

STAN STACJONARNEGO LECZNICTWA ODWYKOWEGO

Wprowadzenie

W 1990 roku stacjonarne leczenie odwykowe dysponowało 3341 łózkami rzeczywistymi (0,9 na 10 tys.). Na terenie Polski funkcjonowało ogółem 71 oddziałów odwykowych (1989 r. – 67), w tym: 46 z 2330 łózkami na terenie szpitali psychiatrycznych (1989 r. – 42 i 2231 łózek). 16 z 700 łózkami w ośrodkach leczenia odwykowego (1989 r. – 18 i 825 łózek) oraz 9 z 311 łózkami w ramach ZOZ-ów ogólnych (1989 r. – 7 i 282 łózka). Na terenie 10 województw brakowało jakichkolwiek łózek odwykowych. Stacjonarną bazę leczenia odwykowego uzupełnia około 15 dziennych oddziałów odwykowych.

Ze sprawozdań specjalistów wojewódzkich wynika również, że 28 zakładów leczenia odwykowego dysponuje wydzielonymi łózkami detoksykacyjnymi. Wśród nich 10 zakładów wykazywało 10 lub więcej takich łózek (są to oddziały bądź pododdziały detoksykacyjne).

Ta niewielka baza detoksykacyjna oraz problemy z umieszczaniem osób uzależnionych od alkoholu, a będących w tzw. „ciągu” w oddziałach psychiatrycznych i internistycznych sprzyjają wydłużaniu się okresów picia oraz pogłębianie stanu intoksykacji. W efekcie zwiększa się zarówno ryzyko wystąpienia psychozy alkoholowej jak i zgonu.

W roku 1990 przyjęto ogółem do psychiatrycznych i odwykowych oddziałów stacjonarnych 29288 osób z rozpoznaniem zespołu uzależnienia od alkoholu (w 1988 r. – 26625, w 1989 r. – 26120 osób) oraz 10327 osób z rozpoznaniem psychozy alkoholowej. Stanowiło to 27,44% wszystkich przyjęć do szpitali psychiatrycznych.

W latach 1989-1990 (za rok 1991 brak jeszcze pełnych danych) zaobserwowano wzrost przyjęć do szpitali osób z rozpoznaniem psychozy alkoholowej:

	1988	1989	1990
ogółem	8149	8903	10327
pierwszy raz	3817	4333	5177

Kobiety, przyjmowane w ostatnich 5 latach do oddziałów stacjonarnych z powodu uzależnienia od alkoholu, stanowiły 7,3-7,4% ogółu wszystkich przyjęć, a wśród przyjęć pierwszorazowych 9-9,1%. Wśród osób przyjętych z powodu psychoz alkoholowych kobiety stanowią 10-11% ogółu. Proporcje związane z płcią i wiekiem osób przyjmowanych do oddziałów utrzymują się od ponad 20 lat na podobnym poziomie.

Mieszkańcy wsi stanowili ok. 17% osób przyjmowanych do oddziałów stacjonarnych z powodu uzależnienia od alkoholu (ok. 20% przyjęć pierwszorazowych) oraz ok. 23% osób przyjmowanych z powodu objawów psychozy alkoholowej (ok. 27% przyjęć pierwszorazowych). Osoby z tzw. „zaburzeniami alkoholowymi” stanowiły 32,9% osób leczonych po raz pierwszy w zakładach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego i odwykowego (Rocznik Statystyczny 1990: Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. IPiN, ZOOZ).

Wykorzystanie łóżek odwykowych waha się w granicach 69,2% do 93,6%, a średni czas pobytu wynosi 3-5 tygodni.

W okresie ostatnich 5 lat obserwuje się korzystne zmiany w podejściu do leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Obok tradycyjnego, medycznego modelu leczenia ograniczającego się do detoksykacji i wyrównania stanu psychofizycznego, coraz więcej zakładów leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego, wprowadza nowoczesne metody terapii. Jest to wynik działalności szkoleniowej prowadzonej głównie przez Komisję Edukacji w dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacji Stefana Batorego. Instytut Psychologii i Trzeźwości oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Dzięki staraniom Komisji Edukacji grupa pracowników lecznictwa odwykowego skorzystała z możliwości poznania metod pracy

amerykańskich ośrodków leczenia uzależnień stosujących w terapii Model Minnesota i wykorzystujący Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików. Stąd wiele placówek odwykowych uwzględnia w swych programach terapeutycznych elementy Modelu Minnesota i Programu AA. Brak jest niestety osób i instytucji, które byłyby zainteresowane propagowaniem alternatywnych do psychoterapii metod leczenia oraz organizowaniem szkoleń w tym zakresie.

Brak jest również placówek udzielających kwalifikowanej pomocy tym osobom które z różnych względów nie korzystają z proponowanych programów psycho i socjoterapeutycznych.

pozytywnym zjawiskiem jest coraz szersze zatrudnianie przez zakłady lecznictwa odwykowego instruktorów terapii odwykowej wywodzących się na ogół spośród niepijących alkoholików.

Cel badań

Celem głównym badań jest określenie stanu zatrudnienia i wyposażenia stacjonarnych oddziałów lecznictwa odwykowego. Założono, że badania ankietowe obejmą wszystkie oddziały odwykowe w kraju i będą jednym z trzech źródeł danych wykorzystanych do realizacji naszych zamierzeń. Kwestionariusz wywiadu opracowany został w listopadzie 1991 roku, a do badań przystąpiono w grudniu. Ankietyzację zakończono w styczniu 1992 r., a analizy wykonano w lutym.

Material

Material badawczy stanowią ankiety nadesłane przez:

1. oddziały odwykowe przy szpitalach psychiatrycznych – 37 (na ogólną liczbę 46)
2. oddziały odwykowe w ośrodkach leczenia odwykowego – 14 (na ogólną liczbę 16)
3. oddziały odwykowe przy ZOZ-ach ogólnych i psychiatrycznych – 10 (w tym 9 przy ZOZ-ach ogólnych)

Ponadto otrzymano:

11 ankiet z dziennych oddziałów odwykowych,

13 ankiet z oddziałów i pododdziałów detoksykacyjnych.

W sumie raport z badań obejmuje 61 stacjonarnych (całodobowych) oddziałów odwykowych, 11 oddziałów dziennych i 13 oddziałów i pododdziałów detoksykacyjnych.

Charakterystyka oddziałów

Rejon działania

Z uzyskanych danych wynika, że 77% oddziałów obejmuje opieką teren jednego województwa, 8% – dwa, 12% – trzy, a dwa z objętych analizą oddziałów przyjmują pacjentów aż z czterech województw.

Dane te ilustrują niezauważany dotychczas problem związany ze zwrotem kosztów leczenia pacjentów pochodzących spoza terenu, macierzystego dla oddziału, województwa (tzw. pacjentów pozarejonowych). Coraz częściej pojawia się bowiem pytanie kto powinien płacić za leczenie osób zamieszkujących na terenie innej gminy czy innego województwa.

Wielkość populacji

Wielkość populacji objętej opieką oddziałów jest bardzo zróżnicowana, od 50 tys. do 4 mln (Śląsk); 26% oddziałów sprawuje opiekę nad niewielkimi zbiorowościami rzędu 50-250 tys. Jest też spora grupa oddziałów – 23% obsługujących wielkie zbiorowości rzędu 1-4 mln.

Jak z tego widać, operowanie średnią wielkością populacji przypadającej na jeden oddział byłoby raczej nieuprawnione. Można jedynie wskazać na pewien dominujący przedział, tj. od 250 tys. – 1 mln mieszkańców jako obszar działania większości placówek stacjonarnych.

Wielkość zakładów

Wielkość zakładów, określana liczbą łóżek rzeczywistych, jest także zróżnicowana i waha się od zakładów 10-łóżkowych do 174-łóżkowych w ośrodkach leczenia odwykowego. Przeciętna wielkość zakładu odwykowego kształtuje się w granicach 50 łóżek rzeczywistych.

Struktura wewnętrzna zakładów

Struktura wewnętrzna zakładów, w skład których wchodzi ankietyowane oddziały jest wielce zróżnicowana. Najczęściej spotyka-

nym typem zakładu jest oddział całodobowy (stacjonarny), rzadziej detoksykacyjny, jeszcze rzadziej dzienny – 61% objętych naszą ankietą zakładów. Pozostałe zakłady mają strukturę złożoną od dwóch do czterech elementów, tj. oddziałów, pododdziałów, hosteli.

O stopniu złożoności i możliwych kombinacji powiązań niech świadczy poniższe wyliczenia z ilu elementów składały się zakłady objęte naszą ankietą:

- oddziały/pododdziały detoksykacyjne – 36% zakładów
- oddziały/pododdziały całodobowe – 83% zakładów
- oddziały/pododdziały dzienne – 14% zakładów
- oddziały/ nocne – 6% zakładów
- hostele – 4% zakładów.

Ponadto 17% zakładów wykazywało w swojej strukturze drugi bliźniaczy oddział/pododdział odwykowy.

Działalność terapeutyczna

PROCEDURY DETOKSYKACYJNE

Pośród 85 analizowanych zakładów – 54 (63%) odpowiedziały twierdząco na pytanie czy prowadzą na swoim terenie detoksykację. Jednoznacznie 32 zakłady (tj. 37,2%) określiły siebie jako oddział/pododdział detoksykacyjny, bądź oddział odwykowy lub psychiatryczny posiadający wydzielone łóżka detoksykacyjne.

Wśród środków stosowanych w ramach procedur detoksykacyjnych wymieniane są najczęściej:

Płyny:

Glukoza – 32,9%

PWE – 31,8%

0,9% NaCl – 20,0%

Witaminy:

B1 – 11,8%

Bcomp – 8,4%

B6 – 8,3%

C – 9,4%

Cocarboxylaza – 33,0%

Relanium – 34,1%

Hemineuryna – 33,1%

Promazyna – 10,7%

Hydroksyzyna – 8,3%

Karbamazepina – 4,8%

Część zakładów wymieniła jedynie ogólne nazwy grup stosowanych środków, tj.:

Witaminy z grupy B – 33,0%

Płyyny – 24,8%

Środki uspokajające (trankwilizatory, anksjolityki) – 11,9%

Neuroleptyki – 4,8%

Benzodwiazepiny – 3,6%

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że analizowane zakłady nie różnią się istotnie między sobą pod względem środków wykorzystywanych do detoksykacji. Ocena jakości tych świadczeń nie jest jednak możliwa, ponieważ tylko pojedyncze zakłady udzieliły informacji na temat wielkości dawek i czasookresu ich stosowania.

PROGRAMY TERAPEUTYCZNE

Cele programów terapeutycznych, tak jak je określali w naszej ankiecie ordynatorzy oddziałów, można pogrupować w następujące kategorie (procenty nie sumują się do 100):

1. Edukacja obejmująca czynniki poznawcze na temat samej choroby:

– identyfikacja z chorobą – 13% odpowiedzi

– wgląd w chorobę – 23% -,-

– uświadomienie bezsilności wobec alkoholu – 9% -,-

– edukacja – 34% -,-

2. Edukacja obejmująca czynniki poznawcze na temat sposobów utrzymania abstynencji (również po kuracji odwykowej):

– utrzymanie trzeźwości – 42% odpowiedzi

– wzmianka o AA (w oparciu o AA, przygotowanie do AA itp.) – 21% -,-

3. Terapia nastawiona na zmiany behawioralne (tzn. zachowań „tu i teraz” z zaleceniem stosowania w przyszłości:

– praca nad emocjami – 9% odpowiedzi

– uczenie nowych zachowań – 30% -,-

4. Konfrontacja systemu obronnego (m.in. zaprzeczanie, racjonalizacja, minimalizacja, projekcja, obwinianie):

– rozbicie systemu zaprzeczeń – 13% odpowiedzi

To wyliczenie celów stawianych w pracy z pacjentami wskazuje na znaczne ożywienie i ferment intelektualny w myśleniu naszych profesjonalistów. Wielu z nich w swoim myśleniu łączy idee różnych szkół terapii, wielu dokonuje przesunięcia właściwych celów leczenia (jakimi mogą być abstynencja lub tzw. picie kontrolowane) na środki (wgląd w chorobę, praca nad emocjami itp.), które są tylko drogą do celu.

„Program” jest określeniem filozofii, z której powinna wynikać metodologia pracy z pacjentami. Program jest również wyraźnym określeniem celów oraz sposobów osiągnięcia tych celów. Jeżeli placówka przyjmuje za wykładnię swego programu np. filozofię AA, to wśród głównych celów terapeutycznych znajdują się np.:

1. Uznanie bezsilności wobec alkoholu (kapitulacja, zaniechanie postawy walki, poddanie się, czyli akceptacja faktu, iż z tą chorobą nie sposób powracać do alkoholu);

2. Wzięcie odpowiedzialności za swoje zdrowienie (nie ktoś lub coś – lecz JA mam największy wpływ na to, czy wypiję czy nie);

3. Przyjęcie koncepcji choroby (a nie braku silnej woli lub innej wady charakteru czy osobowości), ponieważ dzięki tej koncepcji łatwiej jest alkoholikowi pogodzić się z tym, co zdarzyło się kiedyś wskutek owej choroby, a pogodzenie to warunkuje możliwość uwolnienia się od poczucia winy i jak najszybszego nabrania pozytywnego stosunku do własnego życia, zwłaszcza w perspektywie przyszłości.

Realizacji tych celów (oraz wielu innych, które można zefiniować ustalając program terapeutyczny) służą lepiej lub gorzej rozmaite metody czy środki. Nie są one jednak jednoznaczne z technikami terapeutycznymi (te są już czysto warsztatową specyfiką odnoszącą się nie tylko do poszczególnych programów ale nawet do poszczególnych osób realizujących programy).

Otóż dla ilustracji – takimi „środkami” są np. uczenie pacjentów zwracania się o pomoc (ułatwia to internalizację poczucia bezsilności wobec alkoholu); zmiana tożsamości z „Nie jestem alkoholikiem” na „Jestem alkoholikiem” (ergo „Nie mogę pić alkoholu”). Cel sformułowany jako uznanie alkoholizmu za chorobę można osiągnąć za pomocą profesjonalnej, wielodyscyplinarnej edukacji (wykłady, filmy, lektury z zakresu biologicznych, fizjologicznych, genetycznych aspektów uzależnień; zajęcia z lekarzem; skład grup, w których

spotykają się ludzie o bardzo odmiennych historiach choroby, zaprzeczających mitowi alkoholizmu jako choroby „społecznej” – najgorsza propaganda!).

WZORY/MODELE TERAPII do których sięga kadra oddziałów odwykowych całodobowych i dziennych są w ocenie naszej ankiety następujące (procenty nie sumują się do 100):

- Model Minnesota (oraz Johannsson, Cornerstone, Hazelden, IPN – dr Woronowicz) – 44% oddziałów
- Programy PETRY (oraz IPZiT, SPP, Stanomino – OLO i dr Mellibruda) – 45% oddziałów
- Własne rozwiązania (autorskie, eklektyczne składanki itp.) – 35% oddziałów
- Inne – 10% oddziałów.

PSYCHOTERAPIA GRUPOWA

Ankieta nasza uchwyciła taki oto obraz rozprzestrzeniania tej metody w pięciu dających się wyodrębnić typach zakładów:

Typ zakładu	Nie prowadzi psychoterapii	Prowadzi	Przeciętny % pacjentów objętych tą metodą
Całodobowe przy szpitalach psychiatrycznych	5	32	68
Całodobowe w OLO	1	13	78
Całodobowe przy ZOZ ogólnych	2	8	79
Dzienne	1	10	90
Detoksykacyjne	9	4	88

Jak wynika z powyższego zestawienia, psychoterapia stosowana jest w zdecydowanej większości oddziałów całodobowych (stacjonarnych) i dziennych natomiast wyraźnie rzadziej w oddziałach detoksykacyjnych.

Tam gdzie jest ona stosowana, formą tą przeciętnie objętych jest 76% pacjentów, co wskazywać by mogło na dość szeroki zakres

rozpowszechnienia tej metody w naszym lecznictwie opartym na bazie szpitalnej. Ankieta wychwyciła istnienie 152 grup (w 65 zakładach) określonych jako psychoterapeutyczne.

W oddziałach odwykowych całodobowych i dziennych istnieją przeciętnie po dwie grupy, a na tych czterech detoksykacyjnych po jednej.

Wielkość grup psychoterapeutycznych jest zróżnicowana i uczestniczy w nich od 10 do 22 osób. Przeciętnie w granicach 8 pacjentów na oddziałach detoksykacyjnych i 9-13 na oddziałach całodobowych i dziennych.

Intensywność terapii określona liczbą godzin przypadających na jednego pacjenta w skali tygodnia jest zróżnicowana. W połowie zakładów nie przekracza 10 godzin, w 40% kształtuje się w granicach 11-30 godzin, a w nielicznych wykracza poza ten wymiar.

Średnia obliczona dla zakładów wykazujących stosowanie psychoterapii grupowej kształtuje się w granicach 15 godzin tygodniowo na pacjenta, co (gdyby odpowiadało rzeczywistości) mogłoby świadczyć o prawidłowej tendencji w stosowaniu tej metody.

ZAJĘCIA EDUKACYJNO-INFORMACYJNE

Ten rodzaj oddziaływań na pacjenta wykazuje 70 oddziałów (na 86 objętych ankietą).

Typ zakładu	Nie prowadzi edukacji	Prowadzi	Przeciętny % pacjentów objętych edukacją
Całodobowe przy szpitalnych psychiatrycznych	5	32	88
Całodobowe w OLO	4	10	90
Całodobowe przy ZOZ ogólnych	-	10	97
Dzienne	1	10	98
Detoksykacyjne	5	8	98

Jak z zestawienia wynika, zajęcia edukacyjno-informacyjne prowadzone są w zdecydowanej większości oddziałów, może nieco

rzadziej na detoksykacyjnych. I jeżeli są już prowadzone to obejmują prawie wszystkich pacjentów. Powszechną tam formą edukacji jest przekaz informacji – 100%; w 56 placówkach przy użyciu video; w 65 stosuje się kasety magnetofonowe; w 74 nakłania się pacjentów do czytania odpowiednich lektur. Wszystkie te formy są znane i stosowane od dawna. Nowym sposobem edukacji staje się kontakt ze zdrowiejącymi alkoholikami (najczęściej z AA), wykazują to w swojej działalności 22 placówki.

Według danych z ankiety przeciętna wielkość grup edukacyjnych kształtuje się w granicach 17 osób.

ZAJĘCIA SPORTOWE

Prowadzenie zajęć sportowych wymieniało w ankiecie 46 placówek, ale tylko 29 wykazywało liczbę pacjentów korzystających z tego rodzaju zajęć.

Typ zakładu	Nie prowadzi zajęć sportowych	Prowadzi	Przeciętny % pacjentów objętych zajęciami
Całodobowe przy szpitalnych psychiatrycznych	23	14	57
Całodobowe w OLO	8	6	73
Całodobowe przy ZOZ ogólnych	6	4	57
Dzienne	8	3	85
Detoksykacyjne	11	2	77

Prowadzenie zajęć sportowych, ruchowych wymaga odpowiednich warunków, pomieszczeń, przestrzeni i instruktorów. Dostęp do obiektów sportowych (hali, sali, boiska) ma około 30 placówek, ale posiadanie fachowca (instruktora, trenera, nauczyciela w-f) do prowadzenia zajęć wykazało w ankiecie tylko 9 oddziałów. Przeciętnie na sport nie przeznaczają się więcej niż 1 godzinę dziennie.

Pewien wpływ na stosunkowo rzadkie stosowanie sportu jako metody rehabilitacji może wynikać także z przyjęcia nowych podejść

do terapii związanych z ideologią 12 Kroków, w której nie akcentuje się jakoś szczególnie wartości ruchu i kondycji fizycznej.

PRACA I SAMOBSŁUGA W TERAPII ODWYKOWEJ

Pracę „ergoterapię” wymieniają w swoich programach 62 placówki, tj. 74% objętych ankietą. Najczęściej wymieniane były różne prace porządkowe (sprzątanie izb, sprzątanie terenu) – 46% placówek. Znacznie rzadziej wymieniane były zajęcia w pracowni – 8%, nieco częściej jakieś inne prace (w parku, ogrodnictwo, na terenie szpitala) – 21%. Wymiar dzienny tak pojmowanej „ergoterapii” kształtuje się średnio na poziomie 2 godzin w tych 70 placówkach, które pracę traktują jako element programu. Ze zrozumiałych względów więcej czasu na tego rodzaju zajęcia przeznaczają się w oddziałach całodobowych a mniej w dziennych (bo odpada sprzątanie sal, ścielenie łóżek itp.) i na detoksykacyjnych. Poza zakładem (na zewnątrz) zatrudnienie znajdują pacjenci 14 oddziałów.

INNE FORMY ODDZIAŁYWAŃ

W ostatnim okresie oferta terapeutyczna uległa znacznemu rozszerzeniu. Nowe formy wprowadziły do swoich programów 62 oddziały, tj. 74% objętych ankietą.

Najczęściej wymieniany był kontakt z osobą duchowną (księdzem, pastorem itp.), do którego dochodzi na terenie 56% placówek.

W blisko połowie placówek (48%) dochodzi do kontaktów z rodzinami osób uzależnionych (w tym z Al-Anon.).

Anonimowi Alkoholicy spotykają się z pacjentami w co piątej placówce (20%).

Członkowie klubów abstynenta działają w co dwunastej placówce (11%).

Ponadto kilka placówek wymieniało jeszcze inne formy wspomagające lub rozszerzające zakres terapii, jak: grupy poszpitalne, grupy wsparcia itp.

ZATRUDNIENIE

LEKARZE wchodzi w skład kadry 83 oddziałów. Przeciętnie na 1 lekarza wypadają 23 łóżka rzeczywiste.

Aktualny stan zatrudnienia lekarzy uznano (uznali ordynatorzy w ankiecie) za wystarczający w 74% placówek, a za niewystarczający

w pozostałych 26%. Pięć oddziałów odczuwało brak psychiatrów, a trzy oddziały – internistów.

Nie odczuwały potrzeby zwiększenia zatrudnienia lekarzy te oddziały całodobowe, w których na 1 lekarza wypadało mniej więcej 21 łóżek i te oddziały detoksykacyjne, gdzie ten wskaźnik wynosił 4.

Potrzebę dodatkowego zatrudnienia lekarzy odczuwały odpowiednio te oddziały całodobowe, w których na 1 lekarza wypadało 27 łóżek, a w oddziałach detoksykacyjnych – 9 łóżek.

Z tych porównań można by wnosić, że wskaźniki 21-25 łóżek na 1 lekarza w oddziałach całodobowych i 4-7 łóżek w oddziałach detoksykacyjnych odślaniają normy zatrudnienia ustalone przez praktykę polskiego lecznictwa szpitalnego.

PIELĘGNIARKI zatrudnione są w 79 oddziałach. Przeciętnie na 1 pielęgniarkę wypada 6 łóżek rzeczywistych.

Aktualny stan zatrudnienia uznano za wystarczający w 76% placówek, a za niewystarczający w pozostałych 24%.

Nie odczuwały potrzeby zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek te oddziały całodobowe, w których na 1 pielęgniarkę wypadało mniej więcej 5-7 łóżek, a na oddziałach detoksykacyjnych 4-6, chciały zaś więcej pielęgniarek te oddziały całodobowe detoksykacyjne, w których na 1 pielęgniarkę wypadało 7-9 łóżek.

I podobnie jak to rozważaliśmy w odniesieniu do lekarzy miara w postaci 1 pielęgniarki obsługującej 5-7 pacjentów (łóżek rzeczywistych) jest normą wykształconą przez praktykę.

Norma ta może wskazywać na wyraźny medyczny model oddziału, co nie koresponduje z deklaracjami o dość szerokim stosowaniu psychoterapii grupowej. Tak ukształtowana praktyka może również wynikać z konieczności zapewnienia całodobowej opieki medycznej dla pacjentów oddziału.

TERAPEUCI z wyższym wykształceniem, czyli psycholodzy, pedagodzy, socjolodzy i inni humaniści wchodzi w skład kadry 80% oddziałów. Przeciętnie na 1 terapeutę wypada 21 łóżek rzeczywistych.

Aktualny stan zatrudnienia uznano za wystarczający w 57% oddziałów, a za niewystarczający w 43%.

Nie odczuwały potrzeby zwiększenia zatrudnienia terapeutów te oddziały całodobowe, w których na 1 terapeutę wypadało 17-20 łóżek, a na oddziałach detoksykacyjnych 10 łóżek.

Odczuwały brak terapeutów te oddziały całodobowe, gdzie wskaźnik ten wynosił 21-28 łóżek i te detoksykacyjne gdzie wskaźnik ten wynosił 12-14 łóżek.

Zatem za normy wykształcone przez praktykę uznać można miarę 17-20 pacjentów przypadających na 1 terapeutę w oddziałach całodobowych i 10 pacjentów w oddziałach detoksykacyjnych.

Przyjęcie takich norm za obowiązujące uniemożliwiłoby prowadzenie psychoterapii w małych 7-10 osobowych grupach, jak również prowadzenie dużej grupy przez dwóch współpracujących i wspierających się wzajemnie terapeutów.

INSTRUKTORZY TERAPII ODWYKOWEJ (najczęściej niepijący alkoholicy) zatrudnieni są w 51% oddziałów i tam przeciętnie na 1 instruktora wypada 18 łóżek rzeczywistych.

Nie odczuwa braku instruktorów 52% oddziałów, chciałoby zatrudnić lub zwiększyć stan zatrudnienia 48% oddziałów.

Nie odczuwały potrzeby zwiększenia zatrudnienia instruktorów te oddziały całodobowe, w których na 1 instruktora wypadało 13-16 łóżek i te detoksykacyjne gdzie wskaźnik ten wynosił 3-5 łóżek. Odczuwały brak instruktorów te oddziały całodobowe, w których na 1 instruktora wypadało 18-25 łóżek (oddziały detoksykacyjne nie zgłosiły takich potrzeb).

Za normę wykształconą przez dotychczasową praktykę uznać można miarę 13-16 pacjentów na 1 instruktora w oddziałach całodobowych i 3-5 pacjentów na 1 instruktora w oddziałach detoksykacyjnych. Zaskakujące wydają się dane z oddziałów detoksykacyjnych. Jeżeli uzyskany wynik odzwierciedla stan rzeczywisty to niewątpliwie doszło w oddziałach tych do przerostów zatrudnienia instruktorów terapii odwykowej.

Zarejestrowany stan zatrudnienia instruktorów w oddziałach całodobowych wskazuje na prawidłową tendencję udziału tej grupy zawodowej w realizacji programu terapeutycznego. Przyjęcie jednak tych miar za obowiązującą normę nie pozwoliłoby na organizowanie zajęć w małych, 7-10 osobowych, grupach jak również na prowadzenie dużej grupy przez dwóch instruktorów wspierających się wzajemnie.

INNI TERAPEUCI, jak duchowni, instruktorzy terapii zajęciowej, instruktorzy sportowi wchodzi w skład kadry 46% oddziałów. Duchowni wykonują terapeutyczną pracę w 18% placówek, instruk-

torzy terapii zajęciowej – w 33% placówek, instruktorzy sportowi – w 14% placówek.

WOLONTARIUSZE uczestniczą w realizacji programów 21% oddziałów. W odniesieniu do „innych terapeutów” i „wolontariuszy” nie stosowano w ankiecie pytań o minimum koniecznego zatrudnienia. SALOWE są zatrudnione w 71% oddziałów. Przeciętnie na 1 salową wypada 12 łóżek rzeczywistych.

Aktualny stan zatrudnienia uznano za wystarczający w 78% placówek, a 21 placówek odczuwało brak salowych.

Nie odczuwały potrzeby zwiększenia zatrudnienia salowych te oddziały całodobowe, w których na 1 salową wypadało 12 łóżek, a w oddziałach detoksykacyjnych – 5.

Aktualny stan zatrudnienia salowych był podobny w obu kategoriach placówek i tych które miały dość salowych i tych, które chciałyby zatrudnić ich więcej.

Jeżeli miarę 12 pacjentów na 1 salową uznać za normę wykształconą przez praktyk to zauważyć wypada, że taki stan zatrudnienia salowych wyraźnie zwalniałby pacjentów z obowiązku samoobsługi w utrzymywaniu porządku w pomieszczeniach oddziału. SANITARIUSZE są zatrudnieni w 27% placówek: w 11 placówkach w wymiarze 1-2 osób, w 10 – po 3-4 osoby, a w 2 – od 5 do 8 osób. INNI PRACOWNICY OBSŁUGI są zatrudnieni w 42% placówek. Najczęściej są to sekretarki medyczne lub statystycy medyczni – 25% placówek, rzadziej asystenci socjalni – 7% i rejestratorki w 6% placówek.

ZASOBY LOKALOWE ODDZIAŁÓW

SALE CHORYCH. Stan posiadania zakładów jest znacznie zróżnicowany – od oddziałów małych, posiadających 1-2 izby (10% placówek) po duże, dysponujące 16-20 izbami (10%) (głównie OLO). Przeciętnie na 1 oddział odwykowy całodobowy wypadają 4 sale chorych, a na detoksykacyjnych – 5 sal.

Aktualny stan posiadania zadowala 75% placówek, a tylko 15% placówek odczuwa potrzebę dodatkowych izb.

Na pytanie postawione w ankiecie, jaka powinna być norma powierzchni przypadającej na 1 łóżko odpowiedzi udzieliło tylko 13% placówek i prawie wszystkie za miarę odpowiednią uznały 5 m².

WYPOSAŻENIE SAL składa się znacznie częściej z łóżek (65% placówek) niż tapczanów (35% placówek). Indywidualne szafki i szafy zapewnia swoim pacjentom 88% placówek; krzesła – 67%; stoliki w salach – 70%; umywalki – 23%; radia – 6%.

Posiadane wyposażenie sal chorych za wystarczające uznano w 68 oddziałów odwykowych całodobowych i detoksykacyjnych, za niewystarczające w 20% tego typu zakładów.

70% tych potrzeb dotyczyło sprzętów typu mieszkalnego (tapczanów, szafek, krzeseł, stolików itp.), a 30% dotyczyło sprzętu audiowizualnego (radioodbiorników, telewizorów magnetofonów, itp.).

SALE DO PSYCHOTERAPII posiada 72% placówek. Stan posiadania jest znacznie zróżnicowany, od 1-2 w 56% placówek do takich, które dysponują od 3 do 6 sal do zajęć grupowych – 15% placówek. Powierzchnia pozostających w posiadaniu oddziałów sal do psychoterapii podzielona przez liczbę pacjentów, użytkowników tych sal, daje wskaźnik 1,5 m² powierzchni na statystycznego pacjenta.

Oddziały dysponujące salami do psychoterapii o powierzchni w granicach 1,5 m² – 2,5 m² na 1 pacjenta oceniały swoje potrzeby w tym zakresie za zaspokojone i naszą ankietę zarejestrowała 42% takich oddziałów.

Potrzebę dodatkowej powierzchni zgłosiło 10% oddziałów w których wskaźnik ten kształtował się w granicach 0,7 do 1 m² na 1 pacjenta.

Można stąd wnosić, że miara 2 m² na 1 pacjenta może być uznana za normę powierzchni sal do psychoterapii w lecznictwie stacjonarnym.

Wyposażenie sal do psychoterapii jest proste, składa się na ogół z krzeseł, foteli lub tzw. „pufów”.

Posiadanie wyposażenie za wystarczające uznało 53% placówek, za niewystarczające 17% placówek.

ŚWIETLICE posiada 75% placówek. Świetlice te spełniają warunki minimum koniecznego pod względem powierzchni i wyposażenia (w ocenie ordynatorów) 87% placówek posiadających świetlice, a w 13% placówek świetlice nie spełniały warunków minimum.

JADALNIE posiada 73% placówek. Warunki minimum koniecznego spełniają jadalnie w 84% oddziałów posiadających jadalnie a 16% warunków nie spełnia.

PALARNIE posiada 63% placówek. Warunki minimum koniecznego spełnia, zdaniem ordynatorów, 74% palarni.

ŁAZIENKI posiada 95% placówek. Warunki minimum koniecznego spełnia, zdaniem ordynatorów, 72% łazienek.

WC posiadają wszystkie placówki, ale warunki minimum koniecznego spełnia tylko 72%.

KUCHENKI posiada 88% placówek. Warunki minimum spełnia 83% kuchenek.

POKOJE SOCJALNE posiada 70% placówek. Warunki minimum spełnia 90% tych pomieszczeń.

Wnioski z badań

Celem badań było określenie stanu zatrudnienia, pomieszczeń i wyposażenia oddziałów odwykowych i detoksykacyjnych.

Wieloletnia praktyka, jak można zakładać, ukształtowała normy zatrudnienia lekarzy, pielęgniarek i innych realizatorów programu terapeutycznego oddziału.

Wymiana informacji w środowiskach profesjonalnych związanych z leczeniem odwykowym jest zapewne głównym czynnikiem unifikującym wyobrażenie pożądanej obsady kadrowej, niezbędnych pomieszczeń i wyposażenia.

Potężnym czynnikiem kształtującym normy zatrudnienia, standardy pomieszczeń i wyposażenia są przyjęte/realizowane modele terapii.

Model medyczny preferował kadre o profilu medycznym z centralną rolą lekarza jako kierownika procesu terapeutycznego; obecnie lansowane podejście psycho – i socjoterapeutyczne kładzie nacisk na interdyscyplinarny profil kadry, ze wskazaniem wiodącej roli terapeuty – niemedyka w realizacji programu terapeutycznego.

Wyniki naszych badań uchwyciły, jak nam się wydaje, znaczące zmiany zarówno w podejściu terapeutycznym, jak i profilu zatrudnienia. Oddziały odwykowe odchodzą od modelu medycznego. To odejście polega na przyjęciu (często bardzo powierzchownym) różnych elementów z Modelu Minnesota (i wyrosłych z tego pnia różnych szkół terapii).

Nie potrafimy ocenić stopnia zaawansowania zmian, możemy odpowiedzialnie stwierdzić, że taki proces zachodzi.

W większości oddziałów panuje ferment intelektualny i podejmowane są próby eklektycznego łączenia technik, podejść i ideologii różnych szkół terapii.

Dane na temat celów i wzorów terapii uchwycone naszą ankietą uzasadniałyby takie stwierdzenie.

Te zachodzące zmiany w aspiracjach i pragnieniach rozwijania nowych podejść w terapii nie wyparły modelu medycznego. Podejście medyczne jest nadal dominujące, co ujawnia aktualna struktura zatrudnienia w oddziałach odwykowych. Lekarze, pielęgniarki i salowe są nadal kategorią przeważającą, chociaż dostrzec należy wyraźny wzrost udziału terapeutów z wyższym wykształceniem i instruktorów terapii zajęciowej.