

Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982–2005

Alcohol dependence treatment in Poland from 1982 to 2005

Ewa Miturska, Katarzyna Dąbrowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Warszawa

Abstract – Introduction. The main aim of the study was the description of changes in alcohol treatment policy in Poland.

Method. Legislation from 1982 to 2005 was analyzed. The content analysis takes the social context of legal changes, as well as changes in the treatment system into consideration.

Results. The organization of alcohol treatment system, treatment quality and programmes offered, and finally the process of improvement staff qualifications were characterized on the base of legal acts. In 1980s and 1990s numerous important changes in alcohol dependence treatment were initiated. These changes have important impact both on the access to treatment and quality of services offered.

Key words: alcohol dependence, alcohol dependence treatment, social policy

Streszczenie – Wstęp. Głównym celem badania była ocena zmian w polityce wobec leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce.

Metoda. Przeprowadzono analizę treści aktów prawnych obowiązujących w latach 1982–2005. Uwzględniono również kontekst społeczny i historyczny zachodzących zmian.

Wyniki. W oparciu o wspomnianą dokumentację scharakteryzowano: organizację systemu leczenia uzależnień od alkoholu, jakość i rodzaj świadczonych usług oraz proces kształcenia pracowników leczenia odwykowego. W latach 80. i 90. ubiegłego wieku zapoczątkowano wiele istotnych zmian dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu. Zmiany te mają praktyczne przełożenie na dostępność do leczenia oraz charakter świadczonych usług.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, leczenie uzależnienia od alkoholu, polityka społeczna

WSTĘP

Artykuł jest prezentacją części wyników, jakie otrzymano w ramach projektu badawczego pt. „Ewaluacja polityki wobec substancji psychoaktywnych”, realizowanego w latach 2006–2008.

Celem głównym projektu była ocena polityki społecznej wobec alkoholu i narkotyków w Polsce. Analizie poddano akty prawne oraz narodowe programy, będące odzwierciedleniem tego, co działo się w kraju. Zgodnie z założeniami projektu poszukiwano odpowiedzi na pytanie: czy i w jakim stopniu cele polityki społecznej

Praca powstała w ramach tematu statutowego nr 501-002-09025.

zostały osiągnięte. Podjęto także próbę zidentyfikowania czynników sprzyjających i niesprzyjających realizacji tych zamierzeń.

W prezentowanym artykule przedstawiono wyniki analizy aktów prawnych z uwzględnieniem zmian, jakie miały miejsce w systemie leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982–2005. Wspomniana analiza dotyczy organizacji systemu leczenia, jakości i rodzaju świadczonych usług oraz profesjonalizacji kadry.

Właściwą prezentację poprzedza krótki wstęp na temat historii leczenia odwykowego w latach powojennych.

Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach powojennych

Lecznictwo odwykowe jako oddzielny dział medycyny funkcjonuje w Polsce od ponad 50 lat. Przez ostatnie dziesięciolecia zmieniało się jednak bardzo podejście do uzależnienia od alkoholu, pacjenta i oferowanych mu świadczeń terapeutycznych. Szczególnie zasady i metody leczenia alkoholizmu ulegały na przestrzeni lat znacznej ewolucji. Zmiany te można prześledzić zarówno na poziomie legislacji, jak i działań praktycznych (1, 2, 3, 4).

Pierwsze powojenne akty prawne, uchwalone w Polsce w latach 50, wprowadziły do prawodawstwa koncepcję „alkoholizmu jako choroby”, zmieniając tym samym spojrzenie na ów problem. Medykalizacja kwestii alkoholu była jednocześnie początkiem indywidualizacji tego zagadnienia. Oznacza to, że alkoholizm przestał być jedynie problemem społecznym i moralnym, a stał się problemem osób, które nie ze swojej winy zostały dotknięte chorobą. Tym samym istotne stało się leczenie tych osób, a nie ich karanie (5, 6, 7).

Impulsem do stworzenia lecznictwa odwykowego w Polsce była ustawa z 27 kwietnia 1956 roku „o zwalczaniu alkoholizmu”; jej postanowienia rozwijała ustawa z 10 grudnia 1959 roku. Obie wprowadziły lecznictwo odwykowe nastawione głównie na pacjenta przymusowego, wobec którego należy stosować oddziaływania resocjalizacyjne. Dopiero minister zdrowia w rozporządzeniu z 1961 r. zezwolił na przyjmowanie do zakładów stacjonarnych osób dobrowolnie poddających się leczeniu, w miarę wolnych miejsc (8). Najwcześniejsze dane statystyczne, pochodzące z lat 70. ubiegłego wieku pokazują, iż w zamkniętych zakładach lecznictwa odwykowego proporcje pacjentów przymusowo i dobrowolnie leczonych powoli ulegały wyrównaniu. W 1972 r. wskaźnik pacjentów leczonych przymusowo we wszystkich rodzajach zakładów odwykowej opieki zamkniętej wynosił już tylko 41,3% oraz dodatkowo 1,4% dla pacjentów internowanych i 1% dla poddawanych obserwacji sądowo-psychiatrycznej (9).

W praktyce jednak, na mocy ustaw powojennych, służba zdrowia długo jeszcze była włączona w system represji społecznej poprzez nałożenie zadań związanych z egzekucją przymusu leczenia. Zasada leczenia odwykowego opierała się bowiem na przymusie zewnętrznym, nie dawała pacjentowi specjalnych możliwości wyboru. Leczeniu odwykowemu podlegali wówczas nałogowi alkoholicy, którzy

swoim postępowaniem naruszali porządek społeczny – osoby te „powodowały rozkład życia rodzinnego, demoralizowały nieletnich, zagrażały bezpieczeństwu innych lub zakłócały spokój i porządek publiczny (3, 8, 10, 11).

O leczeniu przymusowym w warunkach ambulatoryjnych decydowała komisja społeczno-lekarska lub w przypadku zakładu stacjonarnego – sąd powiatowy. Przesłanki do uzasadnienia konieczności podjęcia leczenia miały charakter zarówno medyczny, jak i niemedyyczny, obejmowały przede wszystkim ocenę funkcjonowania społecznego i rodzinnego pacjenta (4, 8). Ówczesne lecznictwo odwykowe opierało się głównie na leczeniu „awersyjnym” lub „uczulającym” z zastosowaniem disulfiramu w formie doustnej (antabus, anticol) lub w postaci implantu (esperal). Specyficzne i przykre objawy, jakich doświadczał pacjent, miały wystarczająco zniechęcać do spożywania alkoholu (12, 13). W leczeniu wykorzystywano również elementy ergoterapii, czyli terapii pracą, poprzez zatrudnienie w warsztatach produkcyjnych i gospodarstwach rolnych prowadzonych przez zakłady lecznictwa odwykowego. Zdarzało się, iż pacjent pracował również w miejscowych zakładach produkcyjnych (3, 14). Śmiało można powiedzieć, że rola pacjenta w terapii była dosyć bierna i polegała na realizowaniu zaleceń oraz regularnym przyjmowaniu leków, przy jednoczesnym obowiązku zachowania abstynencji (4).

Jak pokazują badania, efektywność ówczesnego leczenia była wysoce niezadowolająca (15, 16, 17, 13). W dużej mierze wynikało to z braku indywidualnie zróżnicowanych oddziaływań terapeutycznych oraz ze specyficznych cech leczonego pacjenta. Pacjenci rzadko zgłaszali się po pomoc dobrowolnie, a jeżeli już, to jedynie w sytuacjach kryzysowych. Niechęć do podjęcia leczenia związana była choćby z faktem dużej stygmatyzacji alkoholików i stereotypem alkoholika jako człowieka wywodzącego się z marginesu społecznego, agresywnego i aspołecznego, którego koniecznie trzeba izolować (4, 18).

W latach 70. miała miejsce tzw. rewolucja psychiatryczna. Idee psychiatrii humanistycznej, upatrującej przyczyn problemów psychicznych m.in. w czynnikach środowiskowych, trafiły również do lecznictwa odwykowego (19). Pomimo iż regulacje prawne nie uległy zmianie, środowisko zatrudnionych w lecznictwie odwykowym lekarzy i psychologów czyniło pewne próby poszerzenia oferty terapeutycznej o formy pracy indywidualnej, grupowej i rodzinnej. Celem tych zabiegów było m.in. zmotywowanie pacjenta do świadomego, a nie przymusowego leczenia. Coraz częściej wspomniano też o konieczności prawnej modyfikacji systemu lecznictwa. Podkreślano kuriozalność sytuacji w placówkach leczniczych, w których przebywają osoby negatywnie nastawione do terapii, gorzej rokujące, a osoby zmotywowane do leczenia i chcące zmienić swoje życie nie zawsze znajdują tam miejsce (8).

Działania w kierunku zmiany takiego stanu rzeczy podejmowano jednak głównie w miastach i większych aglomeracjach, gdzie najłatwiej było pozyskać kadre czy zreorganizować placówki. W tym okresie powstawały pierwsze ośrodki z eksperymentalnymi programami terapeutycznymi, w ramach których leczono osoby zgłaszające się dobrowolnie. Zaczęto oddziaływanie psycho- i socjoterapeutyczne

traktować jako podstawę leczenia osób uzależnionych od alkoholu (13). Schyłek lat 70. ubiegłego wieku to okres zakładania licznych oddziałów i klinik, proponujących innowacyjne formy oddziaływań terapeutycznych. Praca w nich stawała się, w opinii personelu, coraz bardziej satysfakcjonująca i skuteczna. Idee psychiatrii humanistycznej zyskiwały większe grono zwolenników (11, 20). W połowie lat 70 w Poznaniu powstała także pierwsza w Polsce grupa Anonimowych Alkoholików (AA) (13, 21).

Lata 80. to początek nowego podejścia terapeutycznego, które wyłoniło się na drodze burzliwych debat, toczonych wśród praktyków oraz w środowisku samych pacjentów. Kwestia alkoholu wykorzystywana była w rozgrywkach politycznych. Mówiło się wówczas o intencjonalnym rozpijaniu społeczeństwa przez władze państwowe oraz o potrzebie reorganizacji systemu lecznictwa w związku z jego ciągle niską efektywnością. Rósł nacisk ze strony środowiska naukowego w kierunku podjęcia działań ograniczających spożycie alkoholu i sformułowania spójnej polityki społecznej w tym względzie (3, 22, 23).

Osoby uzależnione od alkoholu dopominały się o respektowanie swoich praw. W latach 80. sami zarejestrowali Federację Klubów Pacjenta, której istotnym założeniem było wspieranie postaw trzeźwościowych w społeczeństwie (24, 25, 26). W tym samym czasie profesjonaliści pracujący w lecznictwie odwykowym zachęcali pacjentów do zakładania przy poradniach grup AA (27, 28, 29). W pracy z pacjentami wykorzystywano przetłumaczone na język polski i adaptowane do warunków polskich materiały dotyczące 12 Kroków AA (21). W 1986 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii zaczęto w psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu wykorzystywać doświadczenia ośrodków amerykańskich, wypracowując polską wersję tzw. modelu Minnesota (13).

Wydarzenia te na nowo sprowokowały dyskusję na temat postrzegania alkoholizmu i alkoholika. Na poziomie społecznym problem został zdefiniowany jako zjawisko będące następstwem dotychczasowej polityki państwa oraz obyczajów i norm kulturowych. Zmienił się także wizerunek pacjenta, którego zaczęto postrzegać nie w kategoriach dewianta, a osoby chorej, wymagającej leczenia i wsparcia (29, 30). Początki zmian w systemie lecznictwa odwykowego zbiegły się z debatą publiczną na temat konieczności opracowania kolejnej ustawy. Uchwalono ją dnia 26 października 1982 roku. Jej projekt powstał jeszcze przed stanem wojennym przy udziale *Solidarności* i dużym zaangażowaniu Kościoła, instytucji zaniepokojonych nadmiernym spożyciem alkoholu i szkodami społecznymi wynikającymi z tego faktu. Sukcesem *Solidarności* i środowisk z nią związanych było to, że kwestia odpowiedzialności moralnej władz za rozpijanie społeczeństwa stała się elementem nowej definicji alkoholizmu (3, 6, 20).

Ustawa ta nakładała na państwo obowiązek realizowania spójnej polityki systematycznego ograniczania spożycia alkoholu w Polsce. Wprowadziła również zasadę dobrowolnego leczenia, którą uznano za podstawową i dominującą. Usankcjonowanie tej zasady niewątpliwie przyczyniło się do zmniejszenia postaw dyskryminacyjnych wobec pacjentów i do reorganizacji dotychczasowego systemu

lecznictwa odwykowego (1, 10). Istotnym zapisem ustawy były również formalne zmiany w dotychczasowym nazewnictwie diagnostycznym. Legislatoryzacja opierała się m.in. na obowiązującej wówczas IX rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów i Niesprawności z 1978 r. – dotychczasowe określenie „nałóg”, które kojarzono najczęściej z poważnymi szkodami osobistymi oraz społecznymi, wymagającymi kontroli i restrykcji, zastąpili słowem „uzależnienie” (31). Tym samym alkoholizm nabrał charakteru choroby przewlekłej, wymagającej systematycznego leczenia.

Zmieniała się również oferta terapeutyczna. Od lat 90. terapia uzależnienia obejmowała psychoterapię, świadczenia medyczne oraz pomoc dla rodzin. W leczeniu opierało się głównie na psychologicznej koncepcji mechanizmów uzależnienia, sformułowanej przez Jerzego Mellibrudę. Wykorzystywano założenia i metody zaczerpnięte z podejścia poznawczego-behawioralnego oraz z programu Anonimowych Alkoholików. Przyjęto, że w procesie zdrowienia konieczne jest uznanie własnej bezsilności wobec alkoholu, akceptacja siebie jako osoby chorej, tj. uzależnionej oraz pełna świadomość braku możliwości powrotu do tzw. picia kontrolowanego. Istotą terapii było uczenie się nowych i konstruktywnych modeli zachowań oraz stosowanie się do zaleceń, które miały ułatwić pacjentom uzależnionym trwanie w abstynencji i zapobieganie nawrotom choroby. Podstawowymi metodami leczenia były psychoedukacja, terapia grupowa oraz treningi zapobiegania nawrotom (32). Leczenie uzależnienia od alkoholu zostało uzupełnione terapią innych zaburzeń emocjonalnych oraz treningami rozwiązywania problemów osobistych w okresie trzeźwienia. W programach terapeutycznych duży nacisk zaczęto kłaść na pomoc terapeutyczną dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu (13). Prawie całkowicie zrezygnowano z leczenia uzależnienia od alkoholu metodami farmakologicznymi (12).

Ustawa z 1982 r. obowiązuje po dziś dzień. Jest ona, wraz z kolejnymi jej nowelizacjami i przypisanymi doń rozporządzeniami poszczególnych ministerstw, głównym aktem prawnym, regulującym politykę społeczną kraju w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi. Ustawa ta określa m.in. zasady organizacji i zakres działania systemu leczenia uzależnień od alkoholu. W dalszej części szczegółowo zostaną omówione najważniejsze z jej zapisów, istotne z perspektywy artykułu.

WYNIKI

Organizacja leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 26 października 1982 r. weszła w życie 13 maja 1983 r. (33). Tym samym jej przepisy zastąpiły uregulowania zawarte we wcześniejszej ustawie z 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu. Opracowaniu projektu ustawy, jak już wspomniano,

towarzyszyło znaczne zainteresowanie opinii społecznej, wyrażające się w szerokiej i burzliwej dyskusji nad proponowanymi rozwiązaniami. Ścierały się w niej poglądy zwolenników rozwiązań kategorycznych, opowiadających się za częściową prohibicją z poglądami osób negujących potrzebę uregulowań prawnych. Szczególnie ostra polemika toczyła się pomiędzy producentami i handlowcami a przedstawicielami zdrowia publicznego, dążącymi do eliminowania szkodliwych następstw wzrostu spożycia alkoholu w tamtych latach (3, 22).

Ustawa ta zdecydowanie promowała działalność zapobiegawczą. Służyły temu gwarancje w zakresie popierania ruchów i organizacji społecznych, w tym również ruchów wyznaniowych, zajmujących się krzewieniem postaw trzeźwościowych i oddziaływaniem na osoby nadużywające alkoholu. Ustawa nakładała w art. 1 na organy władzy i administracji państwowej m.in. obowiązek podejmowania działań dotyczących przeciwdziałania alkoholizmowi i usuwania następstw nadużywania alkoholu. Do zadań organów, o których mowa, należało ponadto oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom (33).

Realizacja określonych obowiązków w zakresie leczenia wymagała przyjęcia adekwatnej struktury organizacyjnej. Przy Radzie Ministrów powołano wówczas na mocy art. 3 ww. ustawy Komisję ds. Przeciwdziałania Alkoholizmowi. Miała ona charakter organu doradczego i opiniotwórczego dla Rady Ministrów i Prezesa Rady Ministrów. Do jej zadań należała ocena realizacji programów wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi oraz opiniowanie projektów aktów prawnych. Komisja ponadto miała współdziałać z organizacjami społecznymi oraz zapewniać ich udział w opracowywaniu opinii, ocen i wniosków (33).

Ta sama ustawa, na mocy art. 4, wprowadziła, powoływane przez terenowe organy administracji państwowej, lokalne komisje do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi, które miały także wpływ na alkoholowe leczenie odwykowe. Do zadań komisji (w stopniu podstawowym) należało współdziałanie z innymi organami administracji państwowej i organizacjami społecznymi w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, podejmowanie czynności zmierzających do objęcia leczeniem i rehabilitacją osób uzależnionych od alkoholu, udzielanie pomocy tym osobom i członkom ich rodzin oraz kierowanie, w trybie określonym w przepisach ustawy, na badania dotyczące ustalenia uzależnienia od alkoholu. Tryb powoływania, skład i szczegółowy zakres działania komisji określał wówczas w drodze rozporządzenia minister administracji, gospodarki terenowej i ochrony środowiska w porozumieniu z ministrami: sprawiedliwości, spraw wewnętrznych oraz zdrowia i opieki społecznej. Ten sam minister w porozumieniu z ministrami: pracy, płac i spraw socjalnych oraz finansów określał na drodze rozporządzenia zasady finansowania komisji (33, 34, 35).

Ustawa z 1982 r. zawierała odmienne niż poprzednia uregulowania w zakresie leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Leczenie odwykowe, zgodnie z art. 21, miało być organizowane w na zasadzie dobrowolności, co postulowała dotychczas znaczna część środowiska lekarskiego i terapeutycznego. Zachowana jednak została możliwość poddania się obowiązkowi leczenia w stacjonarnych lub niestacjonarnych

zakładach leczenia odwykowego. Warunki te szczegółowo dookreślały przepisy ustawy w ramach artykułów art. 24–36 i przepisy wykonawcze (33, 36).

Przepisy ustawy i rozporządzeń wykonawczych określają, iż zanim zostaną zastosowane ostateczne instrumenty zobowiązania osoby do podjęcia terapii na drodze sądowej (art. 24 – tylko w przypadku stwierdzenia szkód o charakterze społecznym, np. rozkładu życia rodzinnego, demoralizacji nieletnich, uchylania się od pracy czy zakłócania spokoju lub porządku publicznego), winny być przeprowadzone działania motywujące uzależnionego do podjęcia dobrowolnego leczenia. W świetle obowiązującego prawa zobowiązanie nie ma charakteru przymusu prawnego. Przymus może być stosowany jedynie na etapie doprowadzania osoby uzależnionej od alkoholu na badanie przez biegłego, na rozprawę w sądzie i do zakładu leczniczego, wtedy gdy odmawia ona współpracy (art. 28–33). Nie ma jednak możliwości prawnych ani organizacyjnych zatrzymania pacjenta w zakładzie leczenia odwykowego wbrew jego woli. Artykuł 25 ustawy określa, iż do przyjęcia zgłoszenia i wszczęcia postępowania zobowiązana jest gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych właściwa dla miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której dotyczy postępowanie. Obowiązek orzekania w tym przedmiocie mają, na mocy art. 26 ustawy, sądy rejonowe właściwe dla miejsca zamieszkania lub pobytu danej osoby (33, 36, 37, 38, 39, 40).

Ustawa z 26 października 1982 r. przewiduje również, na mocy art. 37–38, obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu w przypadku osób umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. Nadzór nad leczeniem w tych instytucjach sprawuje minister sprawiedliwości, który w porozumieniu z ministrem zdrowia, określa w drodze rozporządzenia zasady i tryb leczenia tej grupy pacjentów (41, 42).

Ponadto ustawa regulowała pracę izb wytrzeźwień, które powołane były wcześniej na mocy ustawy z 1956 r. Stanowiła ona w art. 39, że izby wytrzeźwień są organizowane i prowadzone przez organa administracji państwowej stopnia podstawowego w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców w celu pełnienia funkcji porządkowej, zajmowania się działalnością profilaktyczną, a także udzielania pierwszej pomocy medycznej osobom uzależnionym i inspirowania ich do dalszego leczenia. Warunki doprowadzenia osób nietrzeźwych do izb regulowały trzy kolejne artykuły ustawy, tj. art. 40–42, oraz właściwe rozporządzenia wykonawcze. Zgodnie z tym mogą być doprowadzone do izb osoby nietrzeźwe, które swoim zachowaniem dają powód do zgorzenia w miejscu publicznym lub zakładzie pracy, bądź znajdują się w okolicznościach, stanowiących zagrożenie dla ich własnego zdrowia i życia. Organizację placówek i szczegółowy tryb doprowadzenia tych osób do izb, wraz z opłatami związanymi z doprowadzeniem i pobytem, regulowało rozporządzenie ministra administracji, gospodarki terenowej i ochrony środowiska w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych i ministrem zdrowia i opieki społecznej (43).

Należy jednak podkreślić, że sądowe zobowiązanie do leczenia, leczenie w instytucjach penitencjarnych oraz instytucja izb wytrzeźwień są tu jedynie wyjątkami od zasady dobrowolności, która przyświecała tej ustawie.

Ustawa z 1982 r. określa, że leczenie osób uzależnionych ma być prowadzone w stacjonarnych i niestacjonarnych zakładach lecznictwa odwykowego oraz zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Co istotne, na mocy jej przepisów zagwarantowano osobom uzależnionym od alkoholu bezpłatne leczenie odwykowe w publicznych zakładach służby zdrowia. Na obszarze województwa obowiązek organizacji zakładów lecznictwa odwykowego, domów pomocy społecznej i zakładów pracy chronionej dla osób uzależnionych od alkoholu, a także innych placówek udzielających pomocy osobom nadużywającym alkoholu, powierzono wojewodom lub prezydentom miast stopnia wojewódzkiego (33).

Szczegółowe zasady organizacji, funkcjonowania i rodzaj zakładów lecznictwa odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, a także zasady udziału placówek podstawowej opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi i zasady współdziałania w tym zakresie z instytucjami państwowymi i organizacjami społecznymi miał określać w drodze rozporządzenia minister zdrowia i opieki społecznej. Ten sam minister określał warunki, jakie powinny spełniać zakłady lecznictwa, w tym wraz z ministrem sprawiedliwości definiował regulaminy stacjonarnych zakładów lecznictwa odwykowego i domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. Ostatecznie rok później, ramy prawno-organizacyjne przygotowania służby zdrowia do tych zwiększonych i zmodyfikowanych funkcji stworzyły dwa rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 6 maja 1983 r. Pierwsze rozporządzenie wydano w sprawie zakładów lecznictwa odwykowego i domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz udziału placówek podstawowej opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (44). Drugie rozporządzenie wydano w sprawie regulaminu zakładów lecznictwa odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu (45). Na mocy tych rozporządzeń struktura lecznictwa odwykowego opierała się na zakładach lecznictwa, do których zaliczano: obwodową poradnię odwykową, wojewódzką przychodnię odwykową, oddziały detoksykacyjne, oddziały odwykowe, dzienne lub nocne oddziały odwykowe i ośrodki leczenia odwykowego (44, 45).

W ramach ustawy z 1982 r. wojewodowie i prezydenci miast stopnia wojewódzkiego zobowiązani zostali do tworzenia zakładów lecznictwa odwykowego, ale również domów pomocy społecznej i zakładów pracy chronionej dla osób nadużywających alkoholu. Dla tych osób i ich rodzin przewidziany został system świadczeń o charakterze socjalnym, których organizacją miały w założeniu zajmować się organy administracji państwowej. Ustawa objęła również pomocą społeczną osobę uzależnioną; art. 23 określał, iż osobom poddanym leczeniu odwykowemu udziela się, stosownie do potrzeb, odpowiedniej pomocy w celu przeciwdziałania przyczynom powodującym konieczność takiego leczenia. Pomoc polegała na ułatwieniu zatrudnienia, zapewnieniu czasowego zakwaterowania i świadczeń materialnych. Pomoc ta powinna być, w miarę potrzeby, udzielana również rodzinom osób nadużywających alkoholu (33).

Skuteczne prowadzenie polityki społecznej na każdym odcinku wymaga inwestowania określonych środków materialnych. Nowa ustawa wprowadziła zapis prawny, regulujący kwestię finansowania działań w zakresie rozwiązywania problemów społecznych. W art. 11 przewidywała utworzenie funduszu na wydatki związane z przeciwdziałaniem alkoholizmowi. Ustawa określała, iż środki te pochodzą z budżetu państwa. Przeznaczone miały być w szczególności na leczenie odwykowe i jego rozwój oraz inne formy pomocy dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin. Dodatkowo środki te miały być wykorzystywane w działalności informacyjnej i wychowawczej, kształceniu specjalistów i prowadzeniu badań naukowych nad alkoholem. Stanowiły do 3% wartości sprzedaży w skali rocznej napojów alkoholowych, stosownie do ustalanych programów działania. Rada Ministrów określała co rok wysokość stawki procentowej i wskaźnik wydatków (33).

Ustawa z 1982 r. zapoczątkowała nowy rozdział w lecznictwie odwykowym. Nastawienie na pacjenta zgłaszającego się dobrowolnie pociągało za sobą reorganizację w dotychczasowym systemie placówek lecznictwa odwykowego. W kolejnych dekadach ustawa była wielokrotnie nowelizowana.

Szczególnie istotne zmiany w lecznictwie odwykowym dotyczą organizacji systemu, procesu profesjonalizacji kadry lecznictwa odwykowego oraz standardów świadczonych usług.

Zmiany w organizacji systemu lecznictwa uzależnienia od alkoholu w latach 90.

Pierwsze zmiany w tym względzie, w stosunku do ustawy pierwotnej, wprowadziła nowelizacja z 12 września 1996 r.

Ważną, z perspektywy poruszanej tematyki, zmianę wprowadził art. 4¹1.1, zgodnie z którym zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych powierza się gminom. Do zadań realizowanych w ramach corocznych gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych należało m.in. zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu, udzielanie rodzinom z problemem alkoholowym pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie. Ponadto gminy powinny wspomagać działalność (instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych) służącą rozwiązywaniu problemów alkoholowych. Działania te na mocy kolejnego artykułu (art. 11¹.1) gminy miały finansować z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Taryfikator stawek regulowały poszczególne przepisy ustawy. Rady gmin miały także obowiązek powoływania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, które zastąpiły dotychczasowe terenowe komisje ds. przeciwdziałania alkoholizmowi. W tym przedmiocie zmieniło się jedynie nazewnictwo komisji, gdyż głównym zadaniem nadal pozostały działania zmierzające do zobowiązania osoby uzależnionej od alkoholu do poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego (46).

W ramach tej nowelizacji, dokładnie w art. 23, wprowadzono niezwykle istotny zapis. Dotyczył on objęcia bezpłatnymi świadczeniami zdrowotnymi członków

rodziny osoby uzależnionej. Nowelizacja ta uszczegółowiła zasady udzielania pomocy rodzinom osób uzależnionych od alkoholu. Dotychczas było zapisane w ustawie, iż świadczenia te powinny być udzielane jedynie w miarę potrzeby, a bezpłatny i całkowity dostęp do leczenia miały zapewniony jedynie osoby uzależnione. Na skutek nowelizacji zagwarantowano tej grupie osób darmowe świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia i profilaktyki w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Pomocą tą objęto zarówno osoby dorosłe, jak i dzieci. Dostęp do leczenia w obszarze destrukcji spowodowanej nadużywaniem alkoholu przez członka rodziny był szczególnie widoczny w przypadku najmłodszych. Nowelizacja z 12 września 1996 r. gwarantowała dzieciom osób uzależnionych od alkoholu bezpłatną pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i publicznych poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych. Wprowadzono zapis ustawowy, że pomoc niesiona dzieciom może być udzielana wbrew woli rodziców lub opiekunów, będących w stanie nietrzeźwym (46).

Kolejne ważne zmiany w organizacji systemu leczenia odwykowego wprowadziła nowelizacja ustawy z 24 lipca 1998 r. W ramach nowego art. 22 powołano wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia (WOTUW), będące autonomicznymi jednostkami wykonującymi nie tylko zadania przychodni terapii uzależnień, lecz przede wszystkim koordynującymi działania pozostałych zakładów leczenia odwykowego. W artykule tym był również zapis o obowiązku zarządu województwa do organizacji całodobowych ośrodków leczenia odwykowego. Dotychczas należało to do obowiązków samego wojewody lub prezydenta miasta. Pozostałe zakłady leczenia odwykowego miał organizować starosta (45). Ponadto według nowelizowanego art. 39 ustawy organizacja i prowadzenie izb wytrzeźwień w miastach pow. 50.000 mieszkańców przypadła organom samorządu terytorialnego, zamiast jak dotychczas – organom administracji państwowej. Organizowanie i prowadzenie izb wytrzeźwień przestało być również obowiązkowe. Pozostawiono tę kwestię do decyzji samorządów terytorialnych (47).

Polskie leczenie odwykowe od początku lat 90. podlega procesowi modernizacji programowej. Zmiany dotyczą przede wszystkim organizacji leczenia, jak również odnoszą się do jakości proponowanych programów psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia. Towarzyszy temu intensywny proces podnoszenia kwalifikacji kadry leczenia odwykowego (48, 49). Od lat 90. podstawę prawną dla funkcjonowania leczenia odwykowego w Polsce stanowi – oprócz ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (wraz z późniejszymi tu opisanymi zmianami) – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (50).

W następnych podrozdziałach opisane zostały zmiany w organizacji i jakości leczenia uzależnienia od alkoholu, szczególnie istotne z perspektywy polityki państwa.

Profesjonalizacja kadry leczenia uzależnienia od alkoholu

W pierwotnej ustawie z 1982 r., w art. 6, istniał jedynie zapis, że ministrowie zdrowia i opieki społecznej oraz nauki, szkolnictwa wyższego i techniki, a także oświaty i wychowania zapewniają kształcenie niezbędnej liczby specjalistów z zakresu profilaktyki i leczenia problemów alkoholowych (33). Nie było rozporządzeń wykonawczych dotyczących zasad realizacji tego zapisu. Dopiero w nowelizacji z 12 września 1996 r. art. 22.2 ustawy nakłada na ministra zdrowia i opieki społecznej obowiązek określenia w rozporządzeniu zasad organizacji systemu leczenia odwykowego oraz kwalifikacji personelu placówek udzielających pomocy osobom uzależnionym od alkoholu (46).

Zgodnie z tym zaleceniem, 31 grudnia 1999 r. zostało uchwalone właściwe Rozporządzenie Ministra Zdrowia w zakresie kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu. Rozporządzenie to określiło organizację i kwalifikacje personelu oraz warunki, jakie powinny spełniać zakłady lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu. Ponadto wyznaczyło zasady współdziałania zakładów leczenia odwykowego z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi w zakresie sprawowania opieki nad osobami uzależnionymi. Przedmiotem rozporządzenia był również system kształcenia i edukacji osób pracujących w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu (50).

W rozporządzeniu tym zawarto zapis (art. 18), iż pracownicy zakładów leczenia odwykowego obowiązani są do doskonalenia zawodowego i doksztalcania w zakresie udzielania świadczeń leczniczych osobom uzależnionym i współuzależnionym. Osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia powinny mieć kwalifikacje zawodowe, uzyskane w specjalistycznych programach szkoleniowych terapii uzależnień, potwierdzone certyfikatem specjalisty terapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień. Zasady organizacji tych programów szkoleniowych oraz system wydawania certyfikatów opracowuje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii (IPiN). W kwestii dostosowywania kwalifikacji personelu do potrzeb leczenia odwykowego zakłady opieki zdrowotnej współdziałają z PARPA, pełnomocnikiem zarządu województwa ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz z organami jednostek samorządu terytorialnego (50).

Na podstawie tego rozporządzenia został opracowany przez wspomniane instytucje „Program potwierdzania kwalifikacji zawodowych osób prowadzących psychoterapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia” (51). W programie tym przewidziano 5 etapów szkolenia. Pierwszy i drugi etap szkolenia to kursy.

Etapy procesu kształcenia pracowników leczenia odwykowego

- I. Studium Pomocy Psychologicznej SPP
- II. Studium Terapii Uzależnień STU

III. Zajęcia stażowe w placówkach leczenia odwykowego STAŻ

IV. Zajęcia superwizyjne SUPERWIZJA

V. Egzamin kwalifikacyjny CERTYFIKAT

Etap I to minimum 220-godzinny kurs Studium Pomocy Psychologicznej (SPP), obejmujący naukę podstawowych umiejętności profesjonalnego udzielania pomocy psychologicznej oraz pracę własną w ramach psychologicznych treningów interpersonalnych i treningów intrapsychicznych. Etap II to minimum 350-godzinne szkolenie Studium Terapii Uzależnienia (STU), w ramach którego kursanci zdobywają wiedzę i praktyczne umiejętności dotyczące diagnostyki i prowadzenia terapii uzależnienia i współuzależnienia. W trakcie STU uczestnicy zapoznają się także z wiedzą z dziedziny psychoterapii, psychopatologii i psychologii osobowości. Kolejny etap szkolenia to: 80-godzinny staż kliniczny realizowany w wiodących placówkach leczenia odwykowego, którego celem jest czynna obserwacja i samodzielne wykonanie działań diagnostycznych i terapeutycznych w pracy z pacjentem uzależnionym od alkoholu. Etap IV szkolenia – superwizja kliniczna, w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin dydaktycznych, odbywa się pod kierunkiem doświadczonych terapeutów uzależnień, monitorujących pracę terapeutyczną szkolącego się. Elementem kończącym zasadniczy proces szkolenia jest egzamin kwalifikacyjny, w wyniku którego uzyskuje się, w zależności od posiadanego wykształcenia, certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnienia lub instruktora terapii uzależnienia. Nad całością procesu kwalifikacyjnego miała czuwać Rada ds. Potwierdzania Kwalifikacji Zawodowych Osób Prowadzących Terapię Uzależnienia i Współuzależnienia. Radę powołał dyrektor PARPA w porozumieniu z dyrektorem IPiN. Podstawowe kompetencje tej rady to m.in. akredytacja programów szkoleniowych.

Program potwierdzania kwalifikacji zawodowych osób prowadzących psychoterapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia funkcjonował bez większych zmian do roku 2006. W związku z wejściem w życie ustawy o zawodzie psychologa 1 stycznia 2006 r. i z obawami, że większość specjalistów niebędących psychologami utraci prawo do wykonywania zawodu, rozszerzono program w wymiarze czasowym i treściowym, tak by jeszcze wyraźniej wzmocnić kwalifikacje personelu placówek leczenia odwykowego. Istotne było również ujednoczenie zawartości merytorycznej programu szkoleniowego oraz powierzenie realizacji poszczególnych etapów szkolenia różnym podmiotom szkolącym. Zmiany te podyktowane były również koniecznością dostosowywania programu certyfikacji do innych programów kształcenia psychoterapeutów.

Ponadto w zakresie pogłębiania kwalifikacji, właściwe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1999 r. wraz z późniejszymi zmianami określa, iż w celu podnoszenia kwalifikacji personelu leczenia odwykowego, zgodnie z art. 6.3, przychodnie terapii uzależnienia i współuzależnienia mają prawo do organizacji staży i szkoleń doskonalących dla tej grupy personelu. Działalność szkoleniowa musi być monitorowana w porozumieniu z kierownikiem właściwego WOTUW. Ponadto, na mocy art. 5.1, WOTUW mają obowiązek inicjować i prowadzić działania pod-

noszące kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w lecznictwie odwykowym oraz osób współdziałających z zakładami leczenia odwykowego w zakresie realizacji zadań programowych, w tym ich zadaniem jest organizowanie staży i szkoleń. W rozporządzeniu określono również (art. 16.1, art. 16.4), że wszystkie zakłady leczenia odwykowego współpracują z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytutem Psychiatrii i Neurologii, Instytutem Psychologii Zdrowia oraz kierownikiem właściwego WOTUW, m.in. w sprawie wdrażania standardów i procedur terapeutycznych oraz podnoszenia kwalifikacji personelu (50).

Ważnym dokumentem regulującym kwestię kwalifikacji personelu są także Standardy Świadczeń Usług Zdrowotnych w Lecznictwie Odwykowym, składające się z dwóch części. Część A została opracowana przez PARPA i Ministerstwo Zdrowia, część B przez PARPA oraz IPiN. Standardy określają zakres uprawnień pracowników leczenia odwykowego. Nie mają charakteru aktów prawnych, są jedynie zbiorem wytycznych, przygotowanych w celu podniesienia jakości świadczonych usług terapeutycznych. W ramach tych wytycznych, dla przychodni i poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia określono, że świadczenia wstępne (badania lekarskie i badanie uzależnienia) mogą być udzielane przez osoby z wykształceniem specjalistycznym (tj. psychiatra, psycholog, specjalista terapii uzależnień), a wielokrotnie przez specjalistów i instruktorów terapii uzależnień (wyjątek stanowi terapia indywidualna osób uzależnionych i współuzależnionych, którą mogą prowadzić jedynie specjaliści). Czynności pielęgniarские wykonuje pielęgniarka, konsultacje lekarskie – lekarz psychiatra, a wywiady i interwencje socjalne – pracownik socjalny. Ponadto standardy te określają charakter zatrudnienia (wymiar zatrudnienia w etatach) oraz podstawowe pomieszczenia i wyposażenie wchodzące w skład poradni. Część B, rozszerzenie tych standardów, przewiduje następujące kategorie personelu zakładów leczenia odwykowego: specjalista terapii uzależnienia i współuzależnienia, instruktor terapii uzależnienia, lekarz, średni personel medyczny oraz personel pomocniczy.

Proces potwierdzania kwalifikacji zawodowych personelu leczenia odwykowego rozpoczęto w 1999 roku. Docelowo wszyscy terapeuci są zobowiązani do posiadania certyfikatu specjalisty lub instruktora terapii uzależnienia i współuzależnienia. Dane PARPA pokazują, iż wśród personelu zatrudnionego w zakładach leczenia odwykowego na przestrzeni lat można zaobserwować istotne zmiany w strukturze zawodowej. Wobec zmniejszania się liczby zadań typowo medycznych, a zwiększania świadczeń psychoterapeutycznych, profesje takie jak: lekarz, pielęgniarka i psycholog zostały uzupełnione o inne kategorie zawodowe – specjalista terapii uzależnień oraz instruktor terapii uzależnień.

Specjalistą terapii uzależnień może zostać osoba, która odbędzie proces certyfikacji i ma wykształcenie wyższe medyczne lub wyższe na kierunkach: psychologia, pedagogika, resocjalizacja, socjologia, nauki o rodzinie lub teologia. Do zadań specjalisty, określonych na podstawie wspomnianych Standardów Świadczeń Usług Zdrowotnych, należy opracowanie diagnozy problemowej i przygotowanie

planu terapii, tzw. Osobistego Planu Terapii oraz jego monitoring. Ponadto specjalista prowadzi indywidualne i grupowe zajęcia z zakresu psychoterapii.

Instruktorzy terapii uzależnień realizują zadania o charakterze motywacyjnym oraz prowadzą terapię grupową na etapie Podstawowego Programu Uzależnień. Nadzorują oni również przebieg zajęć grupowych, w ramach których pacjenci wykonują przydzielone im zadania, składające się na Osobisty Plan Terapii. Instruktorzy terapii uzależnień muszą mieć minimum średnie wykształcenie lub wyższe w dziedzinie innej niż wymagane w przypadku specjalisty. W praktyce instruktorzy w polskim leczeniu odwykowym rekrutują się z dwóch grup. Są to byli pacjenci, którzy mają za sobą własną terapię z zakresu uzależnienia oraz przeszli odpowiednie szkolenia zawodowe. Druga część instruktorów to często pielęgniarki, które nabyły odpowiednie kwalifikacje na drodze szkoleń. Ogółem od osób uzależnionych, chcących zostać terapeutami uzależnień, wymagany jest okres utrzymywania abstynencji minimum 5 lat. Dopiero po takim czasie możliwa jest specjalizacja w zakresie pomocy innym osobom uzależnionym (52, 53).

Konsekwencją ustawowego uregulowania trybu kształcenia personelu lecznictwa odwykowego jest przede wszystkim wzmocnienie procesu profesjonalizacji tej grupy zawodowej i podnoszenie tym samym jakości świadczonych usług. Z drugiej strony, należy jednak mówić o pewnym ujednoczeniu kształcenia pracowników lecznictwa odwykowego i braku możliwości wyboru w tym obszarze. Podstawową koncepcją, na której opiera się program kształcenia jest integracyjna teoria uzależnień autorstwa Mellibrudy oraz model psycho-bio-społeczny uzależnienia (54). Dotychczas tylko jeden podmiot, Instytut Psychologii Zdrowia, miał uprawnienia do prowadzenia szkolenia SPP i STU. Dopiero w 2006 r. PARPA udzieliła akredytacji innym podmiotom szkolącym.

Standardy świadczonych usług terapeutycznych w leczeniu uzależnienia od alkoholu

Pierwszym istotnym zapisem w odniesieniu do standardów i jakości usług świadczonych w placówkach lecznictwa odwykowego była nowelizacja z 12 września 1996 r. ustawy o wychowaniu w trzeźwości, która nałożyła na ministra zdrowia i opieki społecznej obowiązek określenia, w drodze rozporządzenia, nie tylko kwalifikacji personelu placówek udzielających pomocy osobom uzależnionym, lecz także zasad funkcjonowania i rodzaju zakładów lecznictwa odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. Ponadto rozporządzenie to miało opisywać zasady udziału placówek podstawowej opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz zasady współdziałania w tym zakresie z instytucjami państwowymi i organizacjami społecznymi (46).

Rozporządzenie to zostało wydane 31 grudnia 1999 r. W swoich przepisach określiło, iż zakłady lecznictwa odwykowego realizują programy psychoterapii uzależnień i współuzależnień, oraz udzielają indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych osobom uzależnionym od alkoholu

i członkom ich rodzin. Ponadto zakłady lecznictwa odwykowego prowadzą dokumentację medyczną oraz sprawozdawczość określoną w odrębnych przepisach (50). Na mocy art. 3 rozporządzenia zdefiniowano także zakres udzielanej pomocy. Zgodnie z tym świadczenia zapobiegawczo-lecznicze obejmują: działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia lub współuzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych, a także postępowanie medyczne w przedmiocie leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych i oddziaływań farmakologicznych wspomagających psychoterapię uzależnień (50).

Rozporządzenie określa, że podstawową formą leczenia uzależnień jest psychoterapia. Zgodnie z art. 2 poprzez psychoterapię uzależnienia i współuzależnienia rozumie się indywidualne i grupowe oddziaływania psychologiczne. W przypadku pacjentów uzależnionych są one ukierunkowane na zmianę patologicznych mechanizmów uzależnień oraz uczenie umiejętności potrzebnych do utrzymania abstynencji.

W odniesieniu do osób współuzależnionych art. 3 rozporządzenia określa, że psychoterapia obejmuje oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na usunięcie lub złagodzenie zaburzeń funkcjonowania, które powstały wskutek przewlekłego stresu związanego z życiem w rodzinie z osobą uzależnioną od alkoholu. Ponadto w rozporządzeniu określono, czym są świadczenia rehabilitacyjne (art. 4); obejmują one oddziaływania psychospołeczne i pomocnicze medyczne, ukierunkowane na przywrócenie osobie uzależnionej zdolności funkcjonowania społecznego (50).

Rozporządzenie dookreśla strukturę zakładów lecznictwa odwykowego oraz ich obowiązki. Do zakładów lecznictwa odwykowego wlicza się: wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (WOTUW), przychodnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradnie dla osób z problemami uzależnienia, oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu, dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu oraz ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu (50).

Szczegółowe obowiązki zakładów lecznictwa odwykowego zostały rozpisane zgodnie z tą strukturą. Do zadań powoływanych w 1996 r. WOTUW należy: wykonywanie zadań przychodni terapii w przedmiocie uzależnienia, udzielanie konsultacji specjalistycznych dla zakładów lecznictwa odwykowego oraz koordynowanie pracy zakładów lecznictwa odwykowego na terenie województwa. Zadania przychodni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia to realizacja programów psychoterapii, udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych w pełnym zakresie, świadczeń rehabilitacyjnych. Zadania poradni dla osób z problemami alkoholowymi to realizacja programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu, udzielanie świadczeń zapobiegawczo-leczniczych oraz prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin osób uzależnionych. Do obowiązków oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych należy udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób uzależnionych od alkoholu oraz prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych

w zakresie motywowania pacjentów do podjęcia psychoterapii. Do zadań całodobowego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu oraz dziennego oddziału terapii uzależnienia należy: realizacja programu psychoterapii uzależnienia od alkoholu, udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób uzależnionych, prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin osób uzależnionych oraz przygotowanie pacjenta kończącego Podstawowy Program Terapii Uzależnień (PPTU) do kontynuowania terapii w programie ambulatoryjnym (50).

Rozporządzenie określa w art. 12, że w zakładach lecznictwa odwykowego zapewnia się wyposażenie i pomieszczenia niezbędne do realizacji programu psychoterapeutycznego. Warunki udzielania świadczeń zapobiegawczo-leczniczych opracowywane są przez PARPA i IPiN w ramach Standardów Świadczeń Usług Zdrowotnych w Lecznictwie Odwykowym (50). Standardy te określają zadania przychodni/poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu, do których należy diagnostyka i leczenie osób z zespołami uzależnienia od alkoholu oraz orzecznictwo w tym przedmiocie. Oprócz tego wymienione zostały w nich kategorie pacjentów, którzy mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych w placówkach lecznictwa odwykowego oraz jednostki chorobowe diagnozowane i/lub leczone w placówkach. Ponadto zdefiniowane zostały również kolejne etapy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w stosunku do osób uzależnionych i współuzależnionych (55).

Standardy określają, że postępowanie diagnostyczno-medyczne w stosunku do osoby uzależnionej powinno trwać ok. 4 godzin. W ramach badania lekarskiego i psychologicznego następuje rozpoznanie fazy uzależnienia oraz podstawowych problemów życiowych pacjenta. Postępowanie diagnostyczne obejmuje także motywowanie do terapii, zawarcie kontraktu terapeutycznego w sytuacji zaistnienia obopólnej zgody między pacjentem a terapeutą oraz ewentualne konsultacje specjalistyczne z innymi profesjonalistami.

Podstawowy Program Terapii Uzależnienia (PPTU) trwa średnio w warunkach ambulatoryjnych 6 miesięcy, zaś pogłębiona psychoterapia, tzw. Ponadpodstawowy Program Terapii Uzależnienia (PNPTU), trwa ok. 12 miesięcy. W obu wersjach dominującą formą psychoterapii jest terapia grupowa. Zgodnie ze standardami powinna trwać 150 godzin. W przypadku terapii indywidualnej liczba zalecanych godzin wynosi 10. Standardy te w przedmiocie psychoterapii w wymiarze podstawowym zalecają indywidualne planowanie terapii, w ramach której umożliwi się pacjentowi rozpoznanie swojego uzależnienia i skutków choroby. Przedmiotem terapii powinna być także akceptacja tożsamości osoby uzależnionej. Program terapii uzależnienia powinien obejmować również naukę doraźnych sposobów powstrzymania się od picia, pracę nad mechanizmami uzależnienia, trening zapobiegania nawrotom i planowanie własnego procesu zdrowienia. W ramach terapii przewidziane jest także farmakologiczne wspieranie utrzymywania abstynencji. Pogłębiona wersja psychoterapii obejmuje pracę nad rozpoznawaniem i usuwaniem zaburzeń emocjonalnych, zagrażających abstynencji oraz trenowanie konstruktywnych umiejętności, służących dalszemu zdrowieniu i readaptacji społecznej.

W standardach uwzględnione są warunki prowadzenia psychoterapii dla osób współuzależnionych. Rozpoczęcie terapii powinno być poprzedzone postępowaniem diagnostycznym trwającym ok. 4 godziny – badanie lekarskie i psychologiczne z elementami motywowania do terapii. Podstawowa terapia współuzależnienia trwa 85 godzin, czyli ok. 6 miesięcy, w tym przewiduje się 75 godzin terapii grupowej i 10 – terapii indywidualnej. Program ten obejmuje działania psychoedukacyjne dotyczące medycznych i psychologicznych aspektów uzależnienia i współuzależnienia, rozpoznawanie wpływu uzależnienia na sytuację osobistą i rodzinną, pracę nad wglądem w zakresie własnego wzorca współuzależnienia i jego zmian. Ważnym elementem programu jest także udzielanie wsparcia psychologicznego. Z kolei wersja pogłębiona terapii współuzależnienia trwa 36 godzin i realizowana jest w okresie 3 miesięcy. Jej istotą jest praca nad osobistymi problemami emocjonalnymi oraz nauka umiejętności psychologicznych, interpersonalnych i społecznych ważnych z perspektywy procesu zdrowienia.

Jakość leczenia w zakładach lecznictwa odwykowego to także określone warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. Wspomniane standardy precyzują minimalne wymagania w tym względzie, np. że sale do terapii grupowej powinny mieć powierzchnię ok. 20 m². Istotne jest, aby w placówce istniały określone pomieszczenia zapewniające możliwości udzielania świadczeń: gabinety terapii indywidualnej, gabinet lekarski, pomieszczenie recepcyjne oraz zaplecze sanitarne. Każda jednostka leczenia ambulatoryjnego musi być wyposażona w podstawowy sprzęt do zabiegów pielęgnacyjnych i diagnostycznych, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, testy psychologiczne oraz alkomat (55, 56).

Standardy Udzielania Świadczeń Zdrowotnych w Lecznictwie Odwykowym dotyczą jedynie świadczeń refundowanych w ramach działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, nie odnoszą się one do sektora niepublicznej służby zdrowia, niekontraktującego świadczeń w NFZ.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Polityka społeczna w zakresie leczenia osób uzależnionych przeszła w ciągu 25 lat znaczącą transformację, która związana była przede wszystkim ze zmianą w postrzeganiu alkoholizmu. Na przestrzeni lat można zaobserwować, że problem ten przestał być ujmowany w kategoriach patologii, a zaczął być definiowany jako choroba. Naturalną konsekwencją tej zmiany było odejście od działań represyjnych wobec osób uzależnionych na rzecz ich leczenia. Ustawa z 1982 r. wprowadziła zasadę dobrowolności leczenia i był to pewien przełom w myśleniu o leczeniu tej grupy pacjentów. Wcześniej do lecznictwa częściej trafiali pacjenci tzw. przymusowi, słabo zmotywowani, wobec których – oprócz terapii disulfiramem – podejmowano głównie działania o charakterze resocjalizacyjnym. Zmiany w postrzeganiu alkoholizmu oraz nowa kategoria pacjenta wymagała reorganizacji systemu leczenia, a wraz z tym – wyznaczenia nowych kierunków w terapii. Kolejne

rozporządzenia do ustawy tworzyły warunki do zwiększenia dostępności leczenia, rozwoju bogatszej oferty leczniczej, lepszego przygotowania profesjonalnego kadry oraz poprawy jakości oferowanych usług. Szczegółowo uregulowano w nich strukturę zakładów lecznictwa odwykowego i przypisane im obowiązki. Wprowadzone zapisy oznaczały jednocześnie początek procesu wyrównywania standardów i jakości leczenia w poszczególnych zakładach lecznictwa odwykowego.

Dzięki znowelizowanym przepisom ustawy pomocą zostały objęte nie tylko osoby uzależnione, ale również ich rodziny. Dzieciom osób uzależnionych od alkoholu zagwarantowano bezpłatną pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną. Ponadto rozszerzono ofertę terapeutyczną również na osoby współuzależnione.

Ustawa zagwarantowała także świadczenia z zakresu pomocy społecznej osobom uzależnionym, w tym w szczególności: pomoc w znalezieniu zatrudnienia, zapewnienie czasowego zakwaterowania i świadczeń materialnych. Pomoc ta, według ustawy, powinna być w miarę potrzeby zapewniona również rodzinom osób nadużywających alkoholu.

Istotnym wydarzeniem z punktu widzenia rozwoju lecznictwa odwykowego było powołanie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). Do jej obowiązków należało m.in. opracowywanie Narodowego Programu Profilaktyki, obejmującego również zadania mające na celu zwiększenie skuteczności i dostępności lecznictwa odwykowego. Kolejnym krokiem w kierunku zwiększenia jakości lecznictwa było powołanie wojewódzkich ośrodków terapii uzależnienia i współuzależnienia (WOTUW), będących autonomicznymi jednostkami pełniącymi nie tylko rolę przychodni terapii uzależnień, lecz przede wszystkim koordynującymi pracę pozostałych zakładów lecznictwa odwykowego na terenie województwa.

Powołanie tych instytucji sprawiło, że dostępność i jakość oferty leczniczej, a także przygotowanie profesjonalne osób udzielających pomocy podlegały stałym przemianom.

Ważną zmianą w polskim lecznictwie uzależnienia od alkoholu, ściśle związaną z reorganizacją struktury lecznictwa, jest zapoczątkowany w latach 90. proces profesjonalizacji kadry i ujednoczenia programu kształcenia osób pracujących w lecznictwie odwykowym. W tym zakresie istotne wydaje się również opracowanie ujednoczonych standardów świadczonych usług oraz postępującą ich specjalizację dla coraz bardziej zróżnicowanych grup odbiorców (uzależnieni, współuzależnieni, DDA). Zmiany te mają przełożenie praktyczne. Ich wprowadzenie oznaczało dla pacjentów większą dostępność leczenia oraz bardziej dopasowaną do ich indywidualnych potrzeb ofertę programową. Pacjenci, przynajmniej teoretycznie, wiedzieli czego mogą się spodziewać podczas leczenia, gdyż procedury i standardy zostały ujednoczone i opisane dla wszystkich typów placówek. Można to zaliczyć niewątpliwie do korzyści, które pacjenci odnieśli ze zmian, jakie zaszły w lecznictwie.

Z drugiej strony, zmiany te mają również negatywny wymiar, gdyż praktycznie pozbawiają pacjenta wyboru różnych form terapii. We wszystkich ośrodkach oferta jest bardzo podobna, a terapeuci do niedawna byli kształceni według tego samego

programu kwalifikacji zawodowych. Trudno więc mówić o rzeczywistym zróżnicowaniu oferty leczenia odwykowego. Ponadto od lat 90. można obserwować w Polsce postępujący proces demedykalizacji w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu na rzecz usług psychoterapeutycznych i psychologicznych. Wydaje się, że tak jednostronny model oddziaływań w praktyce uniemożliwił pacjentom korzystanie z metody leczenia, jaką jest połączenie psychoterapii z farmakoterapią.

Opisane powyżej zmiany pokazują, że w ramach polityki prowadzonej w latach 1982–2005, dotyczącej leczenia uzależnienia od alkoholu, w Polsce podjęto wiele ważnych wyzwań. Jak się wydaje, głównym atutem tej polityki było to, że starano się iść z duchem czasu, a wprowadzane zmiany sprawiały, że podjęcie leczenia stało się mniej stygmatyzujące i bardziej dostępne. Co ważne – położono nacisk na dobrowolność leczenia oraz zwrócono uwagę na fakt, że problem alkoholowy dotyczy nie tylko osób uzależnionych, ale również członków ich rodzin.

Ważnym elementem polityki wobec alkoholu w tych latach była decentralizacja systemu leczenia odwykowego poprzez powierzenie wielu zadań, związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych, organom samorządowym. Zabieg ten dał przynajmniej szansę na lepsze dopasowanie oferty leczniczej do potrzeb danej społeczności lokalnej. Dużą zasługą jest również podjęcie działań w dziedzinie poprawy jakości świadczonych usług. Natomiast do słabości polityki społecznej w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu należy brak zewnętrznej ewaluacji usług leczniczych.

W prezentowanym artykule przedstawiono wyniki analizy aktów prawnych dotyczących zmian, jakie w latach 1982–2005 zaszły w polskim leczeniu odwykowym. Scharakteryzowano organizację systemu leczenia odwykowego, jakość i rodzaj świadczonych usług oraz proces kształcenia pracowników. Pominęto szczegółowe kwestie związane z jego finansowaniem i zasady kontraktowania świadczeń leczniczych w ramach NFZ. W artykule pominęto również kwestię niepublicznej służby zdrowia, stanowiącej uzupełnienie usług w zakresie leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Wynika to z braku specyficznych aktów prawnych oraz znikomej liczby materiałów, opisujących działalność tego sektora służby zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Godwod-Sikorska C (1992) Lecznictwo odwykowe w Polsce. Diagnostyka i kierunki reform. *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 39–62.
2. Mellibruda J (1992) O programach intensywnej terapii uzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 29–38.
3. Moskalewicz J (1998) *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944–1982*. Warszawa: PARPA.
4. Żmudzki A, Morawski J (1983) 25 lat przymusowego leczenia alkoholików w Polsce. *Psychiatria Polska*, 17, 147–157.
5. Batawja S (1951) *Spoleczne skutki nałogowego alkoholizmu*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

6. Frieske K (1993) Ideologiczne przesłanki polityki społecznej wobec alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 13, 46–56.
7. Świącicki A (1968) *Alkohol: zagadnienia polityki społecznej*. Warszawa: Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy.
8. Staniaszek M (1992) Aktualny model leczenia odwykowego i rola izb wytrzeźwień w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 63–100.
9. Jaroszewski Z, Bartoszevska D, Karewicz Z (1975) *Alkoholowe zaburzenia psychiczne w odwykowej opiece zdrowotnej 1956–1972*. Warszawa: Instytut Psychoneurologiczny, ZOZ.
10. Chečko A (1984) *Zarys podstaw prawnych polityki przeciwalkoholowej w latach 1959–1982*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
11. Dąbrowski S, Piotrowski A (1979) Przymusowe leczenie. *Problemy Alkoholizmu*, 2, 5–7.
12. Habrat B (1994) Leki stosowane w leczeniu uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 1 (15), 7–14.
13. Woronowicz BT (2008) *Na zdrowie. Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*. Warszawa: PARPA Media.
14. Moskalewicz J, Świątkiewicz G (1989) Deviants in a deviant institution: a case study of a Polish alcohol treatment hospital. *Contemporary Drug Problems*, Summer, 157–176.
15. Lisowska J, Żakowska-Dąbrowska T, Twardowska J, Wiśniewska C, Zielińska M (1973) Ocena skuteczności leczenia odwykowego alkoholików w warunkach zamkniętych. *Problemy Alkoholizmu*, 6, 7–8.
16. Rachowski A (1972) Przebieg i skuteczność leczenia odwykowego alkoholików w świetle badań katamnesticznych. *Problemy Alkoholizmu*, 12, 3–5.
17. Rachowski A (1973) Przebieg i skuteczność leczenia odwykowego alkoholików w świetle badań katamnesticznych. *Problemy Alkoholizmu*, 1, 7–10.
18. Frieske K, Sobiech R (1984) *Pijaństwo: interpretacje problemu społecznego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
19. Kepiński A (2003) *Psychiatria humanistyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie.
20. Morawski J, Świątkiewicz G, Sobczyk E (1992) Stan ambulatoryjnego leczenia odwykowego. *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 101–120.
21. www.anonimowi-alkoholicy.org.pl (www.anonimowi-alkoholicy.org.pl/aa_historia.html)
22. Moskalewicz J, Sierosławski J (1986) Zróżnicowanie spożycia alkoholu w Polsce w latach 80-tych. *Problemy Medycyny Społecznej*, 8, 252–255.
23. Wald I, Kulisiewicz T, Morawski J, Bogusławski A (1981) *Raport o problemach polityki w zakresie alkoholu*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
24. Morawski J (1986) *Założenia i perspektywy rozwoju klubów abstynenckich w Polsce. Programy środowiskowe w leczeniu odwykowym*. PTP, 63–74.
25. Świątkiewicz G (1992) Self-help abstainer clubs in Poland. *Contemporary Drug Problems*, Winter, 667–687.
26. Świątkiewicz G, Morawski J (1992) Samopomocowe kluby abstynenckie. *Alkoholizm i Narkomania*, 9, 25–42.
27. Świątkiewicz G, Zieliński A (1998) Alcoholics Anonymous in Poland. W: *Diversity in Unity. Studies of Alcoholics Anonymous in Eight Societies*, Helsinki: NAD PUBLICATION, 33, 149–164.
28. Zieliński A (1992) Reguły rozmowy na mitingach AA. *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 159–176.
29. Zieliński A (1994) Nadużywanie alkoholu i alkoholizm w Polsce. Rozmiary, terapia i rehabilitacja. W: Kiwierski J, Ostrowska A (red.) *Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób o poszczególnych rodzajach niepełnosprawności*. Warszawa: IFiS PAN, 276–294.
30. Świątkiewicz G, Woronowicz B (1995) *Transformation of alcohol treatment in Poland during the time of transition*. Maszynopis.
31. Żmudzki A (1981) *Koncepcje niesprawności związanych z alkoholem i zespołu uzależnienia od alkoholu*. Maszynopis.

32. Woronowicz B (red.) (1997) *Raport o stanie leczenia odwykowego w Polsce za lata 1994/1995*. Warszawa: PARPA.
33. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz.U. 1982 nr 35, poz. 230.
34. Rozporządzenie Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie trybu powoływania, składu i szczegółowego zakresu działania komisji do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 107.
35. Rozporządzenie Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad finansowania komisji do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 108.
36. Wald I, Moskalewicz J (1987) From compulsory treatment to the obligation to undertake treatment: conceptual evolution in Poland. *Contemporary Drug Problems*, Spring, 39–50.
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie trybu powoływania biegłych, zasad sporządzania opinii oraz warunków i sposobu dokonywania badań w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 116.
38. Rozporządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczone zostały obowiązki poddania się leczeniu odwykowemu. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 110.
39. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 11 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu przymusowego doprowadzania przez Milicję Obywatelską osób nadużywających alkoholu. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 106.
40. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu sprawowania kontroli legalności skierowania i przebywania w stacjonarnych zakładach leczniczych i domach pomocy społecznej osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, oraz warunków, w jakich te osoby przebywają. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 111.
41. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu, umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 112.
42. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu postępowania w przedmiocie leczenia odwykowego osób umieszczonych w zakładach karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 113.
43. Rozporządzenie Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie trybu doprowadzenia osób w stanie nietrzeźwości, organizacji izb wytrzeźwień i zakresu opieki zdrowotnej oraz opłat związanych z doprowadzeniem i pobytem w izbie wytrzeźwień lub jednostce Milicji Obywatelskiej. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 109.
44. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie zakładów leczenia odwykowego i domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz udziału placówek podstawowej opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 114.
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie regulaminów stacjonarnych zakładów leczenia odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu. Dz.U. 1983 nr 25, poz. 115.
46. Ustawa z dnia 12 września 1996 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz.U. 1996 nr 127, poz. 593.
47. Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa. Dz.U. 1998 nr 106, poz. 668.
48. Mellibruda J (1993) Potrzeby polityki społecznej w zakresie problemów alkoholowych a kierunki dalszych badań naukowych. *Alkoholizm i Narkomania*, 1993, 13, 5–16.
49. Zieliński A, Woronowicz B, Woydyło E (1992) Stan stacjonarnego leczenia odwykowego. *Alkoholizm i Narkomania*, 10, 121–138.

50. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu. Dz.U. 1999 nr 3, poz. 44.
51. www.parpa.pl (http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=category§ionid=1&id=4&Itemid=9)
52. Morawski J, Świątkiewicz G, Sobczyk E (1991) *Projekt norm zatrudnienia i wyposażenia lecznictwa odwykowego*. Maszynopis.
53. Morawski J, Świątkiewicz G, Sobczyk E (1991) Projekt norm zatrudnienia i wyposażenia lecznictwa odwykowego. W: Kulka Z (red.) *Projekt norm zatrudnienia i wyposażenia poradni i oddziałów odwykowych oraz izb wytrzeźwień*. Raport dla Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1–17.
54. Mellibruda J (2006) *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
55. PARPA (1999) *Standardy świadczenia usług zdrowotnych w lecznictwie odwykowym. Wersja podstawowa i rozszerzona*. Maszynopis.
56. Zieliński A, Woronowicz B, Woydyło E (1991) Normy zatrudnienia, pomieszczeń i wyposażenia dla oddziałów odwykowych i detoksykacyjnych. W: Kulka Z (red.) *Projekt norm zatrudnienia i wyposażenia poradni i oddziałów odwykowych oraz izb wytrzeźwień*. Raport dla Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1–53.

Adres do korespondencji

Ewa Miturska

Zakład Badań nad Alkoholizmem

i Toksykomaniami

Instytut Psychiatrii i Neurologii

ul. Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa

e-mail: miturska@ipin.edu.pl

otrzymano: 30.09.09

przyjęto do druku: 30.11.09