylko zmienne obligatoryjne, co oznacza, że nieprzestrzeganie ich nie gwarantowałoby bezpieczeństwa i minimum komfortu podczas świadczenia usług rehabilitacyjnych i mieszkaniowych. Nie ogranicza to możliwości wzbogacania świadczeń w miarę posiadanych środków.

Projektowane standardy można bardzo łatwo przekształcić w narzędzia oceny jakości uzupełniając każdą zmienną (zasady i charakterystyki) o prostą skalę nominalną.

W nawiązaniu do wspomnianych zaleceń metodologicznych, wydaje się, że opracowane standardy:

- zawierają niezbędne zasady dobrego postępowania rehabilitacyjnego i warunków jego realizacji,
- odnoszą się bezpośrednio do jakości postępowania i jego warunków,
- są racjonalnie uzasadnione i mogą spełniać wymogi narzędzi oceny jakości,
- uzyskały wysoki stopień akceptacji respondentów, zarówno co do liczby standardów (94% zmiennych ŚDS-pd i 97% ŚDS-pm), jak i ich rangi (95% – najważniejsze i b. ważne, 86% – b. ważne i ważne). Mogłoby to świadczyć, że są one zgodne z oczekiwaniami większości respondentów.

Badania nad opiniami respondentów potwierdziły wcześniejsze sygnały o wadliwym funkcjonowaniu niektórych ŚDS, w szczególności: (1) o niezgodnym z Ustawą wykorzy-

staniu domów, (2) o przejmowaniu przez niektóre domy funkcji poradni zdrowia psychicznego, (3) o organizowaniu wspólnych zajęć dla psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo w części mieszanych domów, (4) o braku nadzoru specjalistycznego.

Rozmiar pierwszej z tych nieprawidłowości jest znaczny, bo ok. 22% domów dobiera sobie użytkowników z lekkimi, a nawet niepsychotycznymi zaburzeniami, co ogranicza dostępność ŚDS dla najbardziej potrzebujących, uzależnia osoby z lekkimi zaburzeniami (głównie zaburzenia nerwicowe, depresyjne, lekki stopień upośledzenia umysłowego) od tych domów i nie zapewnia im właściwego specjalistycznego leczenia. Zorganizowanie odrębnych programów rehabilitacyjnych dla obu kategorii użytkowników w dużych domach jest zadaniem względnie prostym. Trudna sytuacja ma miejsce w ŚDS na terenie wiejskich gmin lub małych miast, gdzie często przeważają użytkownicy z upośledzeniem umysłowym.

Poważnym mankamentem jest ograniczenie nadzoru do kontroli administracyjnej.

Badania ujawniły również niezbyt liczne, ale poważne nieprawidłowości wyrażające się w: niechętnym stosunku do szkolenia, obiektywnych trudnościach w organizowaniu szkolenia, kwestionowaniu grupowych form zajęć rehabilitacyjnych i psychoedukacyjnych, a także niedocenywanie współpracy z rodzinami i zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Pojedyncze nawet przypadki eliminowania tych zmiennych przez samych kierowników domów są zjawiskiem niepokojącym, ponieważ jest to oczywiście sprzeczne z pojęciem oparcia społecznego. Niezrozumiałe jest również skreślanie przez co piątego respondenta wymogu utrzymywania systematycznych kontaktów ze zrehabilitowanymi już psychicznie chorymi byłymi użytkownikami, którym zależy na przedłużeniu kontaktów z domem, chociażby 1 raz w tygodniu.

Badania nad środowiskowymi domami świadczącymi pomoc mieszkaniową wykazały jeszcze wyższy stopień akceptacji liczby

standardów i ich rang. Główne rozbieżności między respondentami dotyczyły: liczby osób w domach (większość akceptowała propozycję liczby od 5 do 20), długości okresu próbnego, zapewnienia mieszkańcom odzieży, obuwia, środków niezbędnych do zachowania higieny osobistej, odpłatności za korzystanie z domu i zgody na postępowanie rehabilitacyjne. Ten ostatni zapis kwestionowało prawie 30% respondentów, co świadczy, że kierownicy części domów nie orientują się w podstawowych przepisach Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nie wiedzą wobec kogo i gdzie można stosować postępowanie bez zgody.

## WNIOSKI

1. Większość respondentów akceptowało 94% zmiennych (standardów) dotyczących ŚDS-pd oceniając je w 55% jako najważniejsze i bardzo ważne.
2. Oceny względnie nielicznej części respondentów dotyczące niektórych bardzo istotnych zmiennych potwierdziły wcześniejsze sygnały o wadliwym funkcjonowaniu niektórych ŚDS-pd i ujawniły nowe nieprawidłowości wyrażające m.in.: niechętny stosunek kierowników do szkolenia, kwestionowanie grupowych form zajęć i samorządu podopiecznych, niezgodny z ustawą dobór użytkowników, kwestionowanie wymogu odrębności programów rehabilitacyjno-terapeutycznych dla dwóch głównych kategorii użytkowników oraz potrzeby współpracy ŚDS z poradniami zdrowia psychicznego, szpitalami psychiatrycznymi i rodzinami podopiecznych.
3. Większość respondentów akceptowała 97,6% zmiennych (standardów) dotyczących ŚDS-pm oceniając je jako: bardzo ważne – 55%, ważne – 31%, dość ważne – 9%, mało ważne – 2% lub nieważne – 3%.
4. Do bardziej istotnych rozbieżności w ocenach między respondentami należy zaliczyć zapisy o: liczbie mieszkańców w domu, zapewnieniu mieszkańcom odzieży i obuwia, zapewnieniu środków niezbędnych dla higieny osobistej, odpłatności za korzystanie z domu, pokrywaniu kosztów zakupu przedmiotów osobistego użytku, zgodzie na postępowanie rehabilitacyjne (zapis kwestionowało prawie 30% respondentów).

## PIŚMIENNICTWO

1. An Introduction to JCAH. Its Survey and Accreditation Process, Standard and Services: Department of Publication JCAH, Chicago 1985.
2. Consolidated Standards Manual: The Joint Commission, Mental Health, Substance Abuse, MR/DD Standards, Chicago 1989.
3. Dąbrowski S, Pietrzykowski J: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.
4. Dąbrowski S, Brodniak W, Gierlacki J, Welbel S: Środowiskowe domy samopomocy jako forma oparcia społecznego. Psychiatr. Pol. 1998, 4.
5. Donabedian A: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann. Arbor. Health Administration Press 1980.
6. Ortyl Z: Podnoszenie poziomu usług świadczonych w domach pomocy społecznej. Program Rozwoju Społeczno-Gospodarczego. Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej, Warszawa 1995.

*Adres: Prof. Stanisław Dąbrowski, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*

## ANEKS 1

### Fragmenty projektu standardów środowiskowych domów samopomocy

#### **Środowiskowy dom samopomocy – pobyt dzienny (ŚDS-pd)**

---

##### **Standardy**

Środowiskowy dom samopomocy – pobyt dzienny (ŚDS-pd) jest formą oparcia społecznego dla osób przewlekle chorych psychicznie lub z głębszymi stopniami upośledzenia umysłowego i dzieci autystycznych, które mają poważne trudności w życiu codziennym, ale mogą korzystać z postępowania rehabilitacyjnego w warunkach dziennego pobytu. Zadaaniem ŚDS-pd jest przede wszystkim podtrzymanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do życia.

##### **Organizacja ŚDS-pd**

4. *Standard:* organizacja ŚDS-pd dostosowana jest do zadań rehabilitacyjnych.

*Wymagana charakterystyka standardu:*

- 4.1. Obowiązuje jednolita nazwa „Środowiskowy Dom Samopomocy – Pobyt Dzienny A, B, AB lub C”:  
„A” dla osób przewlekle chorych psychicznie  
„B” dla osób niepełnosprawnych intelektualnie  
„AB” dla osób przewlekle chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie  
„C” dla dzieci autystycznych
- 4.2. ŚDS-pd działa co najmniej 5 razy w tygodniu po 8 godzin dziennie.
- 4.3. Zajęcia w ŚDS-pd organizuje się w grupach i podgrupach.
- 4.4. Regulamin ŚDS-pd uwzględnia standardy, specyficzne cechy określonego domu, prawa i obowiązki użytkowników.
- 4.5. Środowiskowy dom samopomocy współpracuje z:
  1. poradnią zdrowia psychicznego,
  2. szpitalem psychiatrycznym,
  3. ośrodkiem pomocy społecznej,
  4. organizacjami pozarządowymi,
  5. rodzinami i opiekunami użytkowników.
- 4.6. Współpracę z wymienionymi powyżej instytucjami odnotowuje się w rocznym sprawozdaniu z działalności ŚDS
- 4.7. W ŚDS organizuje się zespół rehabilitacyjny składający się z kierownika lub jego zastępcy, psychologa i terapeutów zajęciowych.
- 4.8. Zespół rehabilitacyjny zbiera się raz na tydzień w celu omówienia realizacji programu rehabilitacyjnego.
- 4.9. Użytkownikom ŚDS-pd zapewnia się płatne wyżywienie, co najmniej jeden posiłek dziennie, w zależności od dochodów użytkownika.
- 4.10. Użytkownicy ŚDS-pd wybierają samorząd.
- 4.11. Kierownik ŚDS-pd opracowuje sprawozdanie roczne z działalności jego placówki wg załączonego wzoru i przesyła je do ośrodka pomocy społecznej lub organizacji pozarządowej w zależności od podporządkowania organizacyjnego.

## Środowiskowy dom samopomocy – pomoc mieszkaniowa (ŚDS-pm)

---

### Standardy

Środowiskowy dom samopomocy – pomoc mieszkaniowa (ŚDS-pm – hostel) jest formą oparcia społecznego dysponującą chronionymi warunkami mieszkaniowymi dla osób przewlekłe psychicznie chorych lub upośledzonych umysłowo, którzy mają poważne trudności w życiu codziennymi i wymagają pobytu w warunkach chronionych. Zadaniem ŚDS-pm jest zapewnienie tym osobom okresowej lub stałej pomocy mieszkaniowej, zaspokojenie innych podstawowych potrzeb bytowych, organizowanie oparcia społecznego, głównie podtrzymywania i rozwijania umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia.

### Personel ŚDS-pm

Standard: ŚDS-pm zatrudnia personel przygotowany do zapewnienia mieszkańcom całodziennej bezpiecznej egzystencji oraz podtrzymania i rozwijania umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia.

*Wymagana charakterystyka standardu:*

- 2.1. Kierownik ŚDS-pm powinien mieć co najmniej średnie wykształcenie i przygotowanie w zakresie rehabilitacji psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie oraz uzyskać specjalizację z zakresu pomocy społecznej.
- 2.2. Wskaźnik zatrudnienia personelu rehabilitacyjnego (głównie terapeutów zajęciowych) w zależności od typu pomocy mieszkaniowej i w przeliczeniu na pełne etaty powinien wynosić w:
  - typie A (psychicznie chorzy) od 0,2 do 0,3 etatu na 1 mieszkańca,
  - typie B (upośledzeni umysłowo) od 0,4 do 0,6 etatu na 1 mieszkańca.
- 2.3. Personel ŚDS-pm zapewnia:
  - 8 godzinną opiekę w domu typu A,
  - 24 godzinną opiekę w domu typu B (co najmniej 1 osoba).
- 2.4. Personel ŚDS-pm uczestniczy co najmniej raz na rok w konferencjach, seminariach i szkoleniach organizowanych poza domem.