

Jakość opieki psychiatrycznej w domach pomocy społecznej

The quality of the psychiatric care in social welfare houses

Ewa Kopińska

Dom Pomocy Społecznej w Siemionkach
Dyrektor: mgr D. Chudziński

Summary

Aim. The aim of the research is a diagnosis of the level of the psychiatric help in social welfare houses.

Method. The research was conducted in the form of a questionnaire. The questionnaire was sent at random to 60 houses of social welfare for people with psychic disorders on the whole territory of Poland. 37 responses were received.

Results. All the houses in question provide their inhabitants with regular contact with a psychiatrist, 86% inside the social welfare house. 92% of inhabitants have no problems with obtaining referral to psychiatric hospital, however, 70% inhabitants of the social welfare houses have problems with being admitted to hospital. Half of the houses in question use direct compulsion. All the places studied possess therapeutic-caring teams, in 97 % of the houses treatment is based on the individual plan. 14% of the houses do not allow the patients to have access to the medical documentation concerning them. In every house integrated pharmacotherapy is used together with various forms of therapy, 76% of the houses involve the family of the patient into the therapeutic process. 78% of those studied note the existence of different factors reducing the quality of the psychiatric care offered.

Conclusions. The level of psychiatric care in the social welfare houses is adjusted to the health needs of the patients in the majority of the houses studied. However, the inhabitants have to face the difficulties connected with being admitted to psychiatric hospitals and can have problems with gaining access to medical documentation concerning them. Treatment and rehabilitation of psychic disorders is based on individualized and multi-directional therapeutic interaction. Preparation of the staff providing psychiatric care, especially therapeutic-caring ones, is diversified in individual houses (half of the therapeutic teams do not have a psychiatrist, whose presence seems to be indispensable). The most essential factors reducing the quality of psychiatric care include insufficient financial resources and shortage of staff.

Słowa kluczowe: psychiatryczna opieka zdrowotna, dom pomocy społecznej

Key words: psychiatric health care, social welfare house

Wstęp

Domy pomocy społecznej są to jednostki organizacyjne pomocy społecznej, które świadczą, na poziomie obowiązującego standardu, osobom wymagającym całodobo-

wej opieki z powodu wieku lub choroby, usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne i zdrowotne w formach i zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb i umożliwiających korzystanie ze świadczeń przysługujących z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W zależności od tego, dla kogo placówki są przeznaczone, wyróżnia się domy między innymi dla:

- osób przewlekle chorych psychicznie,
- osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie [1].

Zasady funkcjonowania domów pomocy społecznej określone są w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i w rozporządzeniu ministra polityki społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej.

W domach pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, powinna być zapewniona psychiatryczna opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Opieka psychiatryczna w domu pomocy społecznej jest jednym z elementów działalności tej jednostki i oznacza całokształt postępowania zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, którego celem jest przywrócenie bądź poprawa stanu zdrowia psychicznego mieszkańców i ułatwienie im jak najbardziej samodzielnego funkcjonowania nie tylko w obrębie domu pomocy, ale i w środowisku społecznym poza domem pomocy społecznej.

Piśmiennictwo dotyczące rehabilitacji psychiatrycznej w domach pomocy społecznej jest bardzo skąpe. Jak dotąd, nie prowadzono również badań nad jakością psychiatrycznej opieki zdrowotnej w tych placówkach, choć problem ten dotyczy dużej liczby osób z zaburzeniami psychicznymi. Jak podaje rocznik statystyczny, w roku 2002 w Polsce było 156 domów pomocy społecznej dla przewlekle chorych psychicznie, w których przebywały 16 833 osoby. Natomiast w 167 domach dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie i w 95 domach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie mieszkało odpowiednio 15 247 i 7 739 osób [2].

Dodać należy, iż w domach pomocy społecznej mieszkają zazwyczaj osoby, które ze względu na długość utrzymywania się i stopień zaawansowania przewlekłej choroby psychicznej lub niepełnosprawności wywołanej upośledzeniem umysłowym, nie są w stanie samodzielnie sprostać wymaganiom życiowym i zaspokoić swoich potrzeb egzystencjalnych bez udzielenia im całodobowego wsparcia. Ważne jest więc, aby w placówkach tych organizować opiekę psychiatryczną w sposób umożliwiający jak najefektywniejszą poprawę funkcjonowania chorego człowieka.

