

# Z WARSZTATÓW BADAWCZYCH

J. Morawski, G. Świątkiewicz, E. Sobczyk

## STAN AMBULATORIJNEGO LECZNICTWA ODWYKOWEGO

### I. WSTĘP

Nadużywanie alkoholu stanowi jedno z najpoważniejszych zagrożeń zdrowotnych, a jego występowanie ma charakter masowy. Alkohol jest istotnym czynnikiem ryzyka w powstawaniu i niepomyślnym przebiegu chorób: układu krążenia, niektórych nowotworów, marskości wątroby, urazów i zatruc.

Liczbę osób nadużywających alkoholu w Polsce szacuje się na 2,8 – 4,3 mln osób, a liczbę uzależnionych na 600 – 900 tys. osób (szacunki z końca lat osiemdziesiątych). Zaledwie około 15% tej zbiorowości obejmowane jest leczeniem odwykowym.

Dwie powojenne ustawy o zwalczaniu alkoholizmu z 1956 i 1959 r. dały wprawdzie podstawy do budowy systemu lecznictwa odwykowego, ale przyczyniły się również do powstania modelu obejmującego opieką przede wszystkim tzw. „pacjentów przymusowych”. Pacjenci zgłaszający się dobrowolnie mogli być leczeni tylko w miarę wolnych miejsc. Model ten utrwalił tendencje do negatywnego moralnego naznaczania leczących się alkoholików.

Zmiana poglądów na cele i metody leczenia odwykowego, upowszechnienie się idei psychiatrii humanistycznej oraz burzliwa społeczna dyskusja na temat rozpicia polskiego społeczeństwa, jaka toczyła się w okresie Solidarności w 1981 roku – wszystkie te trzy czynniki przyczyniły się do nadania ostatecznego kształtu ustawie

o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ustawa ta została wprowadzona w życie w 1982 roku, a więc w stanie wojennym, co jest jedną z przyczyn, dla których bywa krytykowana. Główni adwersarze nie znają zapewne historii jej powstania. Projekt „Ustawy o wychowaniu w trzeźwości...” został opracowany przed stanem wojennym, przy udziale ówczesnej „Solidarności” i z dużym zaangażowaniem Kościoła Katolickiego, a jego treść, nawiązująca w wielu miejscach do Porozumień Gdańskich, nie uległa istotniejszej zmianie w ostatecznie przyjętej ustawie. Ustawa, poza ustaleniami zobowiązującymi Państwo do realizowania spójnej polityki systematycznego ograniczania spożycia alkoholu w Polsce, kreowała nowy model leczenia odwykowego, którego ważną cechą było kierowanie różnorodnej oferty terapeutycznej do osób dobrowolnie poddających się leczeniu odwykowemu. Za ustaleniami prawnymi nie poszły jednak wystarczające środki finansowe.

## II. METODA

Badania stanu placówek ambulatoryjnego leczenia odwykowego miało na celu dostarczenie informacji, czy i w jakim stopniu działające obecnie placówki różnią się od modelu odpowiedniego do kierunków reformy opieki zdrowotnej.

Badanie przeprowadzono w grudniu 1991 i styczniu 1992 roku. Zastosowano metodę wywiadu kwestionariuszowego, uzupełnionego wizytacją placówki i badaniem jej dokumentacji. Podstawowy kwestionariusz opracowano z uwzględnieniem amerykańskiej metodologii oceny stanu placówek odwykowych (system NDATUS), stosowanej już w analizie leczenia w Polsce latach 1986/1987. Pozwoliło to na uzyskanie danych porównawczych. Należy jednak podkreślić, że metodologia ta znacznie różni się od stosowanej dotychczas rutynowo krajowej statystyki psychiatrycznej i próby przenoszenia wyników mogą prowadzić do nieporozumień. Naszym zdaniem rutynowa statystyka nie dostarcza parametrów umożliwiających ocenę dla potrzeb reformy.

Dane zbierane były z terenu całej Polski przez specjalnie przeszkolonych ankietów. Ogółem we wszystkich województwach znaleziono 371 poradni odwykowych. Rocznik Statystyczny Zakładu Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii wykazy-

wał na koniec 1990 roku 454 poradnie odwykowe. W stosunku do tej liczby przebadano 82% poradni. Można oceniać, że badanie objęło wszystkie placówki prawidłowo funkcjonujące. Placówki nie uwzględnione w badaniu, a wykazywane w sprawozdawczości zespołów opieki zdrowotnej to prawdopodobnie te, które ograniczyły działalność w 1991 roku, „fikcyjne”, istniejące tylko na papierze, bądź zlikwidowane. O znacznym zbliżeniu badań do sytuacji faktycznej leczenia odwykowego mogą świadczyć dwa przykłady. Zanotowano tylko jeden przypadek odmowy udzielenia danych przez kierownika poradni który od dłuższego czasu nie otrzymywał z tego tytułu żadnego wynagrodzenia, nie czuł się więc zobowiązany do udzielania informacji. Zespół badawczy dotarł ponadto do kilkudziesięciu placówek, które nie miały obsady kierowniczej (wakaty). Jest mało prawdopodobne, żeby w tej sytuacji opuszczono działające, pełnowartościowe poradnie

### III. PRZEBIEG BADAŃ

W kwestionariuszu znalazły się pytania o koszty utrzymania poradni odwykowych. Ta część ankiety nie nadawała się do opracowania. W żadnej z poradni personel nie znał danych, które choćby w ogólnych zarysach odpowiadały na pytanie: „ile kosztuje utrzymanie poradni?”. Świadczy to o braku przygotowań w terenie do podjęcia reformy ambulatoryjnego leczenia odwykowego.

Niektóre wyniki badania z 1991 r. porównano z wynikami z podobnego badania przeprowadzonego w sierpniu 1986 r., w początkowym okresie reformy leczenia odwykowego zamierzonej na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982 r. Badanie tamto było podobnie zorganizowane, podobny był także odsetek uczestniczących w nim poradni. Porównanie wyników może więc przynieść informację o ewentualnych kierunkach ewolucji ambulatoryjnego leczenia odwykowego, pomocną w planowaniu reformy tej dziedziny ochrony zdrowia.

### IV. WYNIKI BADANIA STANU PORADNI ODWYKOWYCH

Niniejszy raport zawiera dane o personelu zatrudnionym w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, o funkcjonowaniu tych placówek i o leczonych w nich pacjentach.

## A. Profil poradni

Poradnie działają w określonych szerszych strukturach organizacyjnych. Wywiera to wpływ zarówno na ogólny model ich działania, jak i na ekonomikę działań.

Zdecydowana większość poradni (64,8%) podaje, że podlega wydziałom zdrowia stopnia wojewódzkiego. Około jedna trzecia (29,6%) podlega organom gminy. Z uzyskanych przez nas danych wynika, że przeciętna poradnia funkcjonująca w Polsce obsługuje rejon zamieszkały przez 100 tysięcy mieszkańców.

Istotnym czynnikiem wpływającym na jakość usług poradni jest również jej fizyczne usytuowanie, tzn. w jakim otoczeniu poradnia działa i na ile jest z tego otoczenia wyodrębniona. Znaczna część poradni koegzystuje z innymi placówkami opieki zdrowotnej. Najczęściej (77%) są to inne przychodnie lub poradnie specjalistyczne, zwłaszcza poradnie zdrowia psychicznego (44%). Około 8% poradni odwykowych umiejscowionych jest przy lecznictwie podstawowym. Samodzielnie usytuowanych jest 9% (Tabela 1).

Poradnie użytkują w poszczególnych przypadkach od 0 do 12 pomieszczeń. 120 poradni (32%) nie ma w ogóle żadnego samodzielnego pomieszczenia. Jedno samodzielne pomieszczenie posiada 23%, dwa 21% i trzy 10% poradni. Większą liczbę samodzielnych pomieszczeń spotyka się rzadko. Statystycznie rzecz ujmując przeciętna poradnia ma do swojej dyspozycji 2,9 pomieszczeń, w tym 1,8 samodzielnych (Tabela 2).

Zdecydowana większość (78,7%) poradni odwykowych leczy wyłącznie pacjentów uzależnionych od alkoholu, 19,7% obejmuje opieką również osoby uzależnione od leków, a 1,6% poradni definiuje swoją działalność jako głównie profilaktyczną. Świadczeń profilaktycznych udziela jednak około 30% poradni (Tabela 3).

Programy terapeutyczne oferowane przez poradnie są na ogół mało różnorodne. Najpowszechniejsze świadczenia to terapia indywidualna, podawanie antykoagulantów i badania somatyczne. Są to jednocześnie świadczenia zabierające największą część budżetu czasu poradni. Ponad połowa placówek prowadzi terapię rodzinną, zajęcia edukacyjne dla pacjentów, wszywanie esperalu. Można oszacować, że tylko około jedna trzecia poradni wychodzi z szerszą ofertą świadczeń, poza model medyczny (Tabela 4).

Podobne postępowanie jest stosowane w stosunku do różnych grup pacjentów. Tylko 14,7% poradni stosuje odmienne oddziaływania w stosunku do kobiet, a 10,7% w stosunku do młodzieży. Specjalistyczne programy nastawione na terapię ludzi w starszym wieku są stosowane w 3,3% poradni.

Usługi oferowane przez poradnie odwykowe zdominowane są przez działania medyczne. Duża grupa poradni nie wypełnia podstawowych zadań terapeutycznych. Na podstawie badań ankietowych nie sposób ocenić profesjonalnego poziomu różnych oddziaływań terapeutycznych. Do wyników zestawionych w tabeli nr 4 należy się odnosić z dużą ostrożnością. Doświadczenie, jakim dysponujemy po wielu latach pracy w nadzorze specjalistycznym uczy, że pracownicy poradni nazywają np. terapią indywidualną nawet kilku zdaniowe rozmowy z pacjentem przy okazji podawania mu antycolu.

#### B. Personel poradni odwykowych

Prezentację danych rozpoczynamy od zaprezentowania profilu kadry kierowniczej poradni odwykowych. Tabela nr 5 ilustruje jej przygotowanie zawodowe.

Prawie połowa kierowników poradni to lekarze. Najczęściej jest to lekarz bez specjalizacji (40%) lub psychiatra (31,1%). Ponadto kierownikami poradni są pediatrzy, laryngolodzy, chirurdzy i anesteziolodzy.

Z punktu widzenia celów realizowanych przez poradnie pozostałe (poza psychiatrią) specjalizacje nie dają odpowiednich umiejętności wymaganych w lecznictwie odwykowym. Pomimo tego niskie są wskaźniki odpowiedniego kształcenia podyplomowego. Tylko 8% nabywało dodatkową wiedzę na tematy alkoholowe na studiach podyplomowych w Instytucie Polityki Społecznej i Resocjalizacji U.W. i 22% korzystało ze szkoleń Studium Pomocy Psychologicznej PTP. Na podyplomowych szkoleniach CMKP kształciło się 26%, w wymiarze średnio łącznie 7 dni. W innych kursach brało udział 30%, średnio w wymiarze 14 dni. Uczestnictwo w kształceniu podyplomowym rozkłada się nierównomiernie. Wyróżnia się grupa osób systematycznie korzystających z wszelkich możliwych form szkolenia i większość, nie zainteresowana podnoszeniem swoich kwalifikacji w lecznictwie odwykowym.

Danych na temat personelu poradni dostarczają tabele nr 6 i 7. Podstawowymi grupami personelu pełnoetatowego są pielęgniarki i psychologowie. Wśród personelu niepełnoetatowego dominują lekarze i pielęgniarki. Na jedną poradnię przypada średnio łącznie 1,2 etatu pielęgniarki, 1,1 lekarza i 0,9 psychologa. Stan obsady kadrowej w poradniach odwykowych jest niedostateczny. Poza pielęgniarkami i lekarzami, którzy są zatrudnieni w prawie każdej statystycznej poradni pozostali pracownicy pojawiają się w co którejs. Taki stan utrudnia ewentualne zmiany w modelu funkcjonowania poradni.

Wśród pełnozatrudnionego personelu kobiety stanowiły 78,6%, mężczyźni 21,4%. Pełnozatrudnionych w wieku poniżej 20 roku życia było 1,1%, 21-44 lat 68,8%, 45-60 lat 28,5%, 61-65 lat 0,8%, ponad 65 lat 0,8%.

Na jeden etat personelu przypadło średnio miesięcznie 19 pacjentów leczonych odwykowo.

### C. Charakterystyki pacjentów

Tablica 9 przedstawia charakterystyki pacjentów. Mężczyźni stanowili 89,9% leczonych, kobiety 10,2%.

Osoby w wieku do 18 lat stanowiły 0,5% a do 20 roku życia 2,7%. Najwięcej (68,6%) było leczonych w wieku 21-44 lat. Struktura wieku leczonych mężczyzn i kobiet była podobna, przy niewielkiej przewadze kobiet w strukturze wieku w przedziale 21-44 lat, a przewadze mężczyzn w kategorii wieku 19-20 i 45 i więcej lat.

Dominanta długości nadużywania alkoholu przypadła na okres 5-9 lat. Ogółem poniżej 10 lat nadużywało alkoholu 60,6%, przez okres 10 lat i więcej – 39,4%.

Jakąkolwiek grupę inwalidzką stwierdzono u 12,3% pacjentów, sprawnych było 87,1%. Dane te są prawdopodobnie zaniżone, gdyż poradnie mało interesują się stopniem inwalidztwa swoich pacjentów.

Ze względu na źródło skierowania można wyróżnić grupę zobowiązanych do poddania się leczeniu odwykowemu na podstawie ustawy z 1982 r. (18,8%) oraz umieszczonych na leczeniu na podstawie procedury karnej (w tym art. 102 kk) 4,0%. Pozostali stanowili 77,2%.

#### D. Zmiany w profilu poradni odwykowych 1986-1991

Porównanie wyników badań poradni, przeprowadzonych w odstępie ok. 5 lat wykazuje, że w sytuacji tego sektora lecznictwa odwykowego nie zaszły istotne zmiany.

Utrzymuje się medyczny model poradni, z niedostatkami funkcji profilaktycznych i rehabilitacyjnych. Sytuacja ta wiąże się, być może z rozwojem klubów abstynenta, które przejęły część tego rodzaju funkcji, pozwalając poradniom na kontynuowanie tradycyjnych form pracy: terapii indywidualnej i podawania anticolu.

Tym niemniej, zarysowały się pierwsze zmiany ewolucyjne. Nieco więcej poradni (19,7% wobec 14,8%) rozszerza obecnie ofertę terapeutyczną na problemy związane z substancjami innymi niż alkohol.

Poradnie odwykowe lokowane są częściej poza poradniami zdrowia psychicznego; wzrósł także odsetek placówek lokowanych samodzielnie. Poprawiła się nieco baza lokalowa poradni – ze średnio na poradnię 2,5 do 2,9 pomieszczeń.

Ogólnie mówiąc, poprawiły się nieco wskaźniki wyposażenia materialnego poradni. Z drugiej strony, zarysowały się niekorzystne zmiany w programach i funkcjonowaniu poradni. Zmniejszyły się odsetki poradni prowadzących takie rodzaje opieki, jak detoksykacja i opieka częściowa. Zmniejszyły się też wskaźniki wykorzystania tych rodzajów opieki, przy zwiększeniu roli świadczeń ambulatoryjnych. Oznacza to, przy uwzględnieniu innych wyników – jak zakres udzielanych świadczeń – powrót do tradycyjnego modelu medycznego.

W ostatnich 5 latach pojawiły się nowe kategorie personelu: instruktorzy terapii odwykowej i wolontariusze. Udział wolontariuszy wśród personelu nie uległ większym zmianom w okresie 5 lat. Instruktorzy terapii odwykowej to z reguły niepijący alkoholicy, z tym że niepijący alkoholicy występują w prawie wszystkich grupach zawodowych: grupa ta wynosi już ponad 30 osób.

Zarysowały się zmiany w składzie populacji pacjentów. Wzrósł odsetek leczonych kobiet, wzrosły też odsetki pacjentów w wieku do 20 roku życia. Zmniejszyły się równocześnie odsetki nadużywających alkoholu przez okres do 4 lat, co może świadczyć o występowaniu cięższych problemów alkoholowych u młodzieży. Wyraźnie wzrosły odsetki inwalidów. Podobny jak przed paroma laty jest wśród

leczonych udział zobowiązanych, zarówno w postępowaniu nieprocesowym, jak i w procedurze karnej.

## Omówienie i wnioski

W postulowanym modelu opieki zdrowotnej poradnia odwykowa miałyby pełnić funkcje placówki specjalistycznej, tj. placówki dysponującej na tyle atrakcyjną ofertę terapeutyczną, aby zachęcać do podejmowania leczenia odwykowego już we wczesnym stadium uzależnienia. Poradnia powinna być zdolna do udzielania konsultacji innym placówkom służby zdrowia. Powinna również oferować adekwatne do potrzeb pacjenta metody wspomagające proces psychospołecznej rehabilitacji.

Wymieniony tu zestaw działań traktować należy jako standard realizowany w tzw. przeciętnej poradni odwykowej. Rozszerzenie owego standardu o inne działania zależeć będzie od inwencji kadry terapeutycznej, od zapotrzebowania pacjentów i wreszcie od potrzeb, które będą się pojawiać w różnych rejonach.

Jeśli pozostać przy standardowym poziomie usług, trzeba przewidywać, że osiągnięcie takiego poziomu dla większości poradni jest zadaniem bardzo trudnym. Aktualny opisany wyżej zakres usług świadczonych przez poradnie wyraźnie odbiega od postulowanego modelu.

Lekarze zatrudnieni na stanowiskach kierowników poradni odwykowych reprezentują najróżniejsze specjalności, niekiedy bardzo odległe od leczenia odwykowego. W chwili obecnej sprawą kluczową jest pozyskanie do pracy w poradniach odwykowych odpowiednio przeszkolonej kadry terapeutycznej. Odpowiednio kwalifikowany personel poradni odwykowych stanowiłby bazę do wprowadzenia zmian w programach działania.

Personel poradni jest sfeminizowany, co jest typowe dla opieki zdrowotnej w Polsce. Wydaje się że w zbyt małym stopniu fakt ten uwzględniany jest przy organizowaniu lecznictwa odwykowego i programów odwykowych. Korzystna jest struktura wieku pełnozatrudnionych, z dominantą w przedziale 24-44 lata, a więc wieku największej aktywności zawodowej.

Wśród pacjentów zwraca uwagę duży odsetek zgłaszających się dobrowolnie. W okresie ostatnich 5 lat ustabilizował się udział



pacjentów zobowiązanych na poziomie około 22% ogółu leczonych. Struktura wieku leczonych jest podobna do struktury wieku personelu. Dane nie wskazują na konieczność uruchamiania szerokich programów dla starszych pacjentów, może to być celowe natomiast dla młodzieży do 20 roku życia. Okres nadużywania alkoholu najczęściej waha się w granicach 5-9 lat, trafiają więc w znacznej części do leczenia osoby w średnio zaawansowanych stadiach zaburzeń. W zbiorowości nadużywających alkoholu do 2 lat występują niewątpliwie osoby nadużywające alkoholu bez uzależnienia, to samo może w części dotyczyć 16,4% pacjentów nadużywających alkoholu przez 3-4 lata. Odsetek ponad 12% inwalidów wśród leczonych wskazuje na celowość szczegółowej analizy tej grupy.

Porównanie sytuacji poradni po 5 latach przekonuje, że założone w ustawie z 1982 r. i aktach towarzyszących usprawnienie tej części systemu lecznictwa odwykowego nie powiodło się. Istnieje więc potrzeba opracowania nowych rozwiązań.

## Streszczenie

W badaniu poradni odwykowych na styczeń 1992 roku wzięło udział 371 poradni. Objęły one opieką w okresie miesiąca 20.928 osób, tj. średnio w miesiącu 56 pacjentów w jednej poradni.

Wskaźnik wykorzystania miejsc dla ogółu placówek wyniósł 66,6%. Opieką ambulatoryjną objętych było 73,9% ogółu pacjentów.

Przy 59 poradniach (16%) działają kluby pacjenta („abstynenta”), które udzieliły świadczeń profilaktycznych i ambulatoryjnych ogółem 3009 osobom, wskaźnik wykorzystania klubów wynosił 55,5%.

Wśród ogółu pacjentów kobiety stanowiły 10,2%.

Pacjentów w wieku 18 lat lub mniej było 0,5%, 19-20 lat 2,2%, 21-44 lat 68,6%, 45-60 lat 25,7%, 61-65 lat 2,4%, ponad 65 lat 0,6%.

Zobowiązanych do poddania się leczeniu na mocy ustawy z 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi było 18,8%, zobowiązanych w procedurze karnej 4,0%.

Inwalidów w grupach I i II było 4,5%, III – 7,8%, pełnosprawnych 77,2%.

Personel pełnoetatowy liczył 875 osób, w tym 8,6% lekarzy, 22,3% psychologów, 2,3% pracowników socjalnych z wyższym wykształ-

ceniami, 8,0% innych z wyższym wykształceniem, 37,1% pielęgniarek, 6,1% instruktorów terapii odwykowej. Pełnozatrudniony personel obsługi i administracyjny liczył 21 osób (2,4%). Wśród ogółu personelu było 103 niepijących alkoholików i stanowili oni 11,8%.

Godzinowo zatrudniano 661 osób. Ogółem stan zatrudnienia wynosił 1087 pełnych etatów przeliczeniowych.

W obecnym systemie dokumentacji finansowo-księgowej personel poradni odwykowych nie jest zorientowany w wysokości kosztów leczenia odwykowego.

Nie powiodło się usprawnienie systemu ambulatoryjnego leczenia odwykowego, założone w ustawie z 1982 r. i przepisach towarzyszących. Zachodzi więc konieczność opracowania nowych rozwiązań.

## V. USYTUOWANIE PORADNI ODWYKOWEJ W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na wstępie warto podkreślić, że zapotrzebowanie na usługi leczenia odwykowego będzie tym większe im wyższe globalne spożycie alkoholu będziemy obserwowali w społeczeństwie. W ostatnich dwóch latach spożycie globalne alkoholu, a w ślad za nim niemal wszystkie problemy zdrowotne związane z alkoholem wzrastają w niepokojąco szybkim tempie. Szacuje się, że w 1990 roku spożycie osiągnęło 9 l czystego alkoholu na głowę mieszkańca i jest najwyższe z notowanych w Polsce w tym stuleciu.

Podobnie jak w przypadku innych problemów zdrowotnych, profilaktyka jest najbardziej opłacalnym działaniem. Aby można było mówić o szeroko rozumianych oddziaływaniach profilaktycznych musi istnieć spójna i świadoma polityka wobec zapobiegania nadużywaniu alkoholu realizowana przez Państwo.

Resort Zdrowia nie jest w stanie sam sprostać temu zadaniu. Ważne jest jednak aby próbował tworzyć silną grupę nacisku, która przeciwstawiać się będzie powszechnym dzisiaj tendencjom do traktowania alkoholu jak każdego innego towaru podlegającego rynkowemu prawom podaży i popytu.

Poradnia odwykowa w naszym systemie leczenia powinna być placówką specjalistyczną, która potrafi:

1. diagnozować
2. określić właściwe metody terapii
3. zastosować właściwy program terapeutyczny lub wskazać miejsce, gdzie może on być realizowany
4. regularnie współpracować z innymi placówkami leczniczymi, a szczególnie z placówkami opieki podstawowej.

Przy takim modelu poradni dominującymi grupami zawodowymi powinni być psycholodzy, pedagodzy, pracownicy socjalni i inni odpowiednio przeszkoleni terapeuci.

Wykwalifikowana kadra terapeutyczna udzielać powinna pomocy specjalistycznej, której celem jest psychospołeczna rehabilitacja pacjenta uzależnionego od alkoholu. Nie wydaje się słuszne, aby poradnie odwykowe leczyły nadciśnienie tętnicze czy marskość wątroby, nawet jeśli są to dolegliwości powstałe na skutek wieloletniego alkoholizowania się pacjentów.

Ważne jest, aby istniała stała współpraca między poradnią odwykową a lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.

Wg projektu przekształceń opieki zdrowotnej można oczekiwać powołania instytucji „lekarza domowego”, tj. lekarza, który sprawując opiekę nad pacjentem jest jego przewodnikiem, kiedy zaistnieje potrzeba czy to konsultacji specjalistycznej, czy też skierowania pacjenta na dłuższy czas pod opiekę placówki specjalistycznej.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien być wyposażony w odpowiednią wiedzę i narzędzia diagnostyczne ułatwiające mu wczesne rozpoznawanie problemów alkoholowych pacjenta.

Od paru lat Światowa Organizacja Zdrowia promuje rozpowszechnienie wśród pracowników podstawowej opieki zdrowotnej testu AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), testu do wykrywania problemów zdrowotnych związanych z używaniem alkoholu. Jest to test screeningowy znakomicie ułatwiający wczesne rozpoznanie. Starania ŚOZ idą w kierunku uświadamiania szerokim rzeszom pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, że pytania o picie, palenie i używanie leków należy traktować jak rutynowy element wywiadu lekarskiego. Używki te wiążą się przecież z poważnym zagrożeniem zdrowotnym i często decydują o niepomyślnym przebiegu leczenia innych dolegliwości chorego. Test jest traktowany nie jako dodatkowe obciążenie dla lekarza, ale jak narzędzie ułatwiające mu codzienną pracę. Sądzymy, że podjęcie badań nad

szybką standaryzacją testu AUDIT w warunkach polskich mogłoby przyczynić się do przełamania niechęci lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do zajmowania się alkoholowymi problemami swoich pacjentów. Z naszych wcześniejszych badań wynika, że jednym z źródeł tej niechęci jest po prostu brak wiedzy, jak i o co pytać.

Poradnia odwykowa powinna udzielać konsultacji i w miarę potrzeby stosować specjalistyczne oddziaływania również wobec pacjentów zgłaszających się bez żadnego skierowania. W takich przypadkach współpraca z podstawową opieką zdrowotną jest również ważna (powikłania somatyczne, badania dodatkowe itd.).

Tak więc w całym systemie opieki zdrowotnej poradnia odwykowa jest traktowana jak placówka specjalistyczna. Jej zadaniem podstawowym jest terapia odwykowa i w miarę możliwości kadrowych szersza lub węższa psychospołeczna rehabilitacja pacjenta.

Nie jest naszym zamiarem określenie tutaj określonego modelu terapii. Jak wiadomo, istnieje wiele podejść terapeutycznych. Dla dobra pacjentów najlepiej jest, gdy istnieje wiele różnorodnych ofert terapeutycznych. Wiadomo, że wszystkie one mają swoich zwolenników i przeciwników. Ważne jest, aby pacjent, który źle się czuje w jednej poradni mógł zwrócić się do innej stosującej bardziej mu odpowiadające metody terapii. Z zagadnieniem tym łączy się problem zatrudnienia lub nie lekarza w poradni odwykowej. Nasze preferencje zmierzają do stworzenia możliwości funkcjonowania poradni odwykowej bez lekarza (model psychologiczny lub psychospołeczny). Lekarz w tej koncepcji byłby dostępny w placówce podstawowej. Struktura taka zmniejszyłaby koszty leczenia odwykowego a także zapewniła udział w tym leczeniu lekarzy ogólnych (odesłanie do poradni specjalistycznej nie posiadającej lekarza zmusza do kontynuowania opieki lekarskiej w placówce podstawowej). Pozostawienie odpowiedzialności za stan somatyczny (i częściowo psychiczny) lekarzowi podstawowemu może zaowocować także rozwojem strategii prostych interwencji, które wykazały swą skuteczność w wielu programach „odwykowych” lekarzy ogólnych. Alternatywą jest lekarski model poradni odwykowych w społecznym lecznictwie, przy pozostawieniu możliwości tworzenia poradni odwykowych nielekarskich prywatnych i w systemie stowarzyszeń społecznych.

**Tabela 1.**

## Umiejscowienie poradni

Umiejscowienie	I. 1992		IX.1986	
	liczba	%	liczba	%
poradnia (przychodnia) zdrowia psychicznego	101	27,2	104	44,1
inna poradnia (przychodnia) specjalistyczna	123	33,2	78	33,0
ośrodek zdrowia	55	14,8	15	6,4
szpital psychiatryczny	10	2,7	4	1,7
inny szpital specjalistyczny	-	-	3	1,3
szpital ogólny	9	2,4	5	2,1
placówka usytuowana samodzielnie	69	18,6	22	9,3
inne	4	1,1	5	2,1
razem	371	100,0	236	100,0

**Tabela 2.**

## Pomieszczenia poradni

Liczba pomieszczeń	I. 1992			IX.1986		
	liczba	%	średnia	liczba	%	średnia
użytkowanych samodzielnie	678	62,2	1,8	323	53,6	1,37
użytkowanych wspólnie z inną placówką	411	37,8	1,1	280	46,4	1,19
razem	1089	100,0	2,94	603	100,0	2,56

**Tabela 3.**

## Poradnie według rodzajów opieki

Rodzaj opieki	I. 1992		IX.1986	
	liczba	%	liczba	%
poradni ogółem* w tym:	371	x	236	x
detoksykacja ambulatoryjna	87	23,4	69	29,2
opieka częściowa (oddział dzienny)	12	3,2	17	7,2
ambulatoryjne świadczenia	341	91,9	226	95,8
profilaktyczne	110	29,6		

\* liczby poradni udzielających poszczególnych świadczeń nie sumują się do 371, gdyż poradnia udziela często świadczeń więcej niż jednego rodzaju.

**Tabela 4.****Świadczenia udzielane przez poradnie**

Rodzaj świadczenia	% poradni	godzin/mies.
1. terapia/poradnictwo indywidualne	93,8	88,3
2. terapia grupowa	49,5	12,8
3. terapia rodzinna	75,1	19,4
4. poradnictwo prawne/pomoc prawna	26,5	3,6
5. pomoc w znalezieniu pracy	24,5	2,0
6. rehabilitacja zawodowa	1,4	0,1
7. zajęcia edukacyjne	61,6	1,2
8. badania psychologiczne	47,8	10,1
9. badania naukowe	3,2	0,4
10. opieka domowa	25,1	4,5
11. opieka po leczeniu	44,3	11,1
12. opieka nad dziećmi	18,9	2,2
13. transport pacjentów	10,8	0,6
14. kierowanie do innych placówek leczniczych	85,7	9,2
15. informacja (telefon zaufania)	26,6	8,9
16. poradnictwo dla kierowców ukaranych za prowadzenie w stanie nietrzeźwym	4,6	0,2
17. badania somatyczne	73,2	14,0
18. badania środowiskowe	49,7	9,5
19. inne usługi medyczne	34,6	3,9
20. wczesna interwencja	33,8	3,1
21. porady dla zakładów pracy	35,1	2,0
22. grupa samopomocowa	36,2	7,3
23. anticol	81,1	35,7
24. esperal	56,5	6,6
25. inne	52,7	17,3
Razem	n=371	h=289,0

**Tabela 5.****Kadra kierownicza poradni odwykowych**

Wykształcenie kierownika	liczba	% poradni
1. lekarz medycyny	171	46,1
2. psycholog	104	28,0
3. socjolog	11	3,0
4. pedagog	8	2,2
5. mgr resocjalizacji	1	0,3
6. mgr pielęgniarstwa	3	0,8
7. mgr polityki społecznej	10	2,7
8. inne wyższe	5	1,3
9. bez wyższego wykształcenia	4	1,1
10. vacat	54	14,6
<b>Razem</b>	<b>371</b>	<b>100,0</b>



Tabela 6.

## Personel poradni odwykowych (1991/92)

	Pełnoetatowy		wolontariusze	Niepełnoetatowy		
	opłacany			opłacany		
	liczba osób	%	liczba osób	liczba osób	godziny tygodn.	% godz.
lekarze	75	8,6		306	2984	33,1
pielęgniarki dyplomowane	325	37,1		116	2127	23,6
instruktorzy terapii odwykowej	53	6,1		53	869	9,6
psycholodzy	195	22,3		106	1382	15,3
pracownicy socjalni z wyższym wykształceniem	20	2,3		5	209	2,3
inni z wyższym wykształceniem	70	8,0		16	268	3,0
średni niemedyczni	69	7,9		16	267	3,0
inny personel działalności podstawowej	47	5,4		21	349	3,9
obsługa i administracja	21	2,4		22	572	6,3
wolontariusze - terapeuci	x	x	2			
wolontariusze - administracja lub pomocniczy	x	x	4			
ogółem	875	100,0	6	661	9027	100,0

**Uwaga:** Ponadto poradnie zatrudniały wolontariuszy wśród personelu niepełnoetatowego: ogółem 23 osoby w wymiarze 239 godzin, w tym 18 terapeutów (219 godzin) i 5 personelu pomocniczego (20 godzin).

Tabela 7.

Statystyczne wskaźniki zatrudnienia  
(średnio zatrudnionych na poradnię)

Personel	Rodzaj zatrudnienia	
	Pełny etat	Niepełny etat
1. Lekarze	0,2	0,9
2. Pielęgniarki	0,9	0,3
3. Instruktorzy terapii odwykowej	0,1	0,1
4. Psycholodzy	0,6	0,3
5. Pracownicy socjalni z wyższym wykształceniem	0,1	0,0
6. Inni z wyższym wykształceniem	0,2	0,0
7. Personel średni niemedyczny	0,2	0,0
8. Inny personel działalności podstawowej	0,1	0,1
9. Personel obsługi administracyjnej	0,1	0,1

**Tabela 8.**  
Charakterystyki pacjentów poradni odwykowych)

Cechy badane	I. 1992		IX.1986	
	liczba	%	liczba	%
<b>Płeć:</b>				
mężczyźni	18797	89,8	12661	90,7
kobiety	2131	10,2	1303	9,3
<b>razem</b>	<b>20928</b>	<b>100,0</b>	<b>13964</b>	<b>100,0</b>
<b>Wiek:</b>				
18 i mniej	106	0,5	36	0,2
19 - 20	454	2,2	124	0,9
21 - 44	14368	68,6	10345	74,1
45 - 60	5382	25,7	3020	21,6
61 - 65	501	2,4	376	2,7
ponad 65	117	0,6	63	0,5
<b>razem</b>	<b>20928</b>	<b>100,0</b>	<b>13964</b>	<b>100,0</b>
<b>Okres nadużywania alkoholu</b>				
do 2 lat	2332	11,6	1954	14,0
3 - 4 lata	3294	16,4	2636	18,8
5 - 9 lat	6535	32,6	4308	30,8
10 -14 lat	5068	25,3	2946	21,0
15 lat i więcej	2826	14,1	2163	15,4
<b>razem</b>	<b>20055</b>	<b>100,0</b>	<b>14007</b>	<b>100,0</b>
<b>Grupa inwalidzka:</b>				
I + II	901	4,5	324	2,4
III	1563	7,8	423	3,0
sprawni	17591	87,7	13163	94,6
<b>razem</b>	<b>20055</b>	<b>100,0</b>	<b>13910</b>	<b>100,0</b>
<b>Źródło skierowania:</b>				
zobowiązani z ustawy z 1982 r.	3768	18,8	2567	18,3
zobowiązani w procesie karnym	803	4,0	489	3,5
pozostali	15484	77,2	10955	78,2

Tabela 9.

Poradnie odwykowe.  
Osoby objęte opieką i wskaźniki wykorzystania poradni

Rodzaj opieki	I. 1992			IX.1986		
	pacjenci aktualni	miejsca do leczenia (zdolność)	% wyko- rzystania	pacjenci aktualni	miejsca do leczenia (zdolność)	% wyko- rzystania
<b>Poradnie</b>						
detoksykacja	1080	3337	32,4	1676	2851	58,8
opieka częściowa	295	352	83,8	389	542	71,8
<u>świadczenia:</u>						
ambulatoryjne	23792	32193	73,9	15745	23557	66,8
profilaktyczne	5603	10324	54,3			
<b>razem</b>	<b>30770</b>	<b>46206</b>	<b>66,6</b>	<b>17810</b>	<b>26950</b>	<b>66,1</b>
<b>Kluby pacjenta przy poradniach odwykowych</b>						
detoksykacja	115	234	49,1	15	20	75,0
opieka częściowa	72	46	156,5	157	278	56,5
<u>świadczenia:</u>						
ambulatoryjne	1169	1857	62,9	741	1058	70,0
profilaktyczne	1653	3286	50,3			
<b>razem</b>	<b>3009</b>	<b>5423</b>	<b>55,5</b>	<b>913</b>	<b>1356</b>	<b>67,3</b>