

LECZNICTWO ODWYKOWE W POLSCE.  
DIAGNOZA: KIERUNKI REFORM

I. Wprowadzenie

Pogarszający się stan zdrowia społeczeństwa oraz kryzys ochrony zdrowia powstały na tle kryzysu gospodarczego kraju, zmuszają do poszukiwania nowych rozwiązań organizacyjnych i finansowych dla systemu opieki zdrowotnej. Polska służba zdrowia oprócz tego, że jest niedofinansowana, cierpi na nadmierną centralizację i brak mechanizmów motywujących do racjonalnego użytkowania zasobów. Mimo znacznego niedoboru, środki wykorzystywane są w sposób niegospodarny. Nikt nie oblicza kosztów w systemie „darmowej” i centralnie sterowanej służbie zdrowia. Bezpłatność świadczeń zdrowotnych zdaniem MZiOS doprowadziła do stymulacji popytu przekraczającego zdolność systemu do właściwego zapewnienia świadczeń nawet tych rzeczywiście niezbędnych. W rezultacie zarówno pacjenci, jak pracownicy służby zdrowia są niezadowoleni z aktualnego działania opieki zdrowotnej, nie czując się jego współodpowiedzialnymi gospodarzami. W związku z powyższym opracowano w MZiOS program reformowania opieki zdrowotnej, którego głównym celem są:

- zwiększenie wydajności i poprawa jakości usług,
- zdecentralizowanie zarządzania,
- ograniczenie kosztów nieuzasadnionych względami medycznymi,
- zapewnienie stabilnego źródła finansowania i kontroli nad wydatkami.

- Zrealizowanie tych planów będzie możliwe m.in. poprzez:
- reformę ubezpieczeń społecznych (wprowadzenie funduszu ubezpieczeń zdrowotnych),
  - ustalenie gmin (organów samorządu terytorialnego) podstawowym organizatorem opieki zdrowotnej (dając im pełne uprawnienia i środki finansowe),
  - zmianę funkcji szczebla centralnego z zarządzającego, na funkcje obejmujące kształtowanie polityki zdrowotnej oraz prognozowanie i planowanie działań,
  - wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej jako najsprawniejszego i najbardziej pożądanego ogniwa systemu,
  - zmianę modelu służby zdrowia z „państwowego” na model publiczny opieki zdrowotnej, opartej na różnorodnych formach własności (państwowej, komunalnej, prywatnej, spółdzielczej itp.).

Doświadczenia krajów rozwiniętych, wskazują, że nowoczesna opieka zdrowotna wymaga zapewnienia następujących priorytetów:

- promocji zdrowia i zapobiegania nad działaniami naprawczymi (leczenie),
- opieki ambulatoryjnej nad szpitalną,
- całościowej opieki kwalifikowanej sprawowanej przez lekarza ogólnego (domowego) nad opieką specjalistyczną,
- efektywnych i mniej kosztownych procedur medycznych i leków, nad droższymi o tej samej skuteczności.

Reforma służby zdrowia będzie wdrażana w okresie najbliższych kilku lat.

W świetle powyżej przytoczonych kierunków zmian w zakresie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, niezbędne jest przeanalizowanie aktualnego modelu leczenia odwykowego i przystosowanie go do nowych wymogów, tak aby było ono spójne z ogólną koncepcją służby zdrowia.

## II. Aktualny stan leczenia odwykowego

### 1. Dane ogólne

Lecznictwo odwykowe, podobnie jak cały system służby zdrowia w Polsce jest słabo zintegrowane, mało elastyczne, kierowane

i finansowane centralnie, prowadzone w sposób nieekonomiczny; często mało dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów. Wiele działań jest pozornych, aczkolwiek kosztownych.

W zakresie kadry i bazy stan leczenia odwykowego jest niezadowolający, placówki są nierównomiernie usytuowane, co powoduje duże zróżnicowanie w zakresie ich dostępności. Pomoc dla osób uzależnionych jest szczególnie mało dostępna na obszarach wiejskich.

Uchwalona w 1982 roku Ustawa „O wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi” przyczyniła się do zwiększenia liczby placówek i spowodowała rozszerzenie oferty terapeutycznej, wprowadzając formy pośrednie. Organizowanie dla personelu zatrudnionego w placówkach odwykowych różnych form szkoleń przyczyniło się do podniesienia kwalifikacji pracowników, podniesienia poziomu diagnostyki i świadczeń leczniczo-rehabilitacyjnych.

Ważnym elementem zmiany było uznanie jako zasady dobrowolności leczenia, co niewątpliwie spowodowało zmniejszenie dyskryminacyjnych postaw wobec osób dotkniętych uzależnieniem od alkoholu. Nie odstąpiono jednak całkowicie od przymusu leczenia wprowadzając kuriozalny zapis „zobowiązanie do leczenia” wobec osób uzależnionych, które zaburzają porządek społeczny w związku z nadużywaniem alkoholu.

Ustawa zainicjowała również rozwój różnych form samopomocy osób z problemami alkoholowymi, jak kluby abstynenckie, kluby AA, a dla rodzin alkoholików Al-Anon, Al-Ateen. W tym czasie rozwinęły się również różne formy profilaktyki i edukacji przeciwalkoholowej.

Mimo zaleceń, ustawa nie przyczyniła się do integracji leczenia odwykowego z lecnictwem podstawowym i innym specjalistycznym. Lekarze rejonowi przeważnie przeciążeni pracą wynikającą z nadmiaru pacjentów, nie są zainteresowani współpracą z poradniami odwykowymi. Słaba ich wiedza na temat diagnostyki i leczenia alkoholizmu, a także niechętny stosunek do osób uzależnionych, w sposób istotny uniemożliwiają tę współpracę. W rejonach o małej dostępności do placówek specjalistycznych odwykowych, bardzo rzadko zdarza się przejmowanie opieki zdrowotnej nad alkoholikami przez lecnicstwo podstawowe.

W ostatnim okresie wobec trudności ekonomicznych w kraju, lecznictwo odwykowe ulega postępującej degradacji. Rozdzielane fundusze na służbę zdrowia centralnie, wg województw, są coraz szczuplejsze, a dotkliwe braki we wszystkich dziedzinach lecznictwa powodują, że potrzeby lecznictwa odwykowego stają się mniej ważne od innych. Co gorsze, fundusze wspierające działania zapobiegawcze i lecznicze przeciwalkoholowe, zostały znacznie ograniczone. Tymczasem, postępujący z roku na rok wzrost spożycia napojów alkoholowych, wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na usługi lecznictwa odwykowego.

Aktualnie, w myśl ustawy, system odwykowej opieki zdrowotnej składa się z następujących placówek:

1. obwodowe poradnie odwykowe,
2. wojewódzkie przychodnie odwykowe,
3. oddziały detoksykacyjne,
4. oddziały odwykowe,
5. dzienne oddziały odwykowe,
6. nocne oddziały odwykowe,
7. ośrodki leczenia odwykowego,
8. hostele.

Zakres obowiązków poszczególnych placówek został szczegółowo określony w przepisach wykonawczych do Ustawy.