Niewątpliwie istotny jest wpływ czynników społecznych na przebieg przewlekłej choroby psychicznej – stymulujące środowiska mogą znacznie zmniejszać nasilenie objawów negatywnych i wycofanie społeczne w schizofrenii [3, 4, 5, 6]. Wiadomo również, że odpowiednie połączenie różnych form psycho- i farmakoterapii, przy aktywnym udziale w procesie rehabilitacyjnym pacjenta, daje najlepsze efekty terapeutyczne. Powiązanie różnych form terapii (interwencji społecznych i środowiskowych z farmakoterapią i terapiami psychologicznymi) powoduje zmniejszenie się wielomiesięcznych hospitalizacji i poszerzenie oferty rehabilitacji w społeczeństwie [7, 8, 9], również w domach pomocy społecznej.

Celem niniejszej pracy jest ocena poziomu opieki psychiatrycznej w domach pomocy społecznej. Dla osiągnięcia wymienionego celu sformułowano problem główny – jaki jest poziom opieki psychiatrycznej w domach pomocy społecznej? W jego obrębie wyodrębniono problemy szczegółowe:

- Jaka jest dostępność leczenia psychiatrycznego dla mieszkańców domów pomocy społecznej?
- Jak przestrzegane są prawa osoby z zaburzeniami psychicznymi mieszkającej w domu pomocy społecznej?
- Jakie oddziaływania rehabilitacyjne podejmowane są w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w domach pomocy społecznej?
- Jakie jest przygotowanie personelu domów pomocy społecznej do świadczenia opieki psychiatrycznej?

Material i metoda

Badania przeprowadzono za pomocą ankiety, która zawierała 17 pytań dotyczących:

- możliwości, częstotliwości opieki psychiatrycznej i występujących utrudnień w kontaktach mieszkańców domu z psychiatrą,
- ewentualnych utrudnień w przyjęciu mieszkańca domu pomocy do szpitala psychiatrycznego,
- stosowania przymusu bezpośredniego w domu pomocy społecznej,
- działań podejmowanych przez personel domu pomocy w celu uzgadniania z mieszkańcem planu leczenia i opieki, włączenia rodziny w proces leczenia, kształtowania właściwych postaw wobec osób psychicznie chorych,
- kwalifikacji pracowników wchodzących w skład zespołu terapeutyczno-opiekuńczego,
- przestrzegania praw mieszkańca domu pomocy,
- oferowanych form terapii i rodzaju pracowni terapeutycznych w domu pomocy,
- przyjmowania leków psychotropowych przez mieszkańców,
- czynników wpływających na obniżenie jakości opieki psychiatrycznej w domach pomocy społecznej.

Zebrane dane oparte są na relacjach ankietowanych, a nie na gruntownej ocenie stanu faktycznego, co jest ich pewną słabością.

Ankiety wysłano do losowo wybranych 60 domów pomocy społecznej na terenie całej Polski z prośbą o jej wypełnienie przez kierowników działów terapeutyczno-opiekuńczych lub pielęgniarki oddziałowe. Otrzymano 37 odpowiedzi.

Wśród placówek, które wzięły udział w badaniach, 24 – to domy pomocy dla osób dorosłych przewlekłe chorych psychicznie, 5 – dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 2 – dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 1 – dla przewlekłe chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży, 5 – dla przewlekłe chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie dorosłych. 27 domów pomocy usytuowanych było na wsi, w mieście – 9, a na obrzeżach miasta

– 1 placówka. Pod względem liczby mieszkańców – przeważały domy przeznaczone dla 61–100 osób (18 placówek), w 12 domach pomocy mieszkało powyżej 100 osób, a w 7 placówkach przebywało 31–60 mieszkańców.

Wyniki

Spośród placówek, które odpowiedziały na ankietę, 86% zapewnia mieszkańcom kontakt z lekarzem psychiatrą na terenie domu pomocy społecznej. Częstotliwość wizyt psychiatry w domach pomocy przedstawia się następująco:

- 3 razy w tygodniu – 2 domy pomocy (5%),
- 2 razy w tygodniu – 8 domów pomocy (22%),
- 1 raz w tygodniu – 12 domów pomocy (32%),
- 2 razy w miesiącu – 6 domów pomocy (16%),
- 1 raz w miesiącu – 2 domy pomocy (5%),
- co 2–3 miesiące – 1 dom pomocy dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (3%).

Z danych przedstawionych powyżej wynika, że najwięcej placówek zapewnia podopiecznym możliwość kontaktu z lekarzem psychiatrą jeden raz w tygodniu na terenie domu pomocy społecznej.

Ponadto w jednym przypadku gwarantowany jest kontakt telefoniczny z psychiatrą przez całą dobę, a w czterech przypadkach – możliwość wizyt w razie potrzeby.

Mieszkańcom pozostałych placówek (14%) zapewnia się wizyty u psychiatry w poradni zdrowia psychicznego – 4 domy pomocy, i w ambulatorium przyszpitalnym – 1 dom pomocy. Dodatkowo, w jednym przypadku istnieje możliwość nieodpłatnych wizyt w gabinecie prywatnym lekarza psychiatry.

92% ankietowanych (34 domy pomocy) twierdziło, że mieszkańcy nie mają kłopotów z uzyskaniem skierowania do szpitala psychiatrycznego. Na utrudnienia w otrzymaniu skierowania wskazywały 3 placówki (8%).

Na pytanie: czy mieszkańcy mają problemy z przyjęciem do szpitala psychiatrycznego, 26 placówek (70%) odpowiedziało: nie, tak – odpowiedziało 9 placówek (24%), czasami – 1 dom pomocy (3%), różnie to bywa – 1 dom pomocy społecznej (3%). Zebrany materiał badawczy nie pozwala jednak na głębszą analizę przyczyn tego zjawiska.

W 29 placówkach (78%) nie występują żadne utrudnienia z uzyskaniem przez mieszkańców konsultacji lekarza psychiatry. Pozostałe placówki, wśród występujących w tym zakresie utrudnień, wymieniają: wstyd i obawę pacjentów – 1 dom pomocy (3%), odległe terminy wizyt – 4 domy (11%), lekceważącą postawę psychiatry do pacjentów – 3 domy (8%), brak poradni w miejscu zamieszkania – 3 domy pomocy (8%).

W 17 placówkach objętych badaniem (46%) nie stosuje się przymusu bezpośredniego, 20 placówek (54%) stosuje przymus bezpośredni w następujących formach: unieruchomienie przez przytrzymanie – 3 domy (8%), zastosowanie kaftana – 13 domów (35%), zastosowanie pasów – 11 domów (16%), izolacja – 3 domy (8%), podanie leku w iniekcji – 1 dom pomocy (3%). W wypowiedziach podkreślano, że przymus bezpośredni stosuje się sporadycznie, w szczególnych przypadkach i pod kontrolą lekarza psychiatry.

Prawie wszystkie domy pomocy społecznej (97%) deklarują prowadzenie leczenia i sprawowanie opieki opartych na indywidualnym planie omówionym z mieszkańcem, jeżeli jego stan psychofizyczny na to pozwala. Jedynie 1 dom pomocy nie ustala zindywidualizowanego programu oddziaływań leczniczych i opiekuńczych.

Analizując dane dotyczące zespołów terapeutyczno-opiekuńczych w poszczególnych domach pomocy, można stwierdzić, że w ich skład wchodzi przedstawiciele następujących dyscyplin i profesji: psychiatra – w 19 domach (51%), psycholog – w 28 (76%), pielęgniarki – w 37 (100%, w tym pielęgniarki psychiatryczne w 5 domach pomocy, a w 1 domu 2 osoby w trakcie specjalizacji), pracownik socjalny – w 37 domach (100%), instruktorzy terapii zajęciowej – w 25 domach (35%). Spośród innych specjalistów i pracowników będących członkami zespołu terapeutyczno-opiekuńczego ankietowani wskazywali na: instruktora kulturalno-oświatowego – w 9 domach pomocy, opiekunów – w 5, hipoterapeutę – w 2, pokojowe – w 1, rehabilitanta – w 6, rewalidanta (pedagoga o specjalności rewalidacja) – w 2, fizjoterapeutę – w 5, oraz w pojedynczych przypadkach: instruktora zajęć techniczno-plastycznych, masażystę, pedagoga, dietetyka, plastykoterapeutę, instruktora pracowni komputerowej, osobę prowadzącą zajęcia w sali doświadczania świata i osobę prowadzącą gospodarstwo pomocnicze.

W prawie wszystkich placówkach (31 domów – 84%) personel uczestniczy w szkoleniach z psychiatrii i psychologii; z takich form dokształcania nie korzystają pracownicy w 6 domach pomocy (16%).

32 placówki (86%) udostępniają mieszkańcowi bądź jego przedstawicielowi ustawowemu dokumentację medyczną dotyczącą jego osoby; możliwości otrzymania dokumentacji medycznej dotyczącej swojej osoby nie mają mieszkańcy 5 domów pomocy społecznej (14%).

W 76% placówek (28 domów pomocy) w proces leczenia włączana jest rodzina mieszkańca. Pozostali ankietowani (9 domów – 24%) stwierdzają, iż rodziny podopiecznych nie są zaangażowane w rehabilitację psychiatryczną mieszkańców, dodając jednocześnie, że „rodziny niechętnie angażują się w proces leczenia”, i że „kontakt z rodzinami jest utrudniony”.

Jedynie 1 dom pomocy społecznej deklaruje, że nie podejmuje działań na rzecz kształtowania właściwych postaw wobec osób psychicznie chorych, pozostałe placówki (97%) działania takie podejmują. Najczęściej podawane formy tych oddziaływań to: opracowanie broszur informacyjnych, publikacje na temat chorób psychicznych, szkolenia dla pracowników oraz rodzin mieszkańców i przyjaciół domu pomocy, konferencje, organizowanie spotkań integracyjnych w domu pomocy z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi, organizowanie imprez integracyjnych, festynów, festiwali, wystaw i kiermaszy prac mieszkańców domów pomocy, organizowanie porad psychiatry, psychologa, terapeutów, pogadanki, wolontariat, praktyki zawodowe dla słuchaczy szkół pracowników służb społecznych, uczestnictwo mieszkańców domu pomocy w imprezach organizowanych przez środowisko lokalne, integracyjne turnusy rehabilitacyjne, Dzień Otwarty w domu pomocy, Dzień Solidarności z Osobami Chorymi na Schizofrenię „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”.

Wszystkie domy pomocy społecznej zapewniają mieszkańcom poszanowanie godności, praw i intymności w trakcie świadczenia usług zdrowotnych. W jednej z ankiet znalazło się jednak stwierdzenie, że utrudnieniem w zapewnieniu podopiecznym poszanowania ich godności i intymności są ubogie warunki lokalowe – wspólne pokoje i zbyt mało toalet.

Oceniając ofertę zajęć terapeutycznych, stwierdzić można, że domy pomocy prowadzą różnorodne i wielokierunkowe oddziaływania terapeutyczne. Ich mieszkańcy mają możliwość korzystania z następujących form terapii: farmakoterapia – 37 domów (100%), terapia zajęciowa – 36 (97%), psychoterapia – 27 (73%), muzykoterapia – 35 (95%), biblioterapia – 32 (86%), zajęcia edukacyjne – 21 (57%), społeczność terapeutyczna – 17 (46%), treningi umiejętności społecznych – 22 (59%), arteterapia – 26 (70%), terapia rozrywką – 34 (92%), spotkania z duszpasterzem 34 (92%), zajęcia świetlicowe – 29 (78%), choreoterapia – 16 (43%), zajęcia w ogrodzie – 33 (89%), psychorysunek – 16 (43%), treningi aktywności zewnętrznej – 15 (41%), treningi lekowe – 5 (14%), rehabilitacja ruchowa – 36 (97%), turnusy rehabilitacyjne – 33 (89%), treningi kulinarne – 31 (84%), treningi budżetowe – 21 (57%), hipoterapia – 2 (5%). Pojedyncze odpowiedzi ankietowe dotyczyły takich form terapii, jak: zooterapia, kinezylogia edukacyjna, ćwiczenia muzyczno-ruchowe, ergoterapia, grupy wsparcia, terapia edukacyjno-behawioralna, fizjoterapia, metaloplastyka, krawiectwo, haft, bukieciarstwo, turystyka, zespół teatralny, drużyna harcerska, terapia słowem. W żadnym z domów pomocy społecznej nie prowadzi się grup edukacyjnych dla rodzin.

W opisywanych placówkach są następujące rodzaje pracowni terapeutycznych:

- ogólna – w 32 domach pomocy (86%),
- biblioteka – w 27 domach pomocy (73%),
- zajęcia w ogrodzie – w 31 domach pomocy (84%),
- plastyczna – w 28 domach pomocy (76%),
- arteterapii – w 19 domach pomocy (51%),
- stolarska – w 15 domach pomocy (41%),
- muzyczna – w 26 domach pomocy (70%),
- sala ćwiczeń – w 30 domach pomocy (81%),
- komputerowa – w 4 domach pomocy (11%),
- sportowa – w 2 domach pomocy – (5%),
- pojedyncze: ceramiczna, fryzjerska, życia codziennego, kinezylogii, rzemiosła artystycznego, montażowa, gospodarcza, rękodzieła, ogrodniczo-wikliniarska, gabinet fizjoterapii, sala doświadczenia świata, hodowla zwierząt.

We wszystkich domach pomocy społecznej mieszkańcy mają prawo do:

- składania skarg i wniosków i uzyskania na nie odpowiedzi,
- kontaktu z osobami z zewnątrz,
- uzyskania od lekarza psychiatry informacji o swoim stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych, oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechań,
- uzyskania pomocy w sprawach socjalno-bytowych,
- wsparcia ze strony indywidualnego opiekuna (pracownika pierwszego kontaktu),
- korespondencji nie podlegającej kontroli.

Przyjmowanie leków psychotropowych przez mieszkańców domów pomocy społecznej, jak wskazują wyniki badań, odbywa się pod nadzorem pielęgniarki (opiekunki) – w 37 placówkach (100%) – jednakże w 2 domach pomocy społecznej dopuszcza się możliwość przyjmowania leków psychotropowych samodzielnie przez osoby w okresie remisji.

Wśród czynników wpływających na obniżenie jakości opieki psychiatrycznej w domach pomocy społecznej – wskazanych przez ankietowanych – najczęściej wymieniane były:

- brak środków finansowych (lub niedostateczne środki) – 25 odpowiedzi (66%),
- niedobór personelu – 17 odpowiedzi (46%).

Na niskie kwalifikacje personelu wskazały 3 placówki (8%), niedostateczną współpracę z administracją samorządową podkreślało 5 placówek (14%), natomiast żadne utrudnienia nie występowały w 8 placówkach (22%). O braku psychologa, psychiatry o wysokich kompetencjach, o niezrozumieniu dla idei psychiatrii środowiskowej i idei pracy opartej na zespołach interdyscyplinarnych donosił 1 dom pomocy społecznej, a 2 domy komunikowały o ciasnocie (braku odpowiedniej powierzchni lokalowej) jako czynniku obniżającym jakość sprawowanej opieki psychiatrycznej.

Omówienie wyników

Przedstawione powyżej wyniki badań wskazują, że w opisywanych domach pomocy społecznej usługi z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej są na dość wysokim poziomie. Wszystkie placówki zapewniają podopiecznym regularny kontakt z lekarzem psychiatrą, w przeważającej większości na terenie domu pomocy społecznej, a w pozostałych przypadkach w innych formach (poradnia zdrowia psychicznego, ambulatorium przyszpitalne). W większości placówek podopieczni nie mają problemów z uzyskaniem skierowania do szpitala psychiatrycznego, ale aż 30% sygnalizuje, że mieszkańcy mają kłopoty z przyjęciem do szpitala.

Przymus bezpośredni stosowany jest w połowie omawianych placówek i – jak wynika z odpowiedzi ankietowych – zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. 46% domów pomocy nie stosuje przymusu bezpośredniego.

Oddziaływania lecznicze we wszystkich domach pomocy opierają się na modelu terapii wielokierunkowej. Obejmują farmakoterapię sprzężoną z różnorodnymi formami oddziaływań terapeutycznych, wśród których ankietowani najczęściej wymieniali: terapię zajęciową, muzykoterapię, biblioterapię, terapię rozrywką, spotkania z duszpasterzem, zajęcia w ogrodzie, rehabilitację ruchową (formy te wskazało ponad 80% placówek). Jedynie niecałe 15% domów pomocy prowadzi treningi lekowe, natomiast w prawie 30% placówek nie stosuje się psychoterapii. W znacznej większości domów pomocy w proces leczenia włączana jest rodzina mieszkańca. We wszystkich placówkach podopieczni przyjmują leki psychotropowe pod nadzorem personelu opiekuńczo-pielęgniarskiego (2 domy pomocy społecznej dopuszczają tu odstępstwo dla osób w okresie remisji). Z analizy badań wynika również, że zdecydowana większość domów pomocy podejmuje różnorodne działania kształtujące pozytywne postawy w społeczeństwie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Leczenie i opieka w domach pomocy (z wyjątkiem jednego) oparte są na indywidualnym planie, omówionym razem z podopiecznym. We wszystkich placówkach funkcjonują zespoły terapeutyczno-opiekuńcze. Można więc powiedzieć, że leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych w domach pomocy społecznej odbywa się na zasadach kompleksowego postępowania terapeutycznego omawianego w literaturze [10, 11].

Mankamentem w działalności zespołów terapeutyczno-opiekuńczych może być zapewne brak w ich składzie psychiatry podczas planowania programu terapeutycznego (w połowie placówek) i psychologa (w jednej czwartej domów pomocy). We wszystkich jednostkach w zespołach terapeutyczno-opiekuńczych są pracownicy socjalni, terapeuci i pielęgniarki, ale tylko w co szóstym domu pomocy społecznej pracuje specjalistyczna kadra pielęgniarska (pielęgniarki psychiatryczne). W zdecydowanej większości placówek personel uzupełnia swoją wiedzę z zakresu psychiatrii i psychologii.

Analizując przestrzeganie praw mieszkańca w domu pomocy społecznej, można stwierdzić, że prawa i wolności podopiecznych są w tych placówkach respektowane, z wyjątkiem 5 domów pomocy (14% ogółu), w których mieszkańcy lub ich przedstawiciele ustawowi nie mają możliwości uzyskania wglądu w dokumentację medyczną.

Większość placówek boryka się z różnorakimi utrudnieniami powodującymi obniżenie jakości świadczonej opieki psychiatrycznej. Wśród czynników wpływających negatywnie na poziom opieki psychiatrycznej najczęściej wymieniane są niedofinansowanie domów pomocy społecznej i niedobór personelu.

Wnioski

Wyniki prezentowanego badania pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Poziom opieki psychiatrycznej w domach pomocy społecznej dostosowany jest w większości placówek do potrzeb zdrowotnych podopiecznych. Mieszkańcy domów pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie mają zapewniony regularny i stosowny do potrzeb kontakt z lekarzem psychiatrą.
2. Mieszkańcy domów pomocy społecznej spotykają się z utrudnieniami w przyjmowaniu ich do szpitali psychiatrycznych. Dotyczy to 30% placówek. Zgromadzony materiał nie pozwala jednakże na głębszą analizę przyczyn tego zjawiska.
3. W domach pomocy społecznej przestrzegane są prawa mieszkających tam osób z zaburzeniami psychicznymi, z wyjątkiem braku możliwości w niektórych placówkach wglądu przez podopiecznego w dokumentację medyczną dotyczącą jego osoby.
4. Leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych w domach pomocy społecznej odbywa się na zasadzie zindywidualizowanego i wielokierunkowego oddziaływania terapeutycznego. Zaskakujący jest jednak fakt, że w niektórych placówkach nie prowadzi się psychoterapii.
5. W interdyscyplinarnych zespołach terapeutyczno-opiekuńczych w połowie opisywanych domów pomocy nie ma lekarza psychiatry, którego obecność w planowaniu programu terapeutycznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi wydaje się niezbędna.

6. Przygotowanie personelu do świadczenia opieki psychiatrycznej, a w szczególności członków zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, jest zróżnicowane w poszczególnych placówkach. W każdym z domów pomocy zatrudnieni są pracownicy socjalni i terapeuci, brakuje natomiast psychologów oraz specjalistycznej kadry pielęgniarskiej (pielęgniarek psychiatrycznych). Zatrudnianie osób tych profesji nie jest wymagane przez przepisy prawa, ale niezaprzeczalnie wpłynęłoby na podniesienie jakości świadczonej opieki psychiatrycznej. Pracownicy domów pomocy społecznej uczestniczą w szkoleniach obejmujących tematykę psychiatryczno-psychologiczną.
7. Występuje wiele czynników wpływających na obniżenie poziomu opieki psychiatrycznej, a wśród nich najistotniejsze to niedostateczne środki finansowe i brak personelu.

Качество психиатрической оценки в домах социального обеспечения

Содержание

Задание. Заданием исследования была оценка диагнозов уровня психиатрической оценки в домах социального обеспечения.

Метод. Исследования проведены анкетным методом, а анкеты были разосланы до, случайно избранных, 60 домов общественной помощи, в которых пребывают лица с психическими нарушениями. Такие дома находились на всей территории Польши. Получено 37 ответов.

Результаты. Все обследованные дома опеки обеспечивают их проживающим регулярный контакт с психиатром, из того 86% на территории проживания, 92% жителей домов опеки получают соответствующую помощь при необходимом направлении их в психиатрические больницы. Однако, 70% жителей домов опеки сталкиваются с трудностями приемов в психиатрическую больницу. В половине обследованных домах социальной помощи применяется непосредственное насилие. Во всех обследованных домах опеки функционируют терапевтично-опекунские коллективы. В 97% домов опеки лечение опирается на индивидуальном подходе к пациенту. В 14% домов опеки нет возможности доступа к медицинской документации, относящейся к конкретному жителю этого опекунского центра. Во всех домах опеки применяется фармакотерапия, интегрирующая с разнородными формами лечения. В 70% домов опеки в процесс лечения включается семья жителя. Среди обследованных 78% указывает на наличие различных факторов, снижающих качество организованной опеки для психически больных.

Лечение и реабилитация психических нарушений проводится на основе индивидуализированного и полинаправленного подхода терапевтического действия. Подготовка персонала к работе в таких домах опеки над психически больными людьми, а особенно членов терапевтично-опекунских коллективов разнородна. В отдельных домах опеки (в половине терапевтических коллективов нет психиатра, хотя присутствие которого, по-видимому является необходимым).

Среди факторов, снижающих качество необходимой опеки над психически больными жителями таких домов, самым существенным является недостаточность материальных средств и отсутствие персонала.

Qualität der psychiatrischen Betreuung in den sozialen Pflegeheimen

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie ist die Diagnose des Levels der psychiatrischen Betreuung in den Pflegeheimen.

Methode. Die Studie wurde mit dem Fragebogen durchgeführt. Die Umfrage wurde an die stichprobenweise gewählten 60 Pflegeheime für die Personen mit psychischen Störungen auf dem Gebiet des ganzen Polens geschickt. Es kamen 37 Antworten.

Ergebnisse. Alle untersuchten Stellen sichern ihren Schützlingen einen regulären Kontakt mit dem Psychiater, 86% auf dem Gebiet des Pflegeheimes. 92% der Schützlinge haben keine Probleme mit der Anweisung ins psychiatrische Krankenhaus, aber 70% der Bewohner der Pflegeheime haben Probleme mit der Aufnahme ins Krankenhaus. In der Hälfte der untersuchten Heime wird der unmittelbare Zwang angewandt. In allen untersuchten Stellen funktionieren die therapeutisch - pflegenden Gruppen, in 97% der Pflegeheime stützt sich die Behandlung auf einen individuellen Plan. 14% der Pflegeheime ermöglichen den Schützlingen keine Einsicht in die medizinische Dokumentation zur Person. In allen Stellen wird Pharmakotherapie angewandt, die mit unterschiedlichen Therapieformen integriert ist, 76% der Pflegeheime schliessen die Familie in den Behandlungsprozess ein. 78% der Untersuchten zeigen auf unterschiedliche Faktoren, die die Qualität der psychiatrischen Betreuung senken.

Schlussfolgerungen. Der Level der psychiatrischen Betreuung in den Pflegeheimen wird in den meisten Stellen an die gesundheitlichen Bedürfnisse der Schützlinge angepasst. Die Bewohner haben oft Schwierigkeiten mit der Aufnahme ins psychiatrische Krankenhaus und können auch mit dem Zugang zur medizinischen Dokumentation zur Person Probleme haben. Die Behandlung und Rehabilitation der psychischen Störungen erfolgt als individualisierte und mehrdimensionale therapeutische Auswirkung. Die Vorbereitung des Personals auf die psychiatrische Betreuung, besonders der Mitglieder der therapeutischen Gruppen, ist unterschiedlich in den einzelnen Pflegeheimen (in der Hälfte der Gruppen gibt es keinen Psychiater, dessen Anwesenheit unentbehrlich zu sein scheint). Unter den Faktoren, die die Qualität der psychiatrischen Betreuung senken, sind die nicht genügenden finanziellen Mittel und Mangel an Personal am wichtigsten.

La qualité des soins psychiatriques dans les centres de l'assistance publique

Résumé

Objectif. Définir le niveau des soins psychiatriques dans les centres de l'assistance publique.

Méthode. L'étude base sur le questionnaire envoyé à 60 centres de l'assistance publique de toute la Pologne dont 37 ont répondu.

Résultats. Tous ces centres garantissent à leurs habitants les contacts réguliers avec les psychiatres, 86% dans le centre. 92% d'habitants n'ont aucune difficulté d'obtenir le titre d'hospitalisation, pourtant 70% d'entre eux ont les problèmes avec l'hospitalisation. Dans la moitié de ces centres on applique le contrainte par corps. Tous ces centres organisent les groupes thérapeutiques, 97% basent sur les plans thérapeutiques individuels. 14% ne donnent pas l'accès aux documents médicaux concernant l'habitant. Partout on applique la pharmacothérapie combinée avec les autres formes thérapeutiques, 76% de centres comprennent les familles au traitement. 78% de centres examinés observent l'existence de certains facteurs abaissant la qualité des soins psychiatriques.

Conclusions. Le niveau des soins psychiatriques dans les centres de l'assistance publique est ajusté aux besoins des habitants. Pourtant ils ont souvent des difficultés liées avec l'hospitalisation ou avec l'accès aux documents médicaux. La thérapies et la réhabilitation basent sur les soins individualisés et multidimensionnels. Les compétences du personnel, surtout des thérapeutes, sont diversifiées et parfois insuffisantes (la moitié d'équipes thérapeutiques n'a pas de psychiatre dont la présence est nécessaire). Les manques du personnel qualifié et des ressources financières se sont aussi les facteurs abaissant la qualité des soins psychiatriques dans ces centres.

Piśmiennictwo

1. Sutton C. *Psychologia dla pracowników socjalnych*. Gdańsk: GWP; 2004.
2. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa: GUS; 2003.
3. Wing JK, Brown GW. *Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of mental hospitals, 1960-1968*. Cambridge: Cambridge University Press; 1970.

4. Linn MW, Caffey EM, Klett J, Hogarty GE, Lamb HR. *Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients: A Veterans Administration cooperative study*. Arch. Gen. Psychiatry 1979; 36: 1055–1066.
5. Hyde L, Bridges K, Goldberg D, Lawson K, Sterling L, Farragher B. *The evaluation of a hostel ward: A controlled study using modified cost-benefit analysis*. Brit. J. Psychiatry 1987; 151: 805–812.
6. Leff J, Dayson D, Gooh C, Thornicroft G, Wills W. *Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions*. Psychiatr. Serv. 19; 47 (1): 62–67.
7. Meder J. *Leczenie i rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. W: Meder J. red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, 15–20.
8. Birchwood M, Jackson C. *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: GWP; 2004.
9. Rzewuska M. *Zasady prowadzenia leczenia podtrzymującego w schizofrenii*. Warszawa: IPiN; 1992.
10. Jarema M. *Kompleksowe postępowanie terapeutyczne w pierwszym epizodzie schizofrenii*. Wiad. Psychiatr. 2005; 8: 91–95.
11. Murawiec S. *Integracja różnych podejść klinicznych w procesie leczenia i rehabilitacji schizofrenii – próba zastosowania praktycznego*. W: Meder J. red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, 21–27.

Adres: Ewa Kopińska
Dom Pomocy Społecznej
88-324 Jeziora Wielkie, Siemionki 13

Otrzymano: 5.12.2005
Zrecenzowano: 3.04.2006
Przyjęto do druku: 22.05.2006