



Środowiskowe domy samopomocy na tle systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2000–2002

Community self-help houses as a part of the system of social support for people with mental disorders in the years 2000–2002

WŁODZIMIERZ ADAM BRODNIAK, STEFAN WELBEL

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. W latach dziewięćdziesiątych nastąpił w Polsce szybki rozwój środowiskowych form rehabilitacji i opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w ramach organów pomocy społecznej. Objął on 3 nowe formy działania: od 1995 r. środowiskowe domy samopomocy (ŚDS) i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz od 1992 r. warsztaty terapii zajęciowej. **Cel:** Zebranie podstawowych informacji o funkcjonujących w Polsce środowiskowych domach samopomocy. **Material i metoda:** Rozesłano ankietę „DOM 2001” do 315 istniejących domów opieki. Prawidłowe odpowiedzi nadeszły z 307 domów. **Wyniki:** W 2002 r. ponad 12 tys. osób objęto programem specjalistycznych usług opiekuńczych, a ponad 10 tys. uczestniczyło w warsztatach terapii zajęciowej. Środowiskowe domy samopomocy obejmowały programem rehabilitacyjnym w grudniu 2001 r. ponad 9 tys. osób, w tym 47% stanowili przewlekle chorzy psychicznie a 53% niepełnosprawni intelektualnie. Przedstawiono szczegółowe wyniki ankiety dotyczące kwalifikacji pracowników, oferty programowej i organizacji ŚDS. **Omówienie i wnioski:** Rozwój nowych form pomocy społecznej może wywrzeć pozytywny wpływ na jakość pomocy świadczonej osobom chorym psychicznie i niepełnosprawnym intelektualnie.

SUMMARY. In the 1990s there was a rapid development of community-based psychiatric care and rehabilitation provided within the framework of social welfare institutions in Poland. Three new forms of psychiatric care have been available to persons with mental disorders: community self-help houses, specialist nursing services (since 1995), and occupational therapy workshops (since 1992). **Aims:** Collection of basic information about community self-help houses functioning in Poland. **Material and method:** A questionnaire “HOUSE 2001” was mailed to 315 community self-help houses existing in the country; 307 of them responded and participated in the survey. **Results:** Over 12.000 persons entered the programme of specialist nursing services provision, and over 10.000 participated in occupational therapy workshops in the year 2002. Over 9.000 patients participated in rehabilitation programmes provided by community self-help houses; 47% of the participants had chronic mental disorders, and 53% were mentally disabled. Detailed results of the survey concerning qualifications of the staff, contents of the programme, and organisation of community self-help houses are presented. **Discussion and conclusions:** Development of these new forms of social support may contribute to a better quality of assistance provided to persons with mental disorders or mental disability.

Słowa kluczowe: system oparcia społecznego / środowiskowe domy samopomocy

Key words: social support system / community self-help houses

Rozwój systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest ściśle związany z praktycznie realizowaną w leczeniu i rehabilitacji chorób psychicznych ideą psychiatrii środowiskowej.

Zdaniem Cockerhama [3] w XX wieku w psychiatrii nastąpiły trzy rewolucje. Pierwsza jest związana z pracami Zygmunta Freuda i rozwojem psychiatrii psychodynamicznej w pierwszej połowie XX wieku. Druga miała

miejsce na początku lat pięćdziesiątych wraz z szerokim wprowadzeniem do leczenia chorych psychicznie leków psychotropowych. Trzecia rewolucja rozpoczęła się najpierw w latach sześćdziesiątych w USA, a w następnych dekadach w innych krajach na świecie w momencie praktycznej realizacji w modelu terapii i rehabilitacji zaburzeń psychicznych koncepcji psychiatrii środowiskowej.

Podstawowym założeniem tej koncepcji jest taka reorganizacja całego systemu leczenia psychiatrycznego i pomocy społecznej, aby proces leczenia i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi miał miejsce w największym możliwym zakresie w ich naturalnym środowisku społecznym. Oznaczało to w pierwszym rzędzie skrócenie do niezbędnego minimum hospitalizacji psychiatrycznych i leczenia chorych w małych oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych blisko ich miejsca zamieszkania. Kolejnym etapem praktycznej realizacji zasad psychiatrii środowiskowej był rozwój różnych pośrednich form leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej, takich jak: oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, czy tzw. leczenie domowe, niezależnie od coraz bardziej zróżnicowanej oferty usług w ramach lecznictwa ambulatoryjnego, w tym lecznictwa odwykowego, a także w zakresie psychiatrii konsultacyjnej. Trzecim etapem rozwijania środowiskowego rynku usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi było wprowadzenie nowych form rehabilitacji i pomocy społecznej oraz szerokiego rozwoju ruchu samopomocowego w ramach sektora organizacji pozarządowych i związanego z nim ruchu praw pacjenta psychiatrycznego.

Ciekawe i inspirujące podsumowanie idei psychiatrii środowiskowej traktowanej jako system i metodę realizacji celów psychiatrii na szerokim tle społecznych uwarunkowań przedstawił w swojej pracy Wciórka [11]. Szeroki przegląd literatury na temat kierunków i metod badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej, problemów koordynacji różnych form leczenia i zakwaterowania chronionego dla osób chorych psychicznie został przedsta-

wiony w trzech publikacjach Boguszewskiej i Słupczyńskiej-Kossobudzkiej [1, 7, 8].

W Polsce praktyczne wprowadzenie na szerszą skalę form pośrednich i środowiskowych leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej, a szczególnie systemu środowiskowego oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi nastąpiło dopiero w ostatniej dekadzie XX wieku. Proces ten znacznie został zintensyfikowany przez uchwalenie 19 sierpnia 1994 r. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, której przepisy obowiązują od stycznia 1995 r.

Art. 8 i art. 9 tej ustawy ustanowiły dwie nowe środowiskowe formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi: specjalistyczne usługi opiekuńcze i środowiskowe domy samopomocy, które są realizowane przez organy pomocy społecznej w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zakres i formy specjalistycznych usług opiekuńczych reguluje rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z grudnia 1996 r. Zasady funkcjonowania i organizacji środowiskowych domów społecznych nie są obecnie jeszcze prawnie ujęte w formie rozporządzenia MPiPS. W formie urzędowego zalecenia istnieją tylko wysłane w październiku 2001 r. do wojewodów *Wskazówki dotyczące organizacji i funkcjonowania środowiskowego domu samopomocy*, podpisane przez wiceministra Pracy i Polityki Społecznej. Wskazówki te zostały opracowane na podstawie szerokich badań nad standardami działania i organizacji ŚDS zrealizowanymi przez zespół ekspertów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii pod kierunkiem Dąbrowskiego [5, 6].

Do stworzenia większej oferty w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej przyczyniło się także powołanie na początku lat dziewięćdziesiątych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Ze środków tego funduszu jest finansowana sieć Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ), ważnej formy oparcia społecznego służącej aktywizacji zawodowej i rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych psychicznie.

Drugim ważnym dokumentem, który podobnie jak Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wpłynął znacząco na rozwój środowiskowych form leczenia i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi był zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w 1995 r. *Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, opracowany przez zespół ekspertów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii we współpracy z europejskim regionalnym biurem WHO. Definicje, podstawy prawne i zasady funkcjonowania systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce zostały wielostronnie opisane w kilku publikacjach Dąbrowskiego, Brodniaka i Welbla oraz innych autorów [2, 4, 9, 11, 12, 13].

Ponieważ to opracowanie koncentruje się na badaniach nad istotnym, ale tylko jednym z elementów systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi – środowiskowymi domami samopomocy – przedstawimy w skrócie najważniejsze i najnowsze dostępne dane statystyczne dotyczące rozpowszechnienia pośrednich form leczenia psychiatrycznego oraz środowiskowych form rehabilitacji i opieki w ramach systemu pomocy społecznej.

W 2001 r. w ramach pośredniej psychiatrycznej opieki zdrowotnej działały 143 oddziały dzienne z 3074 miejscami, w tym 94 oddziały psychiatryczne z 2073 miejscami. Pozostałe, to oddziały dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, dla chorych z zaburzeniami nerwicowymi oraz dla dzieci i młodzieży. Z tej formy terapii w 2001 r. skorzystało 13024 pacjentów. W tym roku działały także 22 oddziały leczenia środowiskowego, które objęły leczeniem 3333 pacjentów [14].