W początkach lat osiemdziesiątych MZiOS opracowało optymalny model placówek lecznictwa odwykowego („Kierunki usprawnienia lecznictwa odwykowego w latach 1983-90”). Przyjęto, że poradnie odwykowe obwodowe będą obejmować opieką ambulatoryjną do 100 tys. mieszkańców, przy zatrudnieniu 3-4 osób fachowego personelu. Przy każdej poradni miał powstać klub abstynentów. Natomiast oddziały detoksykacyjne i odwykowe o 30 do 40 łóżkach organizowane głównie przy szpitalach ogólnych i zatrudniające około 15 osób personelu, będą organizowane w miastach ponad 100 tys. mieszkańców. Zakładano wtedy, że do roku 1990, optymalny poziom zatrudnienia w lecznictwie odwykowym, na około 100 tys. mieszkańców będzie następujący: jeden etat lekarski, 2 etaty innych pracowników z wyższym wykształceniem niemedyce, pięć etatów dla personelu ze średnim wykształceniem (pielęgniarki, instruktor terapii, pracownik socjalny, sekretarka-rejestratorka) oraz dwa etaty

personelu niższego – razem 10 etatów. Planowano docelowo 15 łóżek odwykowych na 100 tys. mieszkańców oraz jeden klub abstynenta. W myśl tych planów w latach 1990 – 1991, lecznictwo odwykowe dysponowałoby około 5 700 łózkami i około 380 poradniami, powinno również powstać około 380 klubów abstynenckich. Jak wiadomo, plany te, zostały tylko częściowo zrealizowane, mimo znacznych nakładów finansowych przeznaczonych na te cele.

## 2. Dane szczegółowe

### A) Lecznictwo ambulatoryjne

W 1988 roku istniały 454 poradnie odwykowe, w tym 46 przychodni wojewódzkich, kilkadziesiąt poradni pracowało w systemie dwuzmianowym, lub w czasie wydłużonym, 121 – było dostępnych w godzinach 8.00-16.00, pozostałe czynne były 1-3 razy tygodniowo przez kilka godzin. Oceniano, że kilka poradni w dużych miastach funkcjonowało bardzo dobrze, około 100 – dostatecznie wyposażonych, funkcjonowało zadowolająco, pozostała znaczna większość nie spełniała minimalnych wymogów, zarówno pod względem lokalowym, wyposażenia jak i liczby personelu. Leczyło się wtedy około 110 tys. pacjentów, w tym około 20 tys. (ponad 18%) zobowiązanych przez sąd do leczenia odwykowego.

W ciągu ostatnich 3 lat nie zaszła istotna zmiana, wprawdzie niektóre poradnie rozszerzyły ofertę terapeutyczną, w niektórych województwach poprawiono bazę lokalową i wyposażenie, przeszkolono personel, nadal jednak znaczne niedobory kadrowe i lokalowe stanowią poważną przeszkodę we właściwym realizowaniu zadań.

Aktualnie ponad 30% poradni nie posiada w ogóle pomieszczeń do swojej dyspozycji, tylko ok. 13% dysponuje własnym, odrębnym lokalem (nie zawsze wystarczającym), blisko połowa poradni korzysta z 1 lub 2 pomieszczeń.

W bardzo wielu poradniach nie ma psychologa ani instruktora terapii. Nierzadko jej obsadę stanowią 1 lub 2 osoby zatrudnione na kilka godzin tygodniowo, zwykle lekarz, pielęgniarka. W większości poradni dominują działania medyczne (anticoł), przy zupełnym braku oddziaływań psychospołecznych (niektórzy pracownicy

poradni każdy kontakt z pacjentem nazywają psychoterapią). Nieliczne poradnie realizują programy psychoterapeutyczne obejmujące oddziaływanie pacjentów i czasem ich rodziny. Ze względu na wymienione powyżej niedobory, przeważająca większość poradni zarówno obwodowych, jak i wojewódzkich nie jest w stanie sprostać innym obowiązkom nałożonym na nie przez Ustawę z 1982 r., jak działalność profilaktyczną, środowiskową itp. Poradnie wojewódzkie bardzo rzadko na swoim obszarze odgrywają rolę wiodącą pod względem kwalifikacji personelu, czy poziomu udzielanych usług na rzecz pacjentów, czy też pomocy konsultacyjno-dydaktycznej dla poradni obwodowych.

**Tabela nr 1.**

**Lecznictwo ambulatoryjne**

	1990	1988	1987
liczba poradni	454	460	456
leczeni ogółem (w tys.)	102,0	110,0	114,0
<b>w tym:</b>			
leczeni po raz pierwszy (w tys.)	36,2	39,0	41,4
zobowiązani przez sądy do leczenia (w % ogółu leczonych)	14,4	18,2	b.d.
skierowani do lecznictwa stacjonarnego (w tys.)	b.d.	12,4	12,4
liczba etatów lekarskich*	143,0	140,3	133,7
liczba porad lekarskich na 1 pacjenta	3,4	3,8	3,5

\* etaty przeliczeniowe

Mimo wzrostu spożycia napojów alkoholowych i rozpowszechnienia alkoholizmu (o czym świadczy wzrost psychoz alkoholowych – vide tabela nr 2,) notuje się w poradniach w ostatnich latach postępujący spadek ogólnej liczby leczonych w tym również podejmujących leczenie po raz pierwszy. Zmniejsza się także z roku na rok

udział osób zobowiązanych do leczenia przez sądy. (vide tabela nr 1). Aktywność poradni jakby maleje, o czym świadczy spadek liczby porad lekarskich przypadających na 1 osobę, przy jednoczesnym wzroście zatrudnienia lekarzy (nie znam danych dotyczących innego personelu pracującego w poradniach).

## B) Lecznictwo stacjonarne

Lecznictwo stacjonarne przeciwalkoholowe dysponowało w 1990 r. 3341 łózkami rzeczywistymi, w 71 oddziałach odwykowych (wskaźnik 0.9 na 10 tys. mieszkańców).

Najwięcej placówek znajduje się na terenie szpitali psychiatrycznych – 46 oddziałów z 2330 łózkami, co stanowi aż 69,7% łózek odwykowych. Dalszych 700 łózek mieści się w 8 autonomicznych ośrodkach leczenia odwykowego składających się z 16 oddziałów, pozostałe 9 oddziałów z 311 łózkami funkcjonuje w ramach ZOZ, przy szpitalach wielospecjalistycznych. W 28 zakładach leczenia odwykowego zorganizowano łóżka detoksykacyjne, pacjenci detoksykowani są również na oddziałach psychiatrycznych. W ostatnich latach powstało 15 oddziałów dziennych odwykowych oraz kilka oddziałów nocnych i 3 hostele. Wykorzystanie łózek w okresie ostatnich 5 lat wahało się w granicach 69% – 93%, średni czas pobytu w 1990 roku, leczonych z powodu psychozy alkoholowej wynosił 22 dni, z powodu uzależnienia bez psychozy – 35 dni; w tym w ośrodkach leczenia odwykowego – 53.3 dni, natomiast w oddziałach leczenia odwykowego przy ZOZ – czas pobytu był krótszy – tj. 34 dni. W porównaniu z przed kilku laty nastąpiło wyraźne skrócenie czasu leczenia w placówkach stacjonarnych, co jest niewątpliwie związane z odstąpieniem od przymusu leczenia, jakie przyniosła Ustawa z 1982 roku oraz ze zmianami metod leczenia. W okresie ostatnich 4 lat liczba łózek nie uległa istotnej zmianie, natomiast obserwuje się wyraźny wzrost rozpowszechnienia alkoholizmu i psychoz alkoholowych (vide tabela nr 2), czego wyrazem jest postępujący z roku na rok wzrost przyjęć do placówek stacjonarnych, pacjentów zarówno z psychozami alkoholowymi, jak i bez psychoz.

**Tabela nr 2.**

<b>Lecznictwo stacjonarne</b>	<b>1990</b>	<b>1988</b>	<b>1987</b>
liczba łóżek odwykowych	3341	3350	3262
przyjęci ogółem z rozp. Nr 303	29,3	26,6	25,8
w tym: po raz pierwszy (w tys.)	12,1	10,9	10,7
<b>Psychozy alkoholowe</b>	<b>1990</b>	<b>1988</b>	<b>1987</b>
przyjęci ogółem (w tys.)	10,3	8,1	8,2
w tym: po raz pierwszy (w tys.)	5,1	3,8	3,9

Rozmieszczenie placówek stacjonarnych, mimo ich stosunkowo znacznej liczby, jest nierównomierne, co obniża ich dostępność w niektórych województwach. W 12 województwach nie ma łóżka odwykowego, pacjenci korzystają z pomocy placówek często bardzo odległych. Podobnie jak w placówkach ambulatoryjnych, w lecznictwie stacjonarnym, obsada kadrowa jest często niewystarczająca i słabo przygotowana do prowadzenia terapii na właściwym poziomie.

Szacuje się, że w blisko 80 – 90% zabezpieczone są potrzeby, jeśli chodzi o kadrę lekarską i pielęgniarską, natomiast brak jest psychologów oraz innych pracowników fachowych do prowadzenia oddziaływań psychospołecznych. W wielu oddziałach jest zatrudnionych zbyt dużo salowych (wg starego modelu oddziałów psychiatrycznych).

Organizowane od trzech lat szkolenia przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne „Studium Pomocy Psychologicznej” oraz Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości i Instytut Psychiatrii i Neurologii a także CMKP, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego przyczyniają się w sposób istotny do podniesienia kwalifikacji personelu i form terapeutycznych w placówkach leczniczych odwykowych. Zaczynają się pojawiać różne programy terapeutyczne stosowane z powodzeniem w wielu krajach, jak program „Minnesota”, czy eklektyczne programy psychoterapeutyczne, z elementami psychoterapii behavioralnej (realizowane mniej lub bardziej udolnie). Wydaje się, że oddziaływania psychoterapeutyczne (profesjonalne), lepiej rozwijają się w lecznictwie



stacjonarnym w oddziałach odwykowych i w oddziałach dziennych, niż w lecznictwie ambulatoryjnym, najslabiej docierali do dużych ośrodków lecznictwa odwykowego, które dalej opierają terapię na pracy (tzw. „ergoterapia”) i anticolu. Uzupełnieniem lecznictwa państwowego w ostatnim okresie są różne inicjatywy organizacji społecznych, kościelnych, osób prywatnych oraz wzrost aktywności samych pacjentów i osób mających problemy z alkoholem. Powstają poradnie i ośrodki terapeutyczne organizowane przez Kościół i inne organizacje wyznaniowe; jak również rozwija się działalność społeczna i prywatna (odtrucie w domu, psychoterapia itp.). Ważnym ogniwem pomocy są dynamicznie rozwijające się kluby AA nawiązujące współpracę z placówkami leczniczymi oraz kluby abstynenta przy poradniach, choć jest ich stanowczo za mało (ok. 50 w roku 1991), a także organizacje rodzin alkoholików. (Szczegóły statystyczne dotyczące lecznictwa stacjonarnego opracowano w innym dokumencie).

### C) Izby Wytrzeźwień

Koncepcja zorganizowania izb wytrzeźwień powstała przed wielu laty m.in. na skutek zdarzających się zgonów wśród osób nietrzeźwych, zatrzymywanych przez milicję w aresztach w związku z zakłóceniem porządku publicznego. Niektóre z tych osób, w wyniku ciężkiego zatrucia alkoholem lub urazów wymagały pomocy medycznej, której komisariat MO nie był w stanie udzielić. Zadania i rolę izb wytrzeźwień określała Ustawa z 1959 r., były one prowadzone przez resort spraw wewnętrznych. Ustawa z 1982 roku powierzyła nadzór nad izbami Ministrowi Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska, od końca 1985 roku nadzór nad izbami sprawuje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

Zgodnie z Ustawą (par. 1, art. 1) „Osoby w stanie nietrzeźwym, które swoim zachowaniem dają powód do zgorzenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą być doprowadzone do: izby wytrzeźwień, jednostki MO, zakładu społecznej służby zdrowia, jeśli istnieją wskazania do ich hospitalizacji lub do miejsca zamieszkania”. „Osoby takie mogą być doprowadzone do izby wytrzeźwień przez funkcjonariuszy MO, pracowników izby lub inne osoby”.

Jak wynika z powyższego Ustawa dość szeroko potraktowała udzielanie pomocy osobom zatrutym alkoholem, jednak w praktyce do izby dowożone są osoby przez Policję (dawniej MO) głównie w związku z zakłóceniem porządku publicznego, przez co izby stały się jakby przedłużonym ramieniem aresztów policyjnych.

Według Ustawy do zadań izby należy „opieka nad osobami w stanie nietrzeźwym, udzielanie świadczeń higieniczno-sanitarnych, oraz pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, a ponadto informacji o szkodliwości nadużywania alkoholu oraz namawianie do leczenia w przypadku stwierdzenia alkoholizmu.” Pobyt w izbie nie powinien przekraczać 24 godzin. Izba ma być czynna całą dobę, ale może mieć również ograniczony czas do 16 godz./dobę. Przepisy Ustawy zalecają, aby z izby zwalniać w czasie pozwalającym osobie zatrzymanej na przystąpienie do pracy. W Ustawie istnieje dodatkowy zapis, że osoby przebywające w izbie, u których zachodzi uzasadnione podejrzenie, że dopuściły się przestępstw, lub wykroczeń, przekazuje się organom MO. W związku z tym ostatnim izby wytrzeźwień stały się bardziej aresztami, niż placówkami, w których udziela się pomocy osobom zatrutym alkoholem.

W Polsce istnieją 53 izby wytrzeźwień, w 38 województwach, dysponujące 1661 łózkami. Wielkość ich jest zróżnicowana od 12 łóżek do 130 łóżek, średnio 30-40 łóżek. Wyposażenie ich jest bardzo skromne, nie odpowiadające zadaniom, jakie miały spełniać. Więcej niż połowa izb nie ma sprzętu laboratoryjnego, nie wszystkie izby posiadają sprzęt do przeprowadzania czynności reanimacyjnych. Tylko kilka izb posiada ALKOMAT (aparat określający poziom alkoholu we krwi), ponad jedna trzecia izb nie dysponuje w ogóle środkami transportu. Izby zatrudniają 1103 osoby, w tym ok. jednej czwartej to osoby personelu medycznego tj. felczerów i lekarzy. Większość pracuje na 1/2 etatu. Zatrudnieni lekarze są specjalistami w najróżniejszych dziedzinach, zaledwie około 20% z nich zostało przeszkolone w zagadnieniach alkoholizmu (diagnostyka, leczenie). W izbach nie są zatrudniane pielęgniarki. Pozostały personel, to osoby zatrudnione na stanowiskach opiekunów zmiany, porządkowych, depozytariuszy – osoby te mają często zaledwie podstawowe wykształcenie, bez żadnego przygotowania zawodowego. W wielu izbach jest przerost personelu administracyjnego. W 1990 r. w izbach przyjęto 183.446 osób, wykorzystanie łóżek było bardzo zróżnicowa-

ne w poszczególnych izbach i wahało się w granicach 14.2% – 56.4% (średnio – 30.1%) – z powodu braku miejsca nie przyjęto w ciągu roku około 100 osób. Średni koszt pobytu w izbie był w granicach 81 tys. – 206 tys. złotych, pensjonariusze musieli płacić 250-400 tys. zł. – za pobyt nie trwający dłużej niż kilka do kilkunastu godzin. Tylko około 40% pokrywało należności, reszta nie płaciła z braku pieniędzy. Izby nie zajmują się działalnością medyczną, rola ich sprowadza się do funkcji porządkowej. Osoby zatrzymane, w większości alkoholicy – (z badań przeprowadzonych w 1971 r. w izbie warszawskiej, wynikało że ponad 60% – było alkoholikami) wychodzą po kilku lub kilkunastu godzinach z objawami zespołu abstynencyjnego i oczywiście natychmiast sięgają po alkohol (blisko 20% pensjonariuszy to kierowcy, operatorzy dźwigów, robotnicy zatrudnieni przy różnego rodzaju maszynach wg. badań j.w.).

Trudno powiedzieć, czym jest dziś izba wytrzeźwień: nie zajmuje się detoksykacją, wiele z nich nawet nie jest w stanie udzielić pierwszej pomocy w ostrym zatruciu, ponieważ nie posiada odpowiedniego, podstawowego wyposażenia. W zasadzie służy ona celom porządkowym. Pracujący tam lekarze, przeważnie nie przeszkoleni nie są w stanie zdiagnozować alkoholików i nakłaniać ich do leczenia. Wiele osób wymaga kilkudniowego pobytu celem odtrucia. Należy przypuszczać, że po odtruciu wiele osób być może udałoby się namówić na leczenie w placówkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych. Utrzymywanie izb wytrzeźwień w obecnej formie jest bardzo kosztowne i nieproporcjonalne do efektów. Należy je jak najszybciej zreformować. Izby wytrzeźwień powinny zwiększyć swoją działalność poprzez:

a) utworzenie w nich oddziałów detoksykacyjnych, gdzie osoby uzależnione zatrzymane w izbie, mogłyby pozostać na 3-4 dni, celem odtrucia (jeśli tego wymagali).

b) przyjmowanie z zewnątrz osób uzależnionych od alkoholu zgłaszających się dobrowolnie celem odtrucia.

c) w izbach wytrzeźwień niewykorzystanych, zajmujących duże powierzchnie, należałoby również tworzyć poradnie odwykowe.

Powinny być również zmienione warunki przyjęcia do izby: celowym byłoby przyjmowanie tylko takich osób, które w związku ze znaczną intoksykacją alkoholową wymagają pomocy medycznej. Osoby nietrzeźwe, które zakłócają porządek społeczny i nie wymaga-

ją pomocy medycznej, nie powinny być do izby przyjmowane (nie każdy nietrzeźwy wymaga pomocy medycznej). Izby (wraz z oddziałami detoksykacyjnymi) powinny współpracować z innymi placówkami odwykowymi, powinny one być włączone w strukturę organizacyjną służby zdrowia. Pobyt obligatoryjny w izbie wytrzeźwień osób wymagających pomocy medycznej nie powinien być krótszy niż 12 godzin i przedłużony do 24 godz. w razie potrzeby.

#### **Zmiany wymaga również sprawa odpłatności:**

Osoby przywiezione do izby wytrzeźwień powinny płacić za pobyt (ale nie w cenie doby hotelowej ekskluzywnego hotelu), ale w granicach niezbędnych kosztów, nie tak wysokich jak obecnie, wtedy więcej osób będzie w stanie zapłacić. Natomiast osoby, które zdecydowały się na pobyt w oddziale detoksykacyjnym 3-4 dni, powinny być leczone w ramach ubezpieczenia, osoby nieubezpieczone – odpłatnie lub ze środków pomocy społecznej, podobnie jak osoby zgłaszające się z zewnątrz. W Polsce brak jest oddziałów detoksykacyjnych, chorzy w tzw. „ciągu alkoholowym” mają bardzo małe szanse uzyskania niezbędnej pomocy medycznej w warunkach stacjonarnych. Ta forma pomocy przy izbach wytrzeźwień mogłaby wpłynąć na decyzję podjęcia dalszego leczenia odwykowego przez wielu alkoholików. Propozycja tworzenia przy izbach wytrzeźwień odpłatnych oddziałów detoksykacyjnych (jako przedłużenie pobytu w izbie) bardzo zmniejszy szansę odtrucia dla osób nie posiadających pieniędzy.

### **III. Funkcjonowanie lecznictwa uzależnień**

Minęło 10 lat od wprowadzenia nowej Ustawy, która na owe czasy była niewątpliwie nowoczesnym aktem prawnym, dającym możliwości rozwoju różnych form zapobiegania alkoholizmowi oraz minimalizowania jego skutków. Możliwości te tym bardziej były znaczne, że poparte dużymi środkami z budżetu państwa w wysokości do 3% w skali rocznej wartości sprzedaży napojów alkoholowych. Niewątpliwie w tym dziesięcioleciu wiele zrobiono; powstało wiele nowych placówek leczniczych, rozwinięto różnorodne formy oddziaływań profilaktyczno-edukacyjnych, podniesiono kwalifikacje personelu, powstało wiele badań naukowych.

Dziś z perspektywy czasu, (i braku pieniędzy), patrzymy na nasze działania krytycznie z pełną świadomością, że można było wiele rzeczy zrobić lepiej i ekonomiczniej.

Nowa Ustawa, w której odstąpiono od przymusu leczenia (wprowadzając dość nielogiczny zapis prawny w postaci „zobowiązania do leczenia”) trafiła na nieprzygotowane do niej społeczeństwo, które widziało alkoholizm bardziej w kategoriach moralnych niż w kategoriach problemów społeczno-medycznych. Wiedza nt. alkoholizmu jako choroby była i nadal jest niewielka wśród ogółu społeczeństwa, jak również wśród personelu medycznego, a stosunek do alkoholika, naznaczonego piętnem leczenia niechętny, (pobłażliwość dla nadmiernego picia, dezaprobatą w stosunku do alkoholika, którym jest człowiek podejmujący leczenie). Zbyt mało poświęcono czasu, konkretnym oddziaływaniom edukacyjnym nt. objawów alkoholizmu i profilaktyki pierwszorzędowej. W ramach polityki nakazowej powstawały nowe placówki, do których terenowi decydenci służby zdrowia i administracja państwowa odnosiły się niechętnie lub z przymrużeniem oka. Status zawodowy pracownika lecznictwa odwykowego był (i jest nadal) niski. Do pracy w placówkach odwykowych trafiają niejednokrotnie ludzie przypadkowi, bez motywacji, na zasadzie negatywnej selekcji. Stąd też mamy wiele placówek o charakterze atrapy (poradnie pracujące 1-2 razy tygodniowo z obsadą 1-2 osobową, dysponujące jednym pomieszczeniem, oddziały w których poza fizyczną pracą i podawaniem anticolu nic się nie dzieje). Placówki stacjonarne najłatwiej było wtłoczyć w istniejące duże szpitale psychiatryczne, a ich działalność raczej była widziana jako miejsce izolacji alkoholików niż miejsce ich leczenia; reminiscencje takich postaw do dziś istnieją, choć w mniejszym stopniu. Przydzielane województwom poważne kwoty na działalność przeciwalkoholową z funduszu centralnego przeciwalkoholowego bez należytej kontroli nad ich wydatkowaniem, w znacznym stopniu przeznaczane były na inne cele służby zdrowia niż rzeczywisty rozwój placówek odwykowych. Nierzadko za te pieniądze remontowano i budowano całe pawilony, w których potem nie było ani jednego miejsca dla placówki odwykowej. O rzeczywistości małym zainteresowaniu problemami alkoholizmu niech świadczy fakt, że w Polsce poza Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w żadnej z placówek naukowo-badawczych i dydaktycznych służby zdrowia,

nie zorganizowano żadnego ośrodka leczenia odwykowego (to samo dotyczy lecznictwa uzależnień lekowych). Nie mają takich placówek ani akademie medyczne (szkolące przyszłych lekarzy!), ani CMKP (zajmujące się szkoleniem podyplomowym), ani PAN. Wśród przyjmowanych pacjentów do stacjonarnych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, alkoholicy stanowią blisko 25% (dane za 1990 r), udział ich jest znacznie niższy w klinikach psychiatrycznych AM, co świadczy o unikaniu takich chorych. W krajach Europy Zachodniej i w USA placówki odwykowe organizowane są w ramach systemu lecznictwa czysto usługowego, jak i w ramach placówek naukowo-badawczych i dydaktycznych tj. ośrodkach uniwersyteckich i renomowanych instytutach naukowych zajmujących się lecznictwem.

Brak zainteresowania lecznictwa podstawowego problematyką alkoholizmu i mała wiedza na ten temat sprawiają że pierwszym ogniwem pomocy alkoholikowi jest poradnia przeciwalkoholowa, a nie właśnie lekarz rejonowy, do którego obowiązków powinno należeć wczesne wykrywanie i pierwsza pomoc. Słabość funkcjonowania większości poradni, (brak personelu brak odpowiednich lokali) powoduje, że wielu pacjentów trafia niepotrzebnie do placówek stacjonarnych, podczas gdy powinni oni uzyskać odpowiednie leczenie w poradni. Przykładem tego jest zestawienie w tabeli 1 i 2 – gdzie postępującemu wzrostowi psychoz alkoholowych (wskazującym ewidentnie na wzrost rozpowszechnienia alkoholizmu w populacji) nie towarzyszy wzrost przyjęć do poradni, a tylko do placówek stacjonarnych.

Oczekująca nas zmiana modelu organizacji i finansowania służby zdrowia może stanowić poważne zagrożenie dla losów lecznictwa odwykowego, wobec finansowania go przez ubogie gminy, obciążone wieloma wydatkami. W trudnej sytuacji ekonomicznej nasuwa się wiele problemów wymagających rozwiązania przed przystąpieniem do reorganizacji.

1. Jak powinno być finansowane lecznictwo odwykowe (czy tylko w oparciu o budżet gmin) wobec braku możliwości reorganizacji przedtem systemu ubezpieczeń społecznych.

2. Czy nadal utrzymywać dla wszystkich bezpłatne leczenie odwykowe zgodnie z zapisem Ustawy? Budzi to wątpliwości w obecnej sytuacji ekonomicznej kraju; czy rzeczywiście każdy

uzależniony od alkoholu tego wymaga, np. gdy pracuje i nieźle zarabia. Wielu pacjentów z problemami alkoholowymi zgłasza się z prośbą o wskazanie prywatnej placówki leczniczej, gdyż nie chcą korzystać z pomocy dostępnych poradni, „bo tam są sami zdegradowani pijacy”, nie chcą się z nimi identyfikować.

3. Czy powinien być nadal utrzymywany zapis w ustawie o zobowiązaniu do leczenia orzekanym przez sądy (art. 24) wobec osób dotkniętych alkoholizmem, które w związku z nadużywaniem alkoholu zakłócają porządek publiczny, powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację nieletnich? Czy leczenie ma być dla nich karą, czy nagrodą? Wielu alkoholików z orzeczoną zobowiązaniem nie poddaje się leczeniu, wiedząc doskonale, że nie powoduje to żadnych sankcji karnych, jednocześnie kryminalne zachowanie po alkoholu wobec rodziny i otoczenia nie powodują zagrożenia karą (najwyżej zatrzymaniem w izbie wytrzeźwień), ponieważ wszyscy czekają że problem rozwiąże służba zdrowia, zamykając alkoholika na oddziale odwykowym.

4. Czy izby wytrzeźwień nadal mają być przedłużeniem ramienia aresztów, czy ich rola w procesie odtruwania z punktu widzenia medycyny jest rzeczywiście przydatna, zważywszy kilkugodzinny w niej pobyt oraz fakt, że większość jej klientów to niewątpliwie alkoholicy (z badań przeprowadzonych w IPIŃ w latach siedemdziesiątych w warszawskiej izbie wytrzeźwień, wynikało, że 25% zatrzymanych leczyło się uprzednio z powodu alkoholizmu, a dalszych 36.2% przejawiało ewidentne objawy uzależnienia, nie podejmując leczenia. Osoby te były najczęstszymi w roku gośćmi izby.

5. Jak ma wyglądać rola lekarza leczenia podstawowego i lekarzy innych specjalności wobec placówek odwykowych w nowej strukturze organizacyjnej służby zdrowia.

6. Jak powinien funkcjonować system leczenia, np. jakie powinny być wskazania do kierowania do poszczególnych placówek tak aby prowadzone leczenie dawało najlepsze efekty przy minimalnych kosztach. Obecnie przyjęcia do różnych placówek odbywają się dość przypadkowo.

7. Jakie podstawowe procedury lecznicze powinny być uwzględnione w poszczególnych ogniwach systemu pomocy.

8. Czy dotychczasowe typy placówek należy nadal utrzymywać w tej samej formie, np. wojewódzkie przychodnie, które właściwie nie odegrały żadnej roli w strukturze organizacyjnej.

9. Czy aktualne formy szkolenia są adekwatne do efektu i jak je organizować, aby były bardziej efektywne i tańsze.

10. Jak zorganizować nadzór nad lecznictwem odwykowym.

#### IV. Propozycje zmian

##### Ad. 1 i 2 Finansowanie:

Dotychczasowe zasady finansowania lecznictwa odwykowego powinny ulec jak najszybszej zmianie, zanim zostanie wprowadzony nowy system ubezpieczeń społecznych, co może nastąpić dopiero za kilka lat. Zmniejszające się stale fundusze przeznaczone na służbę zdrowia uniemożliwiają dalszy rozwój lecznictwa odwykowego, a nawet utrzymanie sieci placówek odwykowych, które mimo niedoskonałości stanowią poważny dorobek w systemie opieki zdrowotnej i profilaktyce przeciwalkoholowej. Dlatego też finanse pochodzące z budżetu centralnego na lecznictwo odwykowe, muszą być wspierane innymi funduszami.

a) Należy odstąpić od zasady bezpłatnego leczenia odwykowego, w zakładach społecznej służby zdrowia. Koszt leczenia osób nieubezpieczonych powinien być przez nie pokrywany, a w razie niemożności – pokrywany ze środków pomocy społecznej.

b) Należy reaktywować fundusz d/s zapobiegania alkoholizmowi, którego dochodami powinny być:

- dotacja z budżetu centralnego tj. określony procent ze sprzedaży napojów alkoholowych (np. z podatku obrotowego),
- nawiązki orzeczone przez sądy w sprawach dotyczących osób wchodzących w kolizję z prawem pod działaniem alkoholu,
- darowizny,
- zbiórki pieniężne itp.

Dysponentem funduszu powinna być jednostka rządowa d/s przeciwdziałania alkoholizmowi (agencja, fundacja, komisja). Fundusz przeznaczony byłby na wspomaganie działalności profilaktyczno-leczniczej prowadzonej przez władze terenowe, organizacje społeczne, kościelne i osoby prywatne. Wydatki funduszu powinny być ściśle kontrolowane. Fundusz powinien również wspomagać badania



naukowe dotyczące problematyki alkoholowej. Placówki na poziomie gminy korzystałyby z kilku źródeł finansowania: budżetu własnego gminy, budżetu centralnego, przyznawanego gminie na dofinansowanie służby zdrowia, funduszu przeciwalkoholowego oraz z wpłat od pacjentów nieubezpieczonych, którzy mogą za siebie zapłacić.

c) Innym źródłem dofinansowania leczenia odwykowego mogłoby być w razie potrzeby okresowe wprowadzenie na terenie gminy, czy też kilku sąsiadujących gmin, niewielkie opodatkowanie wszystkich napojów alkoholowych sprzedawanych na ich terenie (taksa 2% – 5%). Kwoty podatkowe pozostawałyby w dyspozycji gmin na określoną działalność (np. wyposażenie placówki, dofinansowanie personelu, działalność profilaktyczną itp.). Tego rodzaju metody są stosowane w niektórych stanach USA.

Placówki powinny być zróżnicowane pod względem kosztów, co zwiększyłoby ich dostępność. Nie wszyscy alkoholicy są tak biedni, że nie będzie ich stać na podjęcie leczenia w placówkach droższych, odznaczających się wyższym standardem wyposażenia, ale o podobnym poziomie świadczeń. Wielu alkoholików z mniej zaawansowanymi objawami uzależnienia aktywnych zawodowo, niezłe sytuowanych, podjęłoby leczenie wcześniej, jednak nie zgłaszają się do istniejących placówek państwowych bezpłatnych, bo nie chcą się identyfikować z osobami z daleko zaawansowaną chorobą, które często znalazły się już poza nawiasem społeczeństwa. Tak więc byłoby bardzo wskazane powstawanie placówek zróżnicowanych pod względem kosztów zależnie od standardu, przy podobnym poziomie świadczeń. Tego rodzaju zróżnicowanie mogłoby być bodźcem do podnoszenia poziomu usług, na zasadzie konkurencyjności. Dałoby też pacjentowi możliwość wolnego wyboru placówki.

Na terenie gminy, lub wielu gmin, na podstawie porozumienia, przy udziale wspólnych nakładów mogą powstawać placówki finansowane z budżetu centralnego i budżetu gmin, mogą też być finansowane na zasadzie spółek np. gmina (lub wiele gmin) pokrywa koszty lokalu, natomiast zespół terapeutyczny utrzymuje się z opłat za wizyty (niezbyt wysokich). Nadwyżki finansowe przeznaczone byłyby na rozwój leczenia odwykowego na danym terenie. Myślę, że na takiej zasadzie mogłyby najłatwiej powstawać poradnie

odwykowe, których utrzymanie nie jest kosztowne i nie wymuszało-  
by wysokich opłat ze strony pacjentów (o ile te nie zostaną obłożone  
wysokimi podatkami jako placówki dochodowe). Leczenie psychoz  
alkoholowych na oddziałach psychiatrycznych powinno być nadal  
bezpłatne, tak jak leczenie wszelkich psychoz. Jeżeli zostanie wpro-  
wadzona częściowa odpłatność za leczenie w państwowych placów-  
kach służby zdrowia (mówi się ostatnio o tym coraz częściej) to  
powinna ona dotyczyć tak samo osób uzależnionych od alkoholu.

Przy organizowaniu placówek odwykowych należy pamiętać, że  
formy ambulatoryjne są najtańsze i właściwie prowadzone dają nie  
gorsze efekty terapeutyczne niż leczenie w warunkach stacjonarnych.  
Obliczenie aktualnych kosztów leczenia w poszczególnych typach  
placówek jest bardzo trudne, ze względu na bardzo skomplikowane  
metody finansowania. Dotychczas nikt takich obliczeń nie wykony-  
wał (istnieją tylko obliczenia cząstkowe), gdyż nie widziano tego  
rodzaju potrzeb. W przyszłości niezbędne jest opracowanie metod  
obliczania kosztów z uwzględnieniem różnych procedur leczenia.

#### Uwagi dodatkowe

Cennym uzupełnieniem leczenia odwykowego są dynamicznie  
rozwijające się formy samopomocy samych uzależnionych. Do  
najliczniejszych należy ruch AA, wzorowany na podobnych w USA  
i krajach zachodnich. Za granicą działalność ruchu AA oparta jest na  
samofinansowaniu (ze składek, datków pieniężnych, darowizn),  
u nas głównie na finansowaniu przez państwo. W obecnej sytuacji  
ekonomicznej należy to zmienić. Finansowanie ruchu powinno być  
z własnych pieniędzy (zbiórek pieniędzy itp.). natomiast pieniądze  
z budżetu państwa np. z funduszu celowego powinny stanowić  
niewielkie uzupełnienie na określony cel (większy wydatek związany  
z zakupem wyposażenia, udzielaniem pomocy), czy to w formie  
darowizny, czy też pożyczki. Również organizowane przy porad-  
niach kluby abstynentów powinny partycypować finansowo w wyda-  
tkach: np. płacić z własnych składek za wynajęcie pomieszczenia  
w poradni, uczestniczyć w opłatach (proporcjonalnie do możliwości  
poszczególnych członków) za udział w różnych spotkaniach kultural-  
nych, wycieczkach i innych imprezach. Ocena działalności ruchu  
AA oraz klubów abstynenckich wymaga osobnej analizy pod

względem ponoszonych przez państwo kosztów i uzyskiwanych dotychczas efektów.

3. Leczenie odwykowe winno być całkowicie dobrowolne, należy zrezygnować ze zobowiązania do leczenia, stosowanego zgodnie z ustawą, wobec osób dotkniętych alkoholizmem, które w związku z nadużyciem alkoholu zakłócają porządek prawny. Liczba zobowiązanych do leczenia w placówkach leczniczych maleje z roku na rok; wzrasta natomiast liczba podejmujących leczenie dobrowolnie. Wiele osób objętych zobowiązaniem nie podejmuje leczenia, czuje się jednocześnie zwolniona od odpowiedzialności karnej za kryminogenne zachowania po pijanemu, społeczeństwo i rodzina natomiast biernie oczekują, że służba zdrowia uwolni je od uciążliwego alkoholika poprzez zamknięcie „na leczeniu”. Korzyści z orzeczenia sądów o zobowiązaniu do leczenia są małe, a cała procedura poprzedzająca to orzeczenie kosztowna. Lecznictwo odwykowe nie może być narzędziem penalizującym, gdyż prowadzi to również do negatywnych postaw społecznych i zniechęca wielu alkoholików do podejmowania leczenia dobrowolnie we wcześniejszych stadiach uzależnienia, w obawie przed negatywnym piętnem. Alkoholik wchodzący w kolizję z prawem powinien podobnie jak każdy obywatel tego kraju odpowiadać za swoje czyny. W razie czynu mniejszej wagi orzeczona kara może być zawieszona warunkowo. Warunkiem zawieszenia, jeśli mamy do czynienia z alkoholikiem (ustala to biegły sądowy), powinno być również powstrzymanie się od nadużywania alkoholu (kontrolować ma to kurator sądowy). Sam zainteresowany powinien podjąć decyzję odnośnie leczenia, w zależności od tego, czy będzie mógł sam o własnych siłach wypełnić warunek powstrzymania się od nadużywania alkoholu, czy też dojdzie do przekonania, że musi mu w tym ktoś pomóc fachowo.

4. Należy zreorganizować izby wytrzeźwień; zorganizować oddziały detoksykacyjne przy izbach posiadających niewykorzystane miejsca, włączyć do pionu organizacyjnego służby zdrowia. Warunkiem przyjęcia do izby wytrzeźwień powinna być na pierwszym planie konieczność pomocy medycznej w związku z zatruciem alkoholem, a nie zakłócenie porządku społecznego w związku ze stanem nietrzeźwości. Zreorganizować należy funkcjonowanie izb oraz ich cele. Niezbędne są zmiany w Ustawie, m.in. w części dotyczącej izb wytrzeźwień.

5. Lekarze lecznictwa podstawowego w procesie leczenia alkoholizmu, w przyszłości mają odegrać ważną rolę. Aby mogli spełniać taką rolę, muszą być odpowiednio szkoleni, również odpowiednio finansowani. Dziś status zawodowy lekarza rejonowego w Polsce jest bardzo niski. Z powodu braków w szkoleniu w różnych dziedzinach medycyny oraz niskiej płacy. W Anglii przed kilku laty podniesiono znacznie status lekarza domowego, uwzględniając właśnie te dwa czynniki. Lekarze są poddawani częstemu szkoleniu, przy tym otrzymują bezpłatnie szereg fachowych czasopism, specjalnie dla nich przygotowanych, z bieżącymi informacjami z różnych dziedzin medycyny. Szkolenie (jakie widziałam) nt. alkoholizmu zorganizowane przez St. George's Hospital, Medical School University of London ciągnęło się cały rok, lekarze domowi z określonego okręgu przyjeżdżali na wykłady i zajęcia w placówkach odwykowych 2 x w miesiącu (w piątki) w godzinach popołudniowych (godz. 16-20.00). Tematem wykładów była diagnostyka, klinika i leczenie alkoholizmu (z uwzględnieniem metod farmakologicznych i psychospołecznych) oraz zagadnienia profilaktyki. Uczestnicy mieli również zajęcia grupowe w poradni odwykowej, oddziale detoksykacyjnym oraz ośrodku rehabilitacyjnym należącym do kliniki. Ponadto każdy z uczestników miał obowiązek odbyć kilkudniowy staż w poszczególnych typach placówek leczniczych, jak również uczestniczyć w spotkaniach grup AA oraz grup rodzin alkoholików. Szkolenie zakończone było egzaminem i odpowiednim zaświadczeniem, co z kolei ma wpływ na zarobki uczestników (większa zgłaszalność pacjentów z problemami alkoholowymi). Lekarz domowy ma za zadanie wykrywanie pacjentów z problemami alkoholowymi, udzielanie im pomocy, a w razie potrzeby kierowanie do poradni lub innej placówki specjalistycznej przeciwalkoholowej, ale nie „na zawsze”, lecz do określonego programu leczniczego (trwającego określony czas), po leczeniu specjalistycznym pacjent wraca znowu pod opiekę lekarza domowego. Myślę, że wzory te w przyszłości powinny być wprowadzone u nas.

6. System organizacyjny lecznictwa odwykowego wymaga zmian, gdyż jego funkcjonowanie jest bardzo kosztowne i mało racjonalne. Myślę, że model stosowany w Anglii jest wart zastosowania w Polsce. Lekarz domowy zakładając, że zna swoich podopiecznych, powinien wykrywać osoby uzależnione od alkoholu, motywować je do pod-

jęcia leczenia, prostymi metodami oddziaływań psychospołecznych (z ewentualnym udziałem leków pomagających w powstrzymaniu się od picia alkoholu), próbować podejmować leczenie we własnym zakresie, wciągając do współpracy rodzinę. Gdy to zawodzi, a pacjent wymaga dłuższych i bardziej intensywnych oddziaływań, kieruje go do poradni. Pacjent sam, bez skierowania lekarza domowego nie jest przyjmowany w poradni. Zespół w poradni, po zbadaniu, ustala z pacjentem określony program leczenia w poradni lub jeśli tego wymaga stan pacjenta, kieruje go do placówki stacjonarnej. Pacjent w poradni odbywa ustalone leczenie (trwające 4 – 6 tyg.), potem wraca pod opieką do lekarza rejonowego, również jest kierowany do AA (celem dalszego utrzymywania abstynencji). Pacjenci po każdym odbytym leczeniu, niezależnie od typu placówki, wracają pod opiekę lekarza domowego, który nadal się nimi zajmuje. Pacjenci, jeśli nie uczestniczą regularnie w programie, w placówce stacjonarnej, lub ambulatoryjnej zostają z niego wyłączeni, ponieważ inni czekają w kolejce (leczenie jest oczywiście bezpłatne, w ramach ubezpieczenia społecznego). Pacjenci, którzy nie utrzymują się w programach komunalnych, mają do wyboru programy leczenia prywatne, za które płacą sami (lub częściowo dopłaca budżet komunalny).

W systemie leczniczym najważniejszą rolę odgrywa lecznictwo ambulatoryjne, gdzie większość pacjentów odbywa kurację. W ramach placówek ambulatoryjnych tworzone są grupy terapeutyczne. Wiele poradni zajmuje się odtruwaniem pacjentów, czy to na terenie samej poradni w lżejszych przypadkach, czy też w warunkach domowych, o ile sprzyja sytuacja domowa, życiowa, rodzinna.

7. W oddziale detoksykacyjnym odtrucie powinno trwać nie dłużej jak 7 dni (przy ciężkich zatruciach, po kilkutygodniowym picciu), przeciętnie 3-5 dni. W tym okresie pacjent powinien być już poddawany oddziaływaniom psychologicznym w celu rozwinięcia w nim motywacji do leczenia. Po odtruciu należy z pacjentem ustalić program dalszego leczenia, w zależności od jego stanu, sytuacji rodzinno-zawodowej, jego postawy do dalszego leczenia. Większość pacjentów nadaje się do leczenia ambulatoryjnego. W poradni powinny być stosowane metody kompleksowe, dostosowane do indywidualnych potrzeb i stanu pacjenta. Nie należy patrzeć na leczenie w sposób doktrynerski na fali mody: przedtem stosowano leczenie farmakologiczne, (anticol), obecnie tylko psychoterapię.

Obie metody mogą być użyteczne, właściwie stosowane, leczenie farmakologiczne we wstępnym okresie może wzmacniać oddziaływania psychospołeczne. Formy oddziaływań behavioralne, psychorysunek, elementy psychodramy, muzykoterapia, są użyteczne w leczeniu alkoholików.

W programie również powinna być uwzględniana edukacja nt. alkoholizmu, zarówno samego pacjenta, jak i jego rodziny. Wskazaniem do leczenia stacjonarnego (4-6 tyg.) powinno być: brak zaplecza rodzinnego, konieczność odizolowania na pewien czas od środowiska, konieczność bardziej kompleksowego i dłuższego oddziaływania na pacjenta. Wszystkie te czynniki powinny być brane pod uwagę w podejmowaniu wyboru co do placówki leczniczej.

8. Wśród istniejących dotychczas placówek terapeutycznych, należałoby zrezygnować z wojewódzkich poradni odwykowych, gdyż nie odegrały one żadnej roli wiodącej ani w szkoleniu personelu, ani w udzielaniu konsultacji, ani w leczeniu. Personel nie wyróżniał się wyższymi kwalifikacjami w stosunku do pozostałych placówek, ani większą aktywnością w działaniach terapeutycznych. Myślę, że placówką wiodącą w województwie, powinna być ustalona lokalnie placówka wyróżniająca się wysokim poziomem świadczeń i kwalifikacji personelu (o ile będzie istniała taka potrzeba).

Nie wydaje mi się także celowym tworzenie domów pomocy społecznej dla alkoholików, winni oni przebywać w istniejących, sprofilowanych domach, w zależności od stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Mogą oni dobrze funkcjonować wśród innych osób niesprawnych przy odpowiednio życzliwie nastawionym do nich personelu (tworzenie osobnych domów jest etykietyzujące i dyskryminujące osoby z problemami alkoholowymi).

### Ośrodki leczenia odwykowego (dawne ZLO)

Istniejące ośrodki leczenia odwykowego dawniej nazywane zakładami leczenia odwykowego — obecnie nie przystają do potrzeb i idei lecznictwa odwykowego, tym nie mniej posiadają one około 700 łóżek, z których nie należy rezygnować, gdyż nowe łóżka nie powstaną w związku z aktualną sytuacją ekonomiczną kraju.

Ośrodki te należy zmodernizować i przystosować do nowych metod leczenia (chodzi tu w szczególności o takie ośrodki jak

Charcice i Parzymiechy) i wprowadzić nowe metody leczenia. Te duże ośrodki leżące z dala od dużych aglomeracji miejskich mają trudności z obsadą, ale aktualnie wobec trudnej sytuacji na rynku pracy i trudnej sytuacji mieszkaniowej, wydaje się, że przy zapewnieniu mieszkania, możnaby wprowadzić nowych ludzi, lepiej przygotowanych fachowo, niż obecna kadra tam pracująca.

Wydaje się, że w niektórych ośrodkach należałoby zmienić dyrektorów. Wszelkie likwidowanie placówek pogorszy dostępność lecznictwa odwykowego. Gdyby sytuacja ekonomiczna uniemożliwiła utrzymanie wszystkich ośrodków, może należałoby rozważyć „sprywatyzowanie” 1-2 ośrodków leczenia odwykowego i zorganizowanie prywatnych (spółdzielczych) – odpłatnych placówek o znacznie wyższym standardzie. Sądzę, że znaleźliby się chętni do leczenia; należy spróbować.

9. Należy zmienić formy dotychczasowego szkolenia personelu, powinny one odbywać się metodą kaskadową, być permanentne w związku ze znaczną fluktuacją kadry. Należy opracować programy szkolenia na różnym poziomie. Szkolący powinni w większym niż dotychczas zakresie korzystać z nowoczesnych technik przekazywania wiedzy (video, filmy, kasety).

10. Należy utrzymać dotychczasowy nadzór nad lecznictwem odwykowym, tj. w ramach nadzoru krajowego d/s psychiatrii. Dążenie do oddzielenia lecznictwa odwykowego od psychiatrii (a nawet od medycyny jak chcą niektórzy) nie jest praktyczne, jak również zaburzenia psychiczne (zaburzenia emocjonalne, zaburzenia mechanizmów przystosowawczych, zaburzenia intelektu) są związane z psychiatrią i wszelkie oddzielanie alkoholików od zainteresowań psychiatrów jest nielogiczne i ze szkodą dla pacjentów. Natomiast wciąganie do współpracy w leczeniu osób innych specjalności, jak lekarzy, psychologów, asystentów socjalnych, resocjalizantów, socjologów, pedagogów jest celowe i pożyteczne. Badaniami natomiast nad alkoholem i problemami z nim związanymi, polityką wobec alkoholu itp. należy zainteresować w przyszłości jak najszersze kręgi społeczeństwa. Należy rozważyć w przyszłości nadzór regionalny sprawowany przez akademie medyczne, ale pod warunkiem, że w ich klinikach powstaną jakieś placówki (oddział, poradnia) leczenia odwykowego, w przeciwnym razie sprawowanie takiego nadzoru będzie niecelowe, ponieważ pracownicy kliniki zwykle nie mają

doświadczenia w dziedzinie leczenia przeciwalkoholowego i niewiele się tym interesują.

### Piśmiennictwo

1. Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej (proces reformowania opieki zdrowotnej). MZiOS Warszawa, listopad 1990.

2. II Raport o polityce wobec alkoholu. Zespół Ekspertów Komisji d/s Przeciwdziałania Alkoholizmowi przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej. Warszawa 1990, str. 40-41

3. Psychiatry of Addictive Behavior (Handbook). St. George's Hospital and Medical School, A.H. Ghodse, 1989, str. 74-77.

4. Ekspertyza dotycząca leczenia ambulatoryjnego (opracowanie wstępne, maszynopis 1991 r.) – J. Morawski.

5. Rozpowszechnienie alkoholizmu wśród osób przyjmowanych do Warszawskiej Izby Wyrzeźwien w 1971 r. C. Godwod-Sikorska i inni w: Alkohol, Alkoholizm i inne Uzależnienia. T.2 str. 36-47. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977 r.

6. Rocznik Statystyczny na lata 1987-1990, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN.