

## STAN IZB WYTRZEŻWIENÍ

### WSTĘP

Wobec systematycznego wzrostu spożycia alkoholu po wojnie oraz coraz większego rozpowszechnienia problemów związanych z nadużywaniem alkoholu ówczesne władze postanowiły w latach 50-tych stworzyć w większych miastach Polski sieć izb wytrzeźwień. Choć podano, że główne funkcje izb wytrzeźwień to: porządkowa (zapobieganie zgorzeniu w miejscu publicznym lub zakładach pracy) i profilaktyczno-zdrowotna (troska o zdrowie i życie osób nietrzeźwych), to dominowała funkcja represyjna, czego dowodem było podporządkowanie izb resortowi spraw wewnętrznych. Tak też właściwie do dzisiaj jest postrzegana przez większość społeczeństwa rola izb wytrzeźwień, mimo, że ustawa z 1982 przekazała izby wytrzeźwień władzom miejskim, a nadzór merytoryczny służbie zdrowia. Zwykle kilku lub kilkunastogodzinny pobyt w izbie jest płatny, jak doba w dobrym hotelu, a dowóz do izby, z reguły przez policję, jest płatny oddzielnie. Jednak ściąganie należności za pobyt w izbie nie przekracza z reguły 50%, a reszta kosztów prowadzenia izby jest pokrywana z kasy miejskiej. Warunki pobytu oraz obsługa klientów izby w dalszym ciągu pozostawiają wiele do życzenia. Z wizytacji izb wyrzeźwień przeprowadzonych w ramach nadzoru specjalistycznego obawiać się możemy, że funkcją podstawową izby jest izolowanie i nocowanie osób nietrzeźwych.

Rola lekarza dyżurnego (lub felczera) sprowadza się do wstępnej selekcji i powierzchownego badania, a w przypadkach zagrażających życiu, kierowania do odpowiednich placówek służby zdrowia (mimo to zgony w izbie zdarzają się) oraz profilaktyki polegającej na

radzeniu klientowi przed wypisem, aby przestał pić lub aby zgłosił się do poradni odwykowej. Osoby, które spędziły noc w izbie są wypisywane w stanie ostrego zespołu abstynencyjnego w godzinach rannych. Część osób bezpośrednio z izby udaje się do swojej pracy, gdzie często powoduje zagrożenie dla siebie i innych (np. kierowcy, dźwigowi itp.). Znaczna część po opuszczeniu izby sięga po alkohol w celu złagodzenia objawów związanych z zespołem odstawienia.

Ogromna większość lekarzy dyżurnych w izbie nie posiada żadnego przeszkolenia w zakresie choroby alkoholowej i nie potrafi rozpoznać, czy ma do czynienia z przypadkowym upiciem, osobą nadużywającą alkoholu, czy też z chorym uzależnionym od alkoholu.

Stopień wykorzystania łóżek w izbach wytrzeźwień z reguły nie przekracza 50% i tylko kilka izb zdecydowało się na odpłatne 3-4 dniowe prowadzenie tzw. detoksykacji alkoholowej.

Podsumowując, aktualna funkcja izb wytrzeźwień w sposób jaskrawy odbiega od oczekiwań społecznych i profesjonalistów lecznictwa odwykowego, możliwości ich wykorzystania w systemie lecznictwa odwykowego i funkcji podobnych placówek w innych krajach, np. skandynawskich.

Dotychczas nie prowadzono w Polsce badań izb wytrzeźwień pod kątem wykorzystania ich do wyżej wymienionych celów.

## CEL PRACY

W naszej pracy postawiliśmy sobie za cel uzyskanie informacji o wszystkich istniejących izbach wytrzeźwień w Polsce, jeśli chodzi o ich lokalizację, warunki lokalowe, kadre, zatrudnienie, wyposażenie, dane dotyczące osób korzystających z izb w 1990 r. oraz źródła finansowania. Analiza tych danych ma posłużyć do sformułowania nowej koncepcji izb, z jednej strony osadzonej w obecnych realiach a z drugiej zgodnej z ideami restrukturyzacji służby zdrowia.

## METODA I MATERIAŁ

W badaniach posłużyliśmy się skonstruowanym przez nas kwestionariuszem za pomocą którego przeszkoleni ankieterzy, na miejscu w izbach wytrzeźwień zbierali informacje oraz opinie kierowników izb w interesujących nas sprawach. Zebraliśmy dane z 53 istniejących

izb wytrzeźwień i poddaliśmy je analizie statystycznej. (w załączeniu lista izb).

Izby wytrzeźwień zaczęto organizować w Polsce w latach pięćdziesiątych – 11 izb powstało w tym czasie. Do końca lat siedemdziesiątych notuje się względnie szybki wzrost liczby izb. W latach sześćdziesiątych powstało 12 a w siedemdziesiątych 21. W latach osiemdziesiątych tempo wzrostu uległo zahamowaniu – od 1980 r. liczba izb powiększyła się tylko o 8. Ustawa zobowiązała organy administracji terenowej do zorganizowania izb wytrzeźwień w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców. Miast takich jest obecnie 91 i tyle powinno być izb wytrzeźwień. Spadek tempa wzrostu liczby izb nie jest zatem podyktowany zaspokojeniem potrzeb w tym zakresie a innymi czynnikami, wśród których można wymienić trudną sytuację gospodarczą kraju oraz klimat liberalizacji polityki wobec alkoholu. Można w pewnym uproszczeniu stwierdzić, iż powołanie 53 izb wytrzeźwień spełnia w 58% wymogi ustawy. Izby wytrzeźwień zorganizowano w 38 województwach. W następujących województwach nie powołano żadnej izby: ciechanowski, krośnieńskie, leszczyńskie, łomżyńskie, ostrołęckie, piotrkowskie, siedleckie, skierniewickie, śląskie, suwalskie i tarnobrzeskie. Najwięcej izb istnieje w województwie katowickim – 8 i w kieleckim – 3 izby.

## LOKALIZACJA I WARUNKI LOKALOWE

Spośród 53 istniejących izb 23 położonych jest w centrum miasta, 25 na terenie miasta ale poza centrum i 5 poza miastem ale w odległości nie większej niż 10 km od miast. 44 respondentów uznało lokalizację swojej izby za dogodną z punktu widzenia jej funkcji. Negatywna ocena lokalizacji nie zależała od jej położenia względem centrum miasta. Respondenci, którzy dostrzegają mankamenty lokalizacji, upatrują je w niedogodnym dojeździe i złych połączeniach komunikacyjnych (4 izby); sąsiedztwo takich instytucji jak szkoła (1 izba), cmentarz (1 izba), zakłady przemysłowe i dworzec główny PKP (1 izba); lokalizacji w budynku wspólnie użytkowanym z innymi instytucjami i mieszkaniami jak również położenie przy placu budowy osiedla mieszkaniowego (2 izby).

Podstawowym wskaźnikiem wielkości izby z punktu widzenia jej funkcji jest liczba łóżek. Jest ona silnie zróżnicowana. Najmniejsza

izba ma do dyspozycji 11 łózek a największa 130. Średnia liczba łózek wynosi – 38, mediana 33, a średnia modalna 42. We wszystkich izbach w sumie jest 2016 łózek.

**Tabela 1.**

Izby wytrzeźwień według liczby łózek.

do 20 łózek	3
21 – 30 łózek	20
31 – 40 łózek	6
41 – 50 łózek	18
powyżej 50 łózek	6

Po pogrupowaniu (tabela 1), dane o liczbie łózek układają się w rozkład dwumodalny – najczęściej mamy do czynienia z izbami o liczbach łózek z przedziałów 21 – 30 i 41 – 50.

Innym wskaźnikiem wielkości izby jest ogólna powierzchnia pomieszczeń. Izby również pod tym względem są silnie zróżnicowane. Najniższa powierzchnia zanotowana w badaniach wynosi 98 m<sup>2</sup> a największa 1612 m<sup>2</sup>. Średnia powierzchnia wynosi 375,7 m<sup>2</sup> przy medianie 333,0 m<sup>2</sup>.

Przybliżonej informacji o sposobie wykorzystania powierzchni lokalowej izby dostarczyć mogą dane o odsetku powierzchni wykorzystywanej na sale łózkowe (tabela 2).

**Tabela 2.**

Izby wytrzeźwień według odsetka powierzchni sal łózkowych od powierzchni wszystkich sal.

21% – 30%	13
31% – 40%	21
41% – 50%	12
powyżej 50%	2

Odsetek ten zawiera się w przedziale 21,9% – 60,3%. Średni odsetek dla wszystkich izb i mediana odsetka prawie pokrywają się i wynoszą 37% co świadczy o symetryczności rozkładu. Znaczny rozrzut odsetka powierzchni zajmowanej przez sale łózkowe wskazy-

wać może na rezerwy powierzchni użytkowej istniejące w niektórych izbach. Jeśli funkcjonują izby wykorzystujące tylko 40% powierzchni na zaplecze dla sal łózkowych, to wykorzystywanie w ten sposób blisko 80% powierzchni uznać trzeba za rozrzutność.

Jako wskaźnik sytuacji lokalowej izby przyjęto średnią wielkość powierzchni sali łózkowej przypadającej na jedno łóżko (tabela 3).

2 m <sup>2</sup> do 3 m <sup>2</sup>	16
pow. 3 m <sup>2</sup> do 4 m <sup>2</sup>	17
pow. 4 m <sup>2</sup> do 5 m <sup>2</sup>	14
powyżej 5 m <sup>2</sup>	4

Wielkość tego wskaźnika waha się od 2 m<sup>2</sup> do 8,62 m<sup>2</sup>, średnia wynosi 3,7 m<sup>2</sup>, a mediana 3,3 m<sup>2</sup>. Z danych zawartych w tabeli zdaje się wynikać, iż w większości izb powierzchnia sal łózkowych jest wystarczająca.

Ogólnej oceny sytuacji lokalowej izby dostarczają odpowiedzi na pytanie o to, czy obecny lokal nadaje się na siedzibę izby. Kierownicy 29 izb są zdania, że w pełni nadaje się. W 12 izbach stwierdzono, że nadaje się, ale nie jest zbyt dobry do tego celu, i w 10 izbach, że w zasadzie nie nadaje się, ale ostatecznie może pełnić tę funkcję. Tylko w 2 izbach uznano, iż lokal zdecydowanie nie nadaje się na siedzibę izby. Dane o ocenie przez respondentów funkcjonalności układu pomieszczeń i stanu technicznego izby zawiera tabela 4.

**Tabela 4.**  
Ocena funkcjonalności układu pomieszczeń  
i ich stanu technicznego

Ocena	funkcjonalności	stanu technicznego
bardzo dobra	8	7
dobra	25	22
średnia	14	15
zła	5	7
bardzo zła	1	2

W większości izb zarówno układ pomieszczeń jak stan techniczny uznano za co najmniej średni. Złe oceny sformułowano w odniesieniu

do układu pomieszczeń tylko w 6 izbach i w odniesieniu do stanu technicznego w 9 izbach. Generalnie stan techniczny oceniano trochę gorzej niż funkcjonalność pomieszczeń.

## WYPOSAŻENIE

Stan wyposażenia niektórych izb jest niedostateczny z punktu widzenia możliwości wypełniania ich podstawowych funkcji. W pięciu izbach nie ma żadnego wyposażenia medycznego, aż w 38 nie ma sprzętu laboratoryjnego, 46 nie dysponuje własnym środkiem transportu.

Potrzeby w zakresie wyposażenia w aparaturę medyczną zgłaszało 28 izb, sprzęt laboratoryjny 19 izb, środki transportu 5 izb i inne wyposażenie 29 izb.

Izby wytrzeźwień są raczej skromnie wyposażone w sprzęt. Z aparatury medycznej najczęściej spotyka się zestawy do przeprowadzania czynności reanimacyjnych. Posiadanie tego sprzętu zgłaszają 34 izby wytrzeźwień na 53. Tylko 8 izb wytrzeźwień posiada alkomat – aparat do określania zawartości alkoholu we krwi. Z innych urządzeń dwie izby mają aparat EKG i jedna zestaw narzędzi do małej chirurgii. Kierownicy izb określając potrzeby w zakresie wyposażenia w aparaturę medyczną, w 9 przypadkach zgłaszają zestaw do reanimacji, a w 8 aparaturę do EKG. Tylko w jednym przypadku za celowe uznano posiadanie zestawu narzędzi chirurgicznych. Najczęściej zgłaszane jest zapotrzebowanie na aparaturę typu alkomat do pomiaru zawartości alkoholu we krwi. Potrzeby takie zgłosiło 26 izb wytrzeźwień.

Podsumowując można stwierdzić, że w zakresie aparatury medycznej w miarę dobrze zaspokojone są potrzeby na zestawy reanimacyjne, natomiast najbardziej brakuje urządzeń do pomiaru zawartości alkoholu we krwi.

Z innych sprzętów najczęściej zgłaszane jest posiadanie odbiorników radiowych i telewizyjnych, ma je bowiem 48 placówek. Zgłaszany jest również sprzęt biurowy (maszyny do pisania, maszyny do liczenia) oraz sprzęt gospodarstwa domowego. Jednak w tym zakresie informacja z pewnością jest niepełna – nie były wymieniane w ankiecie wszystkie posiadane urządzenia; np. maszyny do pisania wymienia tylko 6 placówek.

Jeśli chodzi o potrzeby, w 7 przypadkach zgłaszana jest aparatura video, w 5 przypadkach – kamery video oraz w 7 komputer. Wymieniane były również w pojedynczych przypadkach urządzenia takie jak: kserograf, system telewizji przemysłowej do kontroli sal pacjentów, system radiofonizacji sal pacjentów i CB radio.

Z drugiej strony zgłaszane są również bardzo podstawowe potrzeby np. 3 izby wytrzeźwień chcą wymienić stare łóżka pacjentów na nowe.

Pięć placówek posiada samochody, w tym dwie samochody do przewozu osób nietrzeźwych. Zapotrzebowanie na samochody zgłaszają trzy izby, które dotychczas ich nie miały, dwie chciałyby posiadać samochód dostawczy, a jedna samochód do przewozu osób nietrzeźwych. Z placówek, które już mają samochody jedna chce wymienić wyeksploatowany pojazd na nowy, a druga dodatkowo wyposażyc się w samochód do przewozu pacjentów. W sumie niewiele placówek posiada samochody i nieliczne zgłaszają potrzeby w tym zakresie. Wydaje się, że zależy to od warunków lokalnych i przyjętych rozwiązań organizacyjnych i dlatego zapotrzebowanie w dziedzinie transportu jest bardzo zróżnicowane.

## PERSONEL

Średnia zatrudnienia dla izb wynosi 27 osób. Przeciętna izba zatrudnia 25 osób (mediana). Największa pod względem zatrudnienia liczy 82 pracowników, najmniejsza 14. Większość izb zatrudnia poniżej 30 pracowników (tabela 5).

**Tabela 5.**

Izby wytrzeźwień według liczby personelu ogółem

do 20 osób	12
21 – 30 osób	25
31 – 40 osób	11
powyżej 40 osób	2

W sumie we wszystkich izbach pracują 1357 osoby. Różnice w liczbie zatrudnionych pracowników są w dużej mierze wynikiem częstego zatrudniania w niepełnym wymiarze czasu pracy. Dotyczy

to przede wszystkim personelu medycznego w tym w największym stopniu lekarzy. Wszystkie izby zatrudniają w sumie 122 felczerów i 208 lekarzy co daje razem 330 osób personelu medycznego. Na jedną izbę przypada zatem średnio 6,5 pracownika medycznego. Tabela 6 prezentuje rozkłady liczb izb według zatrudnienia personelu medycznego ogółem i lekarzy.

**Tabela 6.**

Izby wytrzeźwień według liczby personelu medycznego ogółem i liczby lekarzy

	personel medyczny	lekarze
nie ma	-	6
do 3 osób	3	17
4 - 6 osób	27	20
7 - 9 osób	17	6
powyżej 9 osób	4	2

W tabeli 7 zgromadzono dane o personelu medycznym tzn. lekarzach i felczerach dotyczące statusu zatrudnienia we wszystkich zbadanych izbach łącznie.

**Tabela 7.**

Liczba personelu medycznego zatrudnionego w izbach w rozbiciu na felczerów i lekarzy według sposobów zatrudnienia

	personel medyczny	felczerzy	lekarze
ogółem	330	122	208
pełen etat	29	20	9
część	102	55	47
zlecenia	199	47	152

Niemal wszyscy pracownicy pionu medycznego zatrudniani są w niepełnym wymiarze czasu pracy w tym zdecydowana większość na zlecenia. Felczerzy relatywnie częściej zatrudniani są na pełnym etacie, niż lekarze, którzy najczęściej pracują na zlecenia. Jeśli zgodzić się z tym, że zatrudnienie na etacie silniej wiąże pracownika z instytucją, czyni go bardziej dyspozycyjnym i bardziej angażuje go w pracę to należy uznać, iż rola felczerów w działalności izb jest bardziej znacząca niż by to wynikało z ich liczby w stosunku do liczby lekarzy.



Zróznicowanie izb pod względem poszczególnych wymiarów zatrudnienia prezentują tabele 8 i 9.

**Tabela 8.**

Izby wytrzeźwień według sposobu zatrudnienia felczerów

	pełen etat	część etatu	zlecenia
nie ma	39	30	29
1 felczer	10	7	6
2 felczerów	3	7	13
3 felczerów	-	5	5
powyżej 3 felczerów	1	4	-

**Tabela 9.**

Izby wytrzeźwień według sposobu zatrudnienia lekarzy

	pełen etat	część etatu	zlecenia
nie ma	44	35	18
do 3 lekarzy	9	9	13
4 - 6 lekarzy	-	7	13
7 - 9 lekarzy	-	-	6
powyżej 9 lekarzy	-	-	1

Dane zgromadzone w powyższych tabelach pokazują względnie równomiernie rozłożenie w izbach lekarzy etatowych, relatywnie bardziej równomierne niż felczerów. Zwraca uwagę, iż w co najmniej 29 izbach nie ma żadnego pełnoetatowego pracownika medycznego.

Pamiętając o zakłóceniach wynikających z różnych wymiarów czasu pracy poszczególnych pracowników pionu medycznego, można w dużym uproszczeniu odnieść ich liczbę do liczby łóżek oraz liczby klientów jakich trzeba obsłużyć. Średnio we wszystkich izbach przypada niewiele ponad 6 łóżek na jednego pracownika medycznego. W całym 1990 r. statystyczny członek personelu medycznego obsłużył prawie 659 klientów. Podaną wartość należy traktować jako dolną granicę. Gdyby założyć, że każdy z pracujących na niepełnym etacie czy na zleceniu średnio pracował w wymiarze pół etatu to można przyjąć iż wszyscy pracownicy medyczni odpowiadają 180 pracownikom pełnoetatowym. Przy takim założeniu można wyliczyć, iż w izbach na jeden „przeliczeniowy etat” medyczny przypada ponad 11 łóżek i prawie 1198 klientów.

Na 208 lekarzy zatrudnionych w izbach tylko 5 jest psychiatrami, pozostali to lekarze innych specjalności lub bez specjalizacji. Wśród nich tylko 32 (15%) uczestniczyło w szkoleniach z zakresu problematyki alkoholowej. W 39 izbach nie ma ani jednego lekarza przygotowanego do pracy z osobami z problemem alkoholowym.

W badanych izbach obserwuje się tendencje do redukcji personelu. w 1991 roku w stosunku do 1990 roku wzrost zatrudnienia zanotowano w 6 izbach, podczas gdy spadek w 23. W 22 izbach nie zanotowano zmian. W izbach, w których nastąpił wzrost personelu, przybyło średnio 3,5 pracownika, tam gdzie zatrudnienie spadło, ubyło średnio 3,8 pracownika. W sumie we wszystkich izbach przybyło 21 osób a ubyło 87 – bilans jest więc ujemny, chociaż spadek nie jest katastrofalny, pamiętając, że wszystkie izby zatrudniają 1357 osób.

## KLIENCI

Według danych za 1990 r. w badanych izbach przebywało w sumie 215669 osób, co daje średnio 4147 osób na 1 izbę. Mediana wynosi 3303 co oznacza, iż więcej izb lokuje się poniżej średniej, niż powyżej. Najmniejsza liczba klientów wynosi 1495, największa 12260.

Zdecydowaną większość klientów izb stanowią mężczyźni. W 10 izbach nie zanotowano żadnej kobiety, w pozostałych odsetek kobiet wahał się od 0,2% do 12,2%. Średni odsetek kobiet dla wszystkich izb wynosił 3,1%. W 39 izbach istnieją wydzielone łóżka dla kobiet, tylko w 7 z nich kierownicy widzą potrzebę powiększenia ich liczby. W 12 izbach, w których nie ma wydzielonych łóżek dla kobiet, potrzebę taką dostrzega tylko 4 kierowników. W jednej izbie mimo braku wydzielonych łóżek gościły kobiety.

Mniej zróżnicowany jest odsetek małoletnich (do 18 lat) klientów izb. Waha się on od 0,3% do 5,0%, przy czym tylko w jednej izbie nie było żadnej osoby małoletniej. Średni odsetek małoletnich dla wszystkich izb wynosi 1,8%. W 50 izbach wydzielono łóżka dla nieletnich, w 3 izbach nie ma takich łóżek. Kierownik jednej izby, która nie ma wydzielonych łóżek, zgłosił potrzebę ich wydzielenia. Wszystkie trzy izby bez wydzielonych łóżek przyjmowały osoby w wieku do 18 lat.

Niemal wszystkie izby mają wydzielone łóżka dla osób stwarzających zagrożenie – takich łóżek nie wydzielono w 2 izbach.

Badane izby wykazują duże zróżnicowanie pod względem wykorzystania miejsc – od 52 do 206 klientów na 1 łóżko w ciągu roku, przy średniej 108 i medianie 105. Zakładając, że każdy klient przebywa w izbie 1 dobę, oznacza iż wykorzystanie łóżek waha się od 14,2% do 56,4%, przy średniej 29,6% i medianie 28,8%.

Tak wyliczony wskaźnik wykorzystania miejsc byłby bardzo przydatny gdyby zapotrzebowanie na usługi izby było równomierne w czasie. Tymczasem wiadomo, iż podlega ono licznym fluktuacjom, których rytm wyznaczają weekendy, daty popularnych imienin i niektórych świąt oraz wiele innych czynników jak na przykład pora roku, pogoda czy aktywność policji. W efekcie są dni, gdy izba stoi pusta i dni gdy brakuje miejsc dla potencjalnych klientów. Sytuacje takie gdy zabrakło miejsc odnotowano w 6 izbach. W sumie w ciągu roku we wszystkich izbach zabrakło miejsc dla 98 klientów. Wydaje się, że chociaż wskaźnik wykorzystania miejsc nie jest wysoki to nie powinno to skłaniać do redukcji liczby łóżek, rozważyć natomiast należy możliwości innego ich wykorzystania w okresach mniejszego zapotrzebowania na usługi izby.

Wśród klientów izby można wyróżnić dwie kategorie – osoby, które zasadniczo nie mają problemów z alkoholem i przypadkowo trafiły do izby oraz stałych bywalców, wśród których jest wielu uzależnionych od alkoholu. Już dwukrotny pobyt w izbie wskazuje na niebezpieczne narastanie problemowego picia. W 1990 r. we wszystkich izbach odnotowano 60725 takich osób co stanowi 28,2% klientów. Poszczególne izby są bardzo niejednorodne pod tym względem. Odsetek wielokrotnych bywalców waha się od 3% do blisko 90%. Większą część co najmniej dwukrotnych gości izby stanowią osoby, które przebywały tam ponad dwa razy – 34846. Tak znaczne nagromadzenie klientów z problemem alkoholowym, nadmiernie pijących, przy niepełnym wykorzystaniu łóżek, przynajmniej w dni powszednie, skłaniać powinno do rozważenia możliwości poddawania przynajmniej niektórych klientów detoksykacji. Obecnie tylko dwie izby zadeklarowały prowadzenie detoksykacji. Rozważając warunki szerszego wprowadzenia detoksykacji jako reguły w funkcjonowaniu izby wytrzeźwień trzeba pamiętać o słabym przygotowaniu kadry medycznej, co już było sygnalizowane, oraz o sposobie postrzegania priorytetów różnych funkcji izb przez ich kierownictwo. W zdecydowanej większości izb kierownicy na pierw-

szym miejscu stawiają funkcję porządkową (40 izb), tylko w 6 izbach na pierwszym miejscu jest funkcja medyczna, a w czterech następnym funkcja profilaktyczna.

## FINANSE

Ogólny koszt funkcjonowania zbadanych izb wytrzeźwień w 1990 r. zamknął się kwotą 25 576 mln zł. Jedna izba kosztowała średnio 522 mln zł. Koszt najtańszej izby wyniósł 252 mln zł, a najdroższej 1 936 mln zł. Znaczny udział w tych kosztach mają koszty osobowe – średnio 65%. Średni koszt pobytu jednego klienta wahał się w poszczególnych izbach od 81 tys. zł do 206 tys. zł i wynosił dla wszystkich izb razem 140 tys. zł. Biorąc pod uwagę znaczne zróżnicowanie poziomu zatrudnienia, warunków lokalowych i stanu wyposażenia izb, zróżnicowanie w zakresie kosztów wydaje się niezbyt duże.

W założeniu większość kosztów funkcjonowania izb powinna być finansowana z opłat od klientów. W rzeczywistości z opłat uzyskano sumę 9 266 mln zł co stanowi 36,2% wszystkich wydatków na izby. Odsetek ten jest mocno zróżnicowany w poszczególnych izbach – klienci pokrywali swoimi opłatami od 17,3% do 69,4% ogólnych kosztów izb. Niski odsetek pokrycia kosztów wynika z trudności w wyegzekwowaniu należności od klientów. Średnio około połowy klientów nie płaci za pobyt w izbie. Nawet gdyby wszyscy płacili, to, jak nietrudno obliczyć, i tak pokryłoby to ok. 3/4 kosztów. Ciekawe, że również odsetek osób wywiązujących się z płatności w poszczególnych izbach nie jest zbliżony. Spotykamy izby, które są w stanie wyegzekwować należność za pobyt od 75% klientów oraz takie, którym się to udaje tylko w stosunku do 25% klientów.

Na koniec spójrzmy na obecne ceny pobytu w izbie wytrzeźwień zawarte w tabeli 10.

**Tabela 10.**

Izby wytrzeźwień według cen pobytu.

do 250 tys. zł	4
251 – 300 tys. zł	16
301 – 350 tys. zł	13
351 – 400 tys. zł	15
powyżej 400 tys. zł	5

Ceny pobytu są jak widać bardzo wysokie, nic dziwnego, że przekraczają możliwości płatnicze znacznej części klientów izby, szczególnie tych, którzy goszczą tam wielokrotnie. Podniesienie cen, aby zwiększyć „rentowność” izby może zaowocować jedynie spadkiem liczby osób płacących, co w sumie może przynieść efekt przeciwny od oczekiwanego. Podniesienie realnych cen owocowałoby ponadto wzmocnieniem funkcji represyjnej izb, co stawałoby w konflikcie z ich funkcją profilaktyczną w zakresie ograniczania rozmiarów problemów związanych z alkoholem.

## PROFILAKTYCZNA FUNKCJA IZB

W działalności izb wytrzeźwień obok funkcji porządkowej i funkcji medycznej ważne miejsce powinien zajmować aspekt profilaktyczny. W relacji kierowników izb funkcja profilaktyczna realizowana jest głównie poprzez rozmowy z pacjentami przeprowadzane w czasie ich pobytu, przeważnie jednak bezpośrednio przed ich wyjściem. W 27 izbach na 53 działania profilaktyczne polegają właściwie na rozmowach, czasami wykorzystuje się materiały pomocnicze, takie jak broszury, ulotki, plakaty. Tylko w jednej izbie, poza tym odtwarza się nagrania magnetofonowe o treściach edukacyjnych. Niektóre placówki prowadzą bardziej rozszerzone działania w stosunku do pacjentów młodocianych, poza rozmowami bezpośrednimi, zawiadamia się tam i prosi na rozmowy rodziców. Jeszcze jedną formą działalności określanej przez respondentów jako profilaktyczna, prowadzonej przez kilka placówek, jest praktyka zawiadamiania o pobycie w izbie odpowiedniej komisji d/s Przeciwdziałania Alkoholizmowi.

Z innych form działalności profilaktycznej sporadycznie wymieniane są: bezpośrednie kierowanie pacjentów do placówek lecznictwa odwykowego, współpraca z różnymi instytucjami, w tym z ruchem anonimowych alkoholików.

Nieco lepiej wygląda działalność izb wytrzeźwień według odpowiedzi na pytania o współpracę z różnymi instytucjami, takimi jak placówki lecznictwa odwykowego, grupy anonimowych alkoholików, kluby samopomocowe, czy inne instytucje. Można jednak przypuszczać, że kontakty takie nie zawsze są stałą praktyką i przeważnie mają charakter działań sporadycznych. Większość izb wytrzeźwień podaje, że współpracuje z poradniami odwykowymi.

Najczęściej polega to na kierowaniu pacjentów do poradni odwykowych lub przekazywaniu do poradni informacji o niektórych pacjentach. Część izb przekazuje swoim klientom informacje o możliwości leczenia się w poradniach odwykowych. Tylko w kilku przypadkach współpraca z poradniami ma szerszy charakter, np. wspólne szkolenia personelu, wymiana doświadczeń, współpraca w działalności propagandowej (ulotki, plakaty).

Na mniejszą skalę realizowana jest współpraca z oddziałami odwykowymi. Najczęściej polega to również na kierowaniu pacjentów na leczenie. Kilka izb prowadzi szerszą współpracę, przeważnie w zakresie szkoleń lub wzajemnych konsultacji.

Prawie połowa izb wytrzeźwień ma kontakty z ruchem Anonimowych Alkoholików lub klubami samopomocowymi. Przeważnie polega to na informowaniu pacjentów o możliwości uzyskania pomocy w rozwiązywaniu problemów alkoholowych poprzez kontakt z ruchem AA lub klubem abstynenta. W wielu przypadkach dobrze układa się współpraca z ruchem Anonimowych Alkoholików. Na przykład, mając miejsce spotkania grup AA na terenie izb wytrzeźwień, członkowie ruchu AA prowadzą na terenie izby rozmowy z pacjentami. Poszczególne izby podają również inne instytucje, z którymi prowadzą współpracę. Kilka razy wymieniane są Komisje d/s Przeciwdziałania Alkoholizmowi, a w pojedynczych przypadkach sądy, policja, prokuratura, Kościół i Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy.

## POTRZEBY I PROBLEMY IZB

W zakresie potrzeb i problemów, wobec których stoją izby wytrzeźwień, na pierwszym miejscu wymieniane są problemy lokalowe. Niektóre izby funkcjonują w nieodpowiednim lokalu wymagającym większych remontów lub modernizacji. Są izby, które rozwiązanie tej sytuacji widzą tylko w budowie nowego budynku.

Często zgłaszane są problemy finansowe izb wytrzeźwień, które wynikają bądź z niskiej ściągłości opłat za pobyt lub ze zbyt niskiej dotacji. Sygnalizowany jest brak funduszy na zakup wyposażenia, bądź remontu lokalu.

Z innych problemów wymieniana jest sprawa trudności ze ściąganiem należności z tytułu opłat za pobyt, wynikających z tego, że jest coraz więcej bezdomnych lub bezrobotnych.

Dość często wymieniane są też konkretne potrzeby w zakresie wyposażenia izby wytrzeźwień. Podnoszona jest sprawa braków w sprzęcie medycznym (np. Alkomatu), potrzeby w zakresie sprzętu biurowego, a w dwóch przypadkach potrzeby zakupu samochodu.

W pojedynczych przypadkach wymieniane są problemy kadrowe, problemy niskich wynagrodzeń i problem braku zrozumienia potrzeb izb wytrzeźwień ze strony władz miejskich, do których należy dotowanie działalności izb.

W dwóch przypadkach zgłaszana jest obawa przed zakażeniem HIV na terenie izb wytrzeźwień.

## PODSUMOWANIE

1. Mimo wymogu ustawowego, około połowa miast w Polsce z liczbą mieszkańców powyżej 50 tys. nie utworzyła izb wytrzeźwień. W 11 województwach nie ma żadnej izby wytrzeźwień.

2. Z izb wytrzeźwień korzysta rocznie ponad 200 tys. osób (w tym około 3% to kobiety), a około 100 tys. jest odwożona do domów lub umieszczana w aresztach policyjnych głównie w miastach, gdzie nie ma izb. Przypadki nie przyjęcia do izby z powodu braku miejsc należą do wyjątkowych.

3. Łącznie 53 izby wytrzeźwień dysponują 2016 łózkami, z czego 80% dysponuje od 20 do 50 łózkami. Na łóżko średnio przypada 3,5 m kw. Gospodarowanie powierzchnią w izbach jest bardzo rozrzutne. Z reguły powierzchnia sal łózkowych nie przekracza 40% ogólnej powierzchni izby.

4. Wyposażenie większości izb nie zapewnia prawidłowego wypełniania zadań postawionych w Ustawie przed izbami.

Aż 19 izb wytrzeźwień nie dysponuje podstawowym sprzętem reanimacyjnym. Jedynie 8 izb posiada alkomat – aparat do określania poziomu alkoholu we krwi, a tylko dwie izby jednokanałowy aparat EKG. Z uwagi na ogromne braki w posiadaniu podstawowych leków i sprzętu medycznego, we wszystkich bez wyjątku izbach, ich zdania o charakterze medycznym są wykonywane źle lub bardzo źle. 46 izb nie dysponuje własnym środkiem transportu, a jedynie 2 posiadają samochody przystosowane do przewozu osób nietrzeźwych.

5. We wszystkich 53 izbach zatrudnionych jest 1357 osób, wliczając w to personel administracyjny, gospodarczy i medyczny. Średnio w izbie zatrudnionych jest około 25 osób.

We wszystkich izbach pracuje 330 osób personelu medycznego, tj. 122 felczerów i 208 lekarzy, z tego 29 osób na pełnych etatach, 102 w niepełnym wymiarze czasu pracy; aż 199 na zlecenia – pełnienie dyżurów.

Personel medyczny w prawie wszystkich izbach pracuje tylko w godzinach od 16.00 do 8.00 rano (tzw. zmiana), w tym czasie są przyjęcia do izby. Personel administracyjny i gospodarczy pracuje w godzinach od 8.00 do 16.00, w których to godzinach łóżka i sale dla klientów izby świecą pustkami. Tylko 2 izby zdecydowały się na prowadzenie odpłatne tzw. detoksykacji alkoholowej.

Przeliczając czas pracy personelu medycznego na etaty otrzymujemy w przybliżeniu 180 etatów, zatem na jeden etat przypada 11 łóżek i około 1200 klientów rocznie. Jest to bardzo mało, uwzględniając koszty utrzymania izby i kilku lub kilkunastogodzinne pobyty klientów w izbie.

6. Wiedza personelu medycznego izb na temat problematyki alkoholowej jest znikoma. Tylko około 15% zatrudnionych lekarzy i felczerów uczestniczyło w kursach doskonalących z zakresu problematyki alkoholowej.

7. Statystyczne łóżko w izbach było wykorzystywane przez około 108 dni w roku, czyli obłożenie wszystkich łóżek w izbach nie przekraczało 30%.

8. W 1990 roku około 30% klientów izb to osoby, które trafiły tam nie po raz pierwszy, z tego połowa po raz drugi i więcej.

9. W 1990 roku utrzymanie izb kosztowało 25 576 mln złotych, a jedna izba średnio 522 mln złotych 65% tej kwoty to koszty osobowe. Średni koszt pobytu klienta w izbie w 1990 roku wynosił 140 tys. zł, i w zależności od izby wahał się od 81 tys. zł do 206 tys. zł.

Od klientów ściągnięto 9266 mln zł, co stanowi 36,2% kosztów utrzymania izb.

Średnio od około połowy klientów nie udało się ściągnąć należności za pobyt w izbie. Nic dziwnego, bo cena, którą klienci płacili za pobyt w izbie wynosiła tylko w 5 izbach, poniżej 250 tys. zł, a w pozostałych 44 izbach od 250 tys. zł do 400 tys. złotych.

10. Większość izb praktycznie nie wypełnia zadań jeśli chodzi o działalność profilaktyczno-edukacyjną. Współpraca z lecznictwem odwykowym i organizacjami samopomocowymi i przeciwalkoholowymi ma charakter przypadkowy, a nie systematyczny i planowy. Jest to zrozumiałe skoro około połowa kierowników izb stawia na



pierwszym miejscu ich funkcje porządkowe, a na dalszym planie medyczne i profilaktyczno-edukacyjne.

## WNIOSKI

1. Izby w obecnym kształcie organizacyjnym i funkcjonalnym nie spełniają oczekiwań społecznych oraz profesjonalistów zajmujących się problematyką alkoholową.

2. Z zadań zawartych w Ustawie z 1982 roku w sposób zadawalający wypełniana jest jedynie funkcja porządkowa, natomiast w sposób niezadawalający funkcja medyczna, profilaktyczna i edukacyjna.

3. Wysokie koszty utrzymania izb, niska ściągalność opłat za pobyt, niskie obłożenie łóżek, niskie średnie wykorzystanie łóżek, rozrzutne gospodarowanie powierzchnią izby, przerosty zatrudnienia jeśli chodzi o personel administracyjno-gospodarczy, niewykorzystanie pomieszczeń w godzinach rannych i południowych, zła struktura zatrudnienia, niskie kwalifikacje personelu medycznego, niezadawalająca jakość świadczeń medycznych i profilaktycznych, braki w wyposażeniu w sprzęt medyczny i leki, znikome współdziałania z odwykową służbą zdrowia i ruchami samopomocowymi oraz będące w sprzeczności z wymogami medycznymi wypisywanie klientów izby w stanie ostrego zespołu abstynencyjnego, skłaniania do wniosku, że zarówno usytuowanie izb, organizacja, jak i funkcje izb wytrzeźwień wymagają gruntownej reformy, połączonej ze zmianą Ustawy z 1982 roku.

Zanim dokonają się zmiany legislacyjne w aktualnym stanie prawnym i finansowym, uważamy za potrzebne:

1. Włączenie izb wytrzeźwień w systemie leczenia odwykowego.

2. Wykorzystanie w godzinach rannych i południowych pomieszczeń izb na, o ile to jest możliwe, zorganizowanie oddziału dziennego lub poradni odwykowej.

Utworzenie na terenie izb oddziałów detoksykacyjnych lub wydzielonych łóżek detoksykacyjnych

3. Zatrudnienie na stanowiskach kierowników izb osób z wyższym wykształceniem posiadających licencję terapeuty odwykowego.

4. Zmiany struktury zatrudnienia – zwiększenie personelu medycznego i psychologicznego oraz zatrudnienie instruktorów terapii odwykowej, stosownie do proponowanych w pkt 2 zmian organizacyjnych.

5. Wyposażenie izb w niezbędną aparaturę, sprzęt medyczny i leki oraz sprzęt audiowizualny i inny potrzebny do prowadzenia działalności profilaktycznej i edukacyjnej.

6. Proponowanie, ale na zasadzie dobrowolności, osobom trafiającym do izby 3-5 – dniowych pobytów detoksykacyjnych – odpłatne (ale tanie), dla osób pracujących i w dobrej sytuacji finansowej (wystawianie tym osobom druków L4, bez otrzymania zasiłku chorobowego) i bezpłatne dla bezrobotnych (pokrywane przez opiekę społeczną z pieniędzy uzyskanych np. z lokalnych podatków od wydawanych koncesji na wyszynk i sprzedaż napojów alkoholowych).

7. Wydaje się konieczne rozważenie obniżenia opłat za jednodniowy pobyt w izbie (tam, gdzie są rażąco wysokie), wkalkulowanie w nie posiłku z gorącym napojem podawanym klientowi przed opuszczeniem izby.

8. Nawiązanie ścisłego kontaktu z poradniami odwykowymi, pełnomocnikami wojewody d/s przeciwdziałania alkoholizmowi oraz ruchami samopomocyki (AA, klubami abstynenta itp.).

## WYKAZ IZB WYTRZEŻWIENÍ

### LP MIASTO WOJEWÓDZTWO LICZBA ŁÓZEK

1. WARSZAWA WARSZAWSKIE 130
2. BIAŁA PODLASKA BIALSKOPODLASKIE 12
3. BIAŁYSTOK BIAŁOSTOCKIE 47
4. BIELSKO BIAŁA BIELSKIE 30
5. BYDGOSZCZ BYDGOSKIE 42
6. INOWROCLAW BYDGOSKIE 26
7. CHEŁM CHEŁMSKIE 17
8. CZĘSTOCHOWA CZĘSTOCHOWSKIE 45
9. ELBLĄG ELBLĄSKIE 30
10. GDAŃSK GDAŃSKIE 45
11. GDYNIA GDAŃSKIE 50
12. GORZÓW WIELKOPOLSKI GORZOWSKIE 22
13. JELENIA GÓRA JELENIÓGÓRSKIE 41
14. KALISZ KALISKIE 42

15. BYTOM KATOWICKIE 44
16. CHORZÓW KATOWICKIE 35
17. JAWORZNO KATOWICKIE 28
18. KATOWICE KATOWICKIE 41
19. RUDA ŚLĄSKA KATOWICKIE 42
20. SOSNOWIEC KATOWICKIE 42
21. TYCHY KATOWICKIE 23
22. ZABRZE KATOWICKIE 26
23. KIELCE KIELECKIE 44
24. OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI KIELECKIE 25
25. STARACHOWICE KIELECKIE 25
26. KONIN KONIŃSKIE 29
27. KOSZALIN KOSZALIŃSKIE 31
28. KRAKÓW KRAKOWSKIE 46
29. GŁOGÓW LEGNICKIE 26
30. LEGNICA LEGNICKIE 30
31. LUBIN LEGNICKIE 22
32. LUBLIN LUBELSKIE 60
33. PUŁAWY LUBELSKIE 11
34. ŁÓDŹ ŁÓDZKIE 84
35. NOWY SĄCZ NOWOSĄDECKIE 31
36. OLSZTYN OLSZTYŃSKIE 44
37. OPOLE OPOLSKIE 35
38. PIŁA PILSKIE 42
39. PŁOCK PŁOCKIE 30
40. POZNAŃ POZNAŃSKIE 48
41. ŻURAWICA PRZEMYSKIE 32
42. RADOM RADOMSKIE 42
43. RZESZÓW RZESZOWSKIE 54
44. SIERADZ SIERADZKIE 21
45. SZCZECIN SZCZECIŃSKIE 61
46. TARNÓW TARNOWSKIE 44
47. GRUDZIĄDZ TORUŃSKIE 29
48. TORUŃ TORUŃSKIE 26
49. WAŁBRZYCH WAŁBRZYSKIE 33
50. WŁOCŁAWEK WŁOCŁAWSKIE 27
51. WROCŁAW WROCŁAWSKIE 81
52. ZAMOŚĆ ZAMOJSKIE 22
53. RACULA ZIELONOGÓRSKIE 21