Według szacunkowych danych Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w 2002 r. działało 415 Warsztatów Terapii Zajęciowej, w których rehabilitowało się ok. 10000 osób, w tym blisko 90% z niepełnosprawnych intelektualnie, a tylko ok. 10%, czyli ok. 1000 osób chorych psychicznie.

Informacje Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wskazują, że ze specjalistycznych

usług opiekuńczych skorzystało w 1997 r. ponad 6000 osób przewlekle chorych psychicznie, w 1998 r. – 10360, w 2000 r. prawie 11000, a w 2001 r. już ok. 12000 osób.

CEL

Podstawowym celem badań była ilościowa ocena rozpowszechnienia trzech typów środowiskowych domów samopomocy (ŚDS) oraz mieszkań chronionych (hosteli) – według województw, ich struktury i zasad funkcjonowania, kwalifikacji kadry kierowniczej i personelu tych ośrodków, typu użytkowników w podziale na trzy rodzaje placówek, form realizowanych programów rehabilitacji społecznej, źródeł finansowania tych domów i współpracy z innymi instytucjami, w tym zwłaszcza z organizacjami pozarządowymi.

MATERIAŁ I METODA

Opracowano kwestionariusz *DOM 2001* (dostępny u autorów) składający się z 14 pytań, który rozesłano drogą pocztową do 315 ŚDS działających w całym kraju w grudniu 2001 r. Adresy ośrodków uzyskano z 16 wydziałów spraw społecznych urzędów wojewódzkich. Po kilku monitach uzyskano w okresie do połowy 2002 r. – 307 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy. W pozostałych 8 przypadkach – 6 domów było w początkowej fazie organizacji, a 2 kwestionariusze wypełnione były niekompletnie i nie nadawały się do zbiorczej analizy statystycznej. W ramach organizacyjnych 38 domów działały także mieszkania chronione, nazywane również hostelami.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Tabl.1 przedstawia liczbę i strukturę ŚDS wg województw, rodzaju domu i liczby użytkowników. Zawiera także podstawowe dane na temat liczby mieszkań chronionych i ich

Tablica 1. Rozmieszczenie środowiskowych domów samopomocy w Polsce. Stan w dniu 31 grudnia 2001 r.

Lp.	Województwo	Środowiskowe domy samopomocy								Mieszkania chronione	
		typ A		typ B		typ AB		Razem A + B + AB			
		domy	miejsca	domy	miejsca	domy	miejsca	domy	miejsca	domy	miejsca
R A Z E M		49	1520	58	1591	200	5673	307	8784	38	328
1.	Dolnośląskie	–	–	1	35	12	376	13	411	1	4
2.	Kujawsko-pomorskie	–	–	–	–	13	411	13	411	1	2
3.	Lubelskie	4	163	3	95	9	262	16	520	3	50
4.	Lubuskie	1	25	4	84	13	321	18	430	1	2
5.	Łódzkie	3	192	2	52	16	488	21	732	4	69
6.	Małopolskie	6	177	5	143	13	358	24	678	1	4
7.	Mazowieckie	9	291	14	380	10	280	33	951	3	9
8.	Opolskie	–	–	–	–	8	290	8	290	1	2
9.	Podkarpackie	2	40	–	–	20	530	22	570	2	10
10.	Podlaskie	1	20	2	36	5	120	8	176	–	–
11.	Pomorskie	3	90	11	239	21	468	35	797	3	11
12.	Śląskie	8	184	4	160	17	599	29	943	11	80
13.	Świętokrzyskie	5	108	1	15	6	130	12	253	1	18
14.	Warmińsko-mazurskie	2	90	2	68	7	297	11	455	1	2
15.	Wielkopolskie	4	100	6	204	16	402	26	706	5	65
16.	Zachodniopomorskie	1	40	3	80	14	341	18	461	–	–

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

rozmieszczenia wg województw. Informacje te wskazują, że największa liczba ŚDS znajduje się kolejno w województwach: pomorskim, mazowieckim, śląskim, wielkopolskim i małopolskim. Zdecydowanie najczęściej jest domów typu AB, w których przebywają dwie grupy użytkowników – przewlekle chorzy psychicznie i niepełnosprawni intelektualnie. Domy typu AB stanowią 65% wszystkich ŚDS, domy typu A dla przewlekle chorych psychicznie tylko 16% i domy typu B dla niepełnosprawnych intelektualnie – 19%. W województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i opolskim nie ma domów typu A, a kujawsko-pomorskim, opolskim i podkarpackim brak domów typu B. Domy typu AB są we wszystkich województwach.

Mieszkania chronione nie zostały zorganizowane w województwach podlaskim i zachodniopomorskim. Najwięcej mieszkań chronionych jest w woj. śląskim, a następnie w woj. wielkopolskim i łódzkim. Mieszkania chronione wg zebranych danych dysponują 328 miejscami. Ta forma środowiskowej rehabilitacji jest jeszcze stosunkowo słabo rozpowszechniona, głównie ze względu na brak uregulowań prawnych.

W domach dziennego pobytu (tabl. 2) na początku 2002 r. przebywało 8784 użytkowników, w tym 4139 osób przewlekle chorych psychicznie (47%) i 4645 niepełnosprawnych intelektualnie (53%).

Tabl. 3 wskazuje, że prowadzenie większości domów (72,3%) stanowi zadanie zleco-

Tablica 2. Liczba osób korzystających ze ŚDS – stan w dniu 31 grudnia 2001

Rodzaj trudności uczestników ŚDS	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zaburzenia psychiczne	1601	98,9	11	0,7	2461	44,3	4073	46,7
Niepełnosprawność intelektualna	18	1,1	1532	99,3	3095	55,7	4645	53,3
Razem	1619	100,0	1543	100,0	5556	100,0	8718	100,0

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

Tablica 3. Sposób organizacji ŚDS

ŚDS jest prowadzony jako	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zadanie zlecone gminie	30	61,2	31	53,4	161	80,5	222	72,3
Zadanie zlecone powiatowi	10	20,4	8	13,8	14	7,0	32	10,4
Zadanie zlecone organizacji pozarządowej	8	16,3	13	22,4	19	9,5	40	13,0
Inne	1	2,1	6	10,4	6	3,0	13	4,3
Razem	49	100,0	58	100,0	200	100,0	307	100,0

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

Tablica 4. Wykształcenie kierownika ŚDS

Wykształcenie	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Średnie	3	6,1	2	3,4	36	18,0	41	13,4
Pomaturalne	2	4,1	3	5,2	16	8,0	21	6,8
Wyższe	44	89,8	53	91,4	148	74,0	245	79,8
Razem	49	100,0	58	100,0	200	100,0	307	100,0

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

ne gminie. Na dalszych pozycjach ulokowały się organizacje pozarządowe (13%) i powiaty (10,4%). Część ŚDS (4,3%) zaznaczyła dwie instytucje, które prowadzą jako zadanie zlecone określony dom, np. gmina i organizacja pozarządowa. Najwięcej domów prowadzonych

przez organizacje pozarządowe można zauważyć w grupie ośrodków dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (22%).

Zwraca uwagę relatywnie wysoki poziom wykształcenia kadry kierowniczej (tabl. 4). Wśród ogółu kierowników ŚDS – 79,8%

Tablica 5. Zawód kierownika ŚDS

Zawód	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Psycholog	11	22,4	5	8,6	11	5,5	27	8,8
Pedagog	17	34,7	29	50,0	75	37,5	121	39,4
Pracownik socjalny	2	4,1	4	6,9	38	19,0	44	14,3
Inny	19	38,8	20	34,5	76	38,0	115	37,5
Razem	49	100,0	58	100,0	200	100,0	307	100,0

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

Tablica 6. Posiadania lub nieposiadanie specjalizacji przez kierownika ŚDS

Specjalizacja kierownika ŚDS	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	34	69,4	38	65,5	123	61,5	195	63,5
Nie	15	30,6	20	34,5	77	38,5	112	36,5
Razem	49	100,0	58	100,0	200	100,0	307	100,0

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

legitymuje się wykształceniem wyższym, w tym w domach typu B – 91,4%, typu A – 89,8%, a typu AB – 74%. Ten rozkład wskazuje, że w domach typu A i B rzadziej są kierownicy z wykształceniem średnim i pomaturalnym, a w domach typu AB znacznie częściej.

Kierownicy ŚDS (tabl. 5) są z zawodu najczęściej pedagogami (blisko 40%), następnie pracownikami socjalnymi (ponad 14%) i psychologami (blisko 9%). Ponad 37% kierowników reprezentuje inne zawody, często mało lub zupełnie niezwiązane z profilem tych placówek

Specjalizację z zakresu pomocy społecznej uzyskało ponad 63% kierowników, największy odsetek cechuje grupę kierowników domów typu A, kolejno w domach typu B i relatywnie najmniej w domach typu AB (tabl. 6).

W tabl. 7 przedstawiono przygotowanie zawodowe personelu – ogólnie i w przeli-

czeniu na jeden dom – zatrudnionego w ŚDS w poszczególnych grupach zawodowych bez uwzględnienia wymiaru czasowego zatrudnienia w podziale na etat, część etatu lub tzw. godziny. Po przeliczeniu tych pozornie wysokich liczb personelu na przeciętną w jednej placówce, można zaobserwować jak znaczne niedobory kadrowe w różnych grupach zawodowych mają miejsce we wszystkich typach ŚDS. Warto podkreślić, że znaczna część zwłaszcza psychologów, lekarzy psychiatrów, pielęgniarek i pracowników socjalnych pracuje w tych domach na część etatu, często tylko kilka godzin tygodniowo. Grupa innych zawodów obejmuje 413 innych pracowników. Są to przede wszystkim różnego rodzaju rehabilitanci, np. kinezyterapeuci, plastycy oraz zawody techniczne.

W badanych 307 ŚDS i 38 mieszkaniach chronionych najczęściej stosowane formy działań rehabilitacyjnych (tabl. 8), to: treningi

Tablica 7. Zawód pracowników ŚDS – przedstawiono osoby (nie etaty)

Zawód personelu	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	liczba osób/dom	n	liczba osób/dom	n	liczba osób/dom	n	liczba osób/dom
Psycholodzy	70	1,4	35	0,6	133	0,7	238	0,8
Terapeuci zajęciowi	153	3,1	210	2,6	664	3,3	1027	3,3
Pracownicy socjalni	50	1,0	24	0,4	127	0,6	201	0,7
Pielęgniarki	53	1,1	47	0,8	196	1,0	296	1,0
Pracownicy administracyjno-gospodarczy	127	2,6	166	2,8	485	2,4	778	2,5
Lekarze psychiatrzy	27	0,5	12	0,2	73	0,4	112	0,4
Inni lekarze	1	–	11	0,2	7	0,03	19	0,1
Inni	24	0,5	134	2,3	255	1,3	413	1,3

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

Tablica 8. Formy rehabilitacji zawodowej i społecznej w ŚDS

Formy pracy	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trening umiejętności codziennych	41	83,7	49	84,5	169	84,5	259	84,4
Trening umiejętności społecznych	41	83,7	49	84,5	167	83,5	257	83,7
Terapia zajęciowa	45	91,8	53	91,4	185	92,5	283	92,2
Kinezyterapia	18	36,7	36	62,0	103	51,5	157	51,1
Psychoterapia	23	46,9	10	17,2	56	28,0	89	29,0
Nauka umiejętności zawodowych	8	16,3	6	10,3	19	9,5	33	10,7
Rozrywki, kino, teatr	4	8,2	4	6,9	14	7,0	22	7,2
Sport, turnusy	11	32,4	15	25,9	27	13,5	53	17,3
Klub, kawiarnia	23	46,9	14	24,1	53	26,5	90	29,3
Inne	35	71,4	30	51,7	105	52,5	170	55,4

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

umiejętności życia codziennego, w tym trening samoobsługi – przeciętnie we wszystkich trzech rodzajach domów od 83% do 85% ich liczby, treningi umiejętności społecznych i interpersonalnych – także w granicach 84% oraz terapia zajęciowa, która ma miejsce w 92% wszystkich rodzajów domów. W domach typu A częściej zaznacza się psychoterapię i taką

formę jak klub i kawiarnia, a w domach typu B – kinezyterapię i turnusy rehabilitacyjne.

Ponad 77% ŚDS funkcjonuje 5 razy w tygodniu po 8 godzin dziennie, 23% dłużej, w tym 16 (ponad 5%) także w soboty (tabl. 9).

Innym istotnym wskaźnikiem warunków, w jakich działają ŚDS, jest powierzchnia przypadająca na jednego użytkownika. Ma

Tablica 9. Czas funkcjonowania ŚDS

Czas	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5 razy w tygodniu do 8 godzin	35	71,4	42	72,4	160	80,0	237	77,2
Powyżej 8 godzin	14	28,6	16	27,6	40	20,0	70	27,8
Także w soboty	7	14,3	1	1,7	8	4,0	16	5,2

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

Tablica 10. Powierzchnia pomieszczeń ŚDS

Powierzchnia	Typ A	Typ B	Typ AB
Najmniejsza powierzchnia w m ² na 1 mieszkańca	6	7	6
Największa powierzchnia w m ² na 1 mieszkańca	20	19	19
Średnia powierzchnia w m ² na 1 mieszkańca	11	12	12

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

Tablica 11. Źródła finansowania działalności ŚDS

Źródło	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wojewoda	41	83,7	41	70,7	180	90,0	262	85,3
Powiat	5	10,2	6	10,3	8	4,0	19	6,2
Gmina	7	14,3	13	22,4	17	8,5	37	12,1
Organizacja pozarządowa	6	12,2	11	19,0	19	9,5	36	11,7
Inne	–	–	5	8,6	–	–	5	1,6

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

to szczególne znaczenie ze względu na jakość i możliwości realizowania programu rehabilitacyjnego. W domach typu A na jednego użytkownika przypada w zależności od domu od 6 do nawet 20 m². W domach typu B od 7 do 19 m² i w domach typu AB od 6 do 19 m² powierzchni na jedną osobę. Średnio we wszystkich rodzajów domów, na jednego użytkownika przypada 12 m² powierzchni (tabl. 10)

Tabl. 11 informuje o źródłach finansowania ŚDS. Ponad 85% domów jest finansowanych z budżetu wojewody. Prawie 30% domów wskazuje jako źródło finansowania powiat, gminę i organizacje pozarządowe, co oznacza, że część domów – co najmniej ok. 15% jest finansowana przynajmniej przez dwie instytucje.

Wszystkie domy deklarują szeroką współpracę z poradniami zdrowia psychicznego,

Tablica 12. Współpraca ŚDS z innymi instytucjami

Typ placówki	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Poradnia zdrowia psychicznego	46	93,9	31	53,4	164	82,0	241	78,5
Urząd powiatu, gminy	40	81,6	41	70,7	178	89,0	259	84,4
OPS, MOPS	45	91,8	52	90,0	190	95,0	287	93,5
Organizacja kościelna	17	34,7	27	46,5	84	42,0	128	41,7
Szpital psychiatryczny	26	53,1	5	8,6	44	22,0	75	24,4
WTZ	5	10,2	6	10,3	29	14,5	40	13,0
Inne ŚDS, DPS	14	28,6	14	24,1	64	32,0	92	30,0
Inne	16	32,7	38	65,5	119	59,5	173	56,4

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

Tablica 13. Współpraca ŚDS z organizacjami pozarządowymi

Współpraca	Typ A		Typ B		Typ AB		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	38	77,5	47	81,0	144	72,0	229	74,6
Nie	11	22,5	11	19,0	56	28,0	78	25,4
Razem	49	100,0	58	100,0	200	100,0	307	100,0

typ A – tylko dla osób przewlekle chorych psychicznie

typ B – tylko dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

typ AB – dla obu kategorii ww. osób

urzędami powiatowymi i gminnymi, ośrodkami pomocy społecznej, organizacjami kościelnymi i innymi ŚDS. W domach typu A podkreśla się także często współpracę ze szpitalem psychiatrycznym, a w domach typu B i AB raczej rzadko zaznaczano związki z warsztatami terapii zajęciowej (tabl. 12).

Interesującą informacją jest zakres współpracy ŚDS z organizacjami pozarządowymi, w tym samopomocowymi. Taką współpracę deklaruje 209 domów, czyli prawie 75% ich liczby. Stosunkowo najwięcej tego rodzaju organizacji działa w domach typu B, a następnie w domach typu A i najmniej w domach typu AB. Jednak różnice te nie są duże i zawierają się między 81% a 72% badanych ŚDS (tablica 13).

WNIOSKI

W ostatniej dekadzie XX wieku nastąpił szybki rozwój środowiskowych form rehabilitacji i opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w ramach organów pomocy społecznej. Powstały trzy nowe formy: środowiskowe domy samopomocy i specjalistyczne usługi opiekuńcze – od 1995 r. oraz warsztaty terapii zajęciowej – od 1992 r.

Środowiskowe domy samopomocy w grudniu 2001 r. obejmowały programem rehabilitacyjnym ponad 9000 osób. Na początku 2003 r. w całym kraju funkcjonuje już 370 ŚDS z 10656 miejscami. W 2002 r. ponad 12 tys. osób objął program specjalistycznych usług opiekuńczych, a ponad

10 tys. działaność warsztatów terapii zajęciowej. Wszystkie te placówki tworzą środowiskowy system oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Pozytywną ocenę efektywności środowiskowych form rehabilitacji psychiatrycznej w stosunku do tradycyjnych form opieki potwierdzają ostatnio opublikowane badania Załuskiej i Paszko [15]. Ich wyniki wskazują, że objęcie pacjentów przewlekle chorych psychicznie rehabilitacją i oparciem społecznym w ramach ŚDS, WTZ i specjalistycznych usług opiekuńczych (SUO) istotnie ogranicza hospitalizacje, prowadząc do istotnego skrócenia czasu pobytu i redukując ich liczbę. Najlepsze efekty w tym zakresie daje połączenie uczestnictwa w placówce dziennej – ŚDS i WTZ z wykorzystaniem specjalistycznych usług opiekuńczych w domu.

W 2002 r. zostało zarejestrowane Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pracowników Środowiskowych Domów Samopomocy i Sympatyków Działalności Domów, które tworzy ważną organizację pozarządową reprezentującą interesy pracowników i użytkowników tych domów.

PIŚMIENNICTWO

1. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E. Kierunki i metody badań ewaluacyjnych psychiatrii środowiskowej na świecie w latach 1993–2000. *Post Psychiatr Neurol* 2002; 11 (3): 87–196.
2. Cechnicki A, Kaszyński H. Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (3): 427–34.
3. Cockerham WC. *Sociology of mental disorder*. New Jersey: Preutice Hall; 2000.
4. Dąbrowski S, Brodniak WA, Gierlacki J, Welbel S. Środowiskowe domy samopomocy jako forma oparcia społecznego. *Psychiatr Pol* 1998; 32 (4): 453–62.
5. Dąbrowski S, Brodniak WA, Welbel S. Badania nad standardami środowiskowych domów samopomocy (ŚDS) w formie pobytu dziennego. *Wiadomości Psychiatryczne* 2001; 4: 33–7.
6. Dąbrowski S, Brodniak WA, Welbel S. Projekt standardów środowiskowych domów samopomocy. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (3): 443–54.
7. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Koordynacja leczenia – przegląd literatury światowej. *Post Psychiatr Neurol* 2002; 11 (3): 197–201.
8. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L. Zakwaterowanie chronione – metaanaliza informacji z literatury. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (3): 415–25.
9. Sterna W. Problemy środowiskowych domów samopomocy. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (3): 435–41.
10. Wciórka J. Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9 (3): 319–38.
11. Welbel S, Brodniak W. Propozycje rozwiązań w zakresie systemów pomocy środowiskowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w kontekście ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W: *Psychiatria i Ekologia*. Katowice: Oddział Śląski PTP; 1997: 303–8.
12. Welbel S, Brodniak WA. Rozwój systemu społecznego oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce w latach dziewięćdziesiątych. *Sztuka Leczenia* 1999; 5 (3): 39–42.
13. Wojciechowska A, Walczewski K, Cechnicki A. Zależności między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia chorych na schizofrenię w trzy lata od pierwszej hospitalizacji. *Psychiatr Pol* 2001; 35 (1): 21–32.
14. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny* 2001. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2002.
15. Załuska M, Paszko J. Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych. *Psychiatr Pol* 2002; 36 (6): 953–66.

Adres: Dr Włodzimierz A. Brodniak, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa