

Králora P - Mixová R: Stav ve věci léčby a doléčování závislých na alkoholu

V poslední době odborníci stále častěji poukazují na nedobrý stav v oblasti zajištění péče o závislé na alkoholu.

Mapovali jsme tuto problematiku ve spádovém regionu PL Kosmonosy a předkládáme své poznatky a zkušenosti s léčbou závislých na alkoholu formou ústavní i ambulantní

Jsou diskutována pozitiva a nedostatky v poskytování péče a možnosti zlepšení stavu



- Spotřeba alkoholu v České republice od roku 1990 stoupala a v posledních letech činí průměrná spotřeba v přepočtu na 100 % alkohol téměř 10 litrů na jednoho obyvatele za rok. Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů /abusus/ se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen /1/.
- Odhadovaný počet osob závislých na alkoholu je přibližně 100 tisíc /2/.
- V průmyslově vyspělých zemích představují lidé závislí na alkoholu 30 - 40 % z celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení, v naší zemi jsou tato čísla v některých psychiatrických léčebnách ještě vyšší /1/.
- Současný stav hodnotí odborníci jako nedobrý i v oblasti zajištění dostupné a účinné léčby /3/.

- Specializovanou ambulantní lékařskou péči u nás do roku 1992 zajišťovala celostátní síť zdravotnických zařízení s jednotnou náplní a názvem ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí. Jejich počet v České republice byl 160 a zajišťoval dostupnost této specializované zdravotnické služby. Reorganizační změny, zejména privatizace ambulantních služeb, vedly k tomu, že většina lékařů /privátních psychiatrů/ se přestala touto problematikou zabývat z nejrůznějších důvodů, zejména pro obtížnost práce a nedostatečné finanční ocenění. Malá dostupnost ambulantní péče a nedostatky v jejím poskytování pochopitelně zvyšují tlak na jiná, zejména lůžková zařízení nebo vedou k tomu, že se řada pacientů do léčby vůbec nedostane / 5 / .

- Vypadl /oslabil/ se tak mezičlánek, který měl péči zprostředkovat a koordinovat. Stát se tomu nijak nebránil a nesnažil se stav změnit /2
- Na rozdíl od nejrůznějších typů nestátních, případně soukromých institucí pro drogovou problematiku /klientelu/, neexistuje u nás dosud žádné takové specializované zařízení pro alkoholiky. Hlavní tíže péče o pacienty závislé na alkoholu tak leží na bedrech státních /obecních/ zdravotnických institucí. Rovněž tak léčba psychických i somatických komplikací /následků/ alkoholismu /1/.

Plány, programy a koncepce

- Evropský akční plán o alkoholu 2000 - 2005 doporučuje všem zemím Evropského regionu zajistit dostupnou a účinnou léčbu pro osoby / včetně jejich rodin / počínaje těmi, kdo konzumují alkohol nebezpečně nebo škodlivě, až po ty, kdo jsou na něm závislí. K dosažení těchto cílů doporučuje vytvořit komplexní systém léčby odpovídající potřebám, který by byl dostupný, účinný, pružný a ověřitelný, a aby léčebné služby zahrnovaly celé spektrum alkoholové problematiky zahrnující detoxifikaci, stanovení diagnózy, diferencovanou léčebnou péči, prevenci recidivy a doléčování /4/.
- Ministerstvo zdravotnictví si do dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva „Zdraví 21“ dalo za úkol vytvořit dostatečnou síť ambulantních a lůžkových zařízení, který by se o závislé na alkoholu a jejich blízké starala /3/.

Vedlejší produkt sledování efektivity ústavní protialkoholní léčby

- V průběhu roku 2004 až 2005 jsem postupně navštívil po předchozí dohodě většinu spádových ambulantních pracovišť a doplnil údaje po prostudování ambulantních chorobopisů. Požádal jsem o zhodnocení pacientova stavu lékaře a sestru.
- Mohl jsem si na místě vytvořit zřetelnější obraz o stavu péče o závislé na alkoholu v ambulantních podmínkách.



AT ambulance v Jablonci.

- Ambulance má samostatné prostory v horním patře městské polikliniky, která je již od roku 1994 přeměněna na s.r.o. Jasan. Soukromou praxi zde provozují též psychiatři MUDr. Stehlík a MUDr. Kvasničková. Vznikl problém s financováním AT ambulance, která zůstala městská. Její pracovnice, terapeutka na plný úvazek adiktolog S.Lacinová později přešla pod sdružení sociálních služeb v Jablonci. Funguje dobrá spolupráce mezi psychiatry a terapeutkou, která zajišťuje poradenské služby a pravidelné psychoterapeutické kontakty v doléčování.
- Několik let vede doléčovací skupinu, která se schází po dvou týdnech, podávají Antabu 2 x týdně, často jsou pacienti na placebo / Gastrogel/. Lékaři relativně často předepisují anticravingové preparáty, zejména Acamprosat. Je zajištěna odborná léčba psychiatrická. Dle naší zkušenosti MUDr. Stehlík užívá poměrně širokou paletu antidepresiv. Je zajištěna dle potřeby i intenzivní forma ambulantní léčby s možnou docházkou do ambulance i 2-3 x týdně. Před nasazením Antabusu často odesílají pacienta ke krátké hospitalizaci na PO v Liberci k provedení alkohol - antabusové reakce. V případě rozhodování pro střednědobou ústavní léčbu alkoholové závislosti doporučují pacienta nejčastěji do PL Kosmonosy, dále do Liberce, k Apolináři, do Červeného Dvora.
- Pacienti přicházející na léčbu ústavní jsou dle našich zkušeností již dobře připraveni a většinou mají za sebou anamnézu delších ambulantních kontaktů a k ústavní léčba je doporučena po vyčerpání ambulantních možností. Dle terapeutky má ambulantní léčba u nich často dobrý efekt. Pozitivně je hodnocena spolupráce, dobrá komunikace a možnost rychlé vstupu do léčby v případě akutní a závažné symptomatologie, kdy zajišťujeme detoxifikaci a stabilizaci pacienta před léčbou na příjmovém oddělení PL Kosmonosy. Terapeutka zná prostředí a charakter léčby na našem oddělení. Též se zúčastnila výročních setkání klubu abstinujících.

AT Nymburk - MUDr. Jaroslav Holoubek

- Ambulance má stálé prostory na poliklinice z osmdesátých let na sídlišti v Nymburce. V současné době zde pátým rokem ordinuje MUDr. Holoubek, každou středu 4 hodiny odpoledne. Zdravotní sestra je nová a starší pacienty proto nezná. Též pracuje na 0,1 úvazek.
- Ještě počátkem devadesátých let zde ordinoval lékař na půl úvazku a na celý zde byla sestra a sociální pracovnice. S postupem privatizace neměl žádný psychiatr o tuto práci zájem. Na malý úvazek se tu vystříдалo několik lékařů. Ordinační doba se redukovala a zkušená sestra odešla do důchodu. MUDr. Holoubek provozuje soukromou praxi neurologickou a psychiatrickou, kterou odděluje od práce v AT ambulanci. Antabus se z technických důvodů nepodává, protože kontroly jsou možné jen 1 x týdně. Pracuje s motivací, zdůrazňuje práci s rodinou, má pozitivní zkušenosti s anticravingovými preparáty Campralem i Naltrexonem. Je spíše biologicky orientován. Podává řadu psychofarmak, nejčastěji antidepressiva ze skupiny SSRI. Pozitivně hodnotí to, že nabízíme soustavné doléčování pacientům po základní léčbě, kratší čekací dobu a možnost akutní hospitalizace na psychiatrickém oddělení léčebny. Odhaduje, že asi 75 % pacientů závislých na alkoholu odesílá na ústavní léčbu k nám, ostatní do Nechanic, Červeného Dvora a Bohnic.

AT ambulance Semily - MUDr. Vít Šlechta

- Ambulance patří pod Nemocnici s poliklinikou v Semilech a o prostory se dělí s neurologickou ambulancí. MUDr. Vít Šlechta je praktický lékař a má soukromou praxi v nedalekém Libštátu. Vede AT ambulanci od roku 1991. Je zde zaměstnán na 0,2 úvazku, zdravotní sestra na 0,15. Ordinuje 1 x týdně ve středu od 14 do 18 hodin, každou první středu vede KLUS v Semilech, o který pečuje a považuje ho klíčový instrument léčebné práce v oblasti AT. Klub má dlouhou tradici. V květnu roku 2003 jsem s vrchní sestrou Evou Bartoníčkovou účastnil výročního 300. KLU Su pořádaném v restauraci u Hajských. Sešlo se více než 20 abstinujících pacientů, mnozí přišli se svou rodinou, byl přítomen zakladatel -praktický lékař MUDr. Kavan a současný terapeut MUDr. Šlechta. Historie sahá do roku 1977, kdy se sedm pacientů z protialkoholní poradny domluvílo se svým lékařem MUDr. Jaroslavem Kavanem a založilo Semilech Klub usilujících o střízlivost. Od té doby se setkávají každou první středu v měsíci. Klubový zpravodaj se zmiňuje o desítkách důsledně abstinujících bývalých či současných aktivních členech klubu. Nejstarší z nich abstínuje již čtyřicátým rokem. Starší jádro tvoří absolventi léčby u Apolináře a Červeném Dvoře. Většina současných klientů je nám dobře známa, jelikož jsou bývalými pacienty našeho oddělení. Klub je otevřený, může přijít kdokoli. Podmínkou je střízlivost. Klub nabízí možnost kontaktu všem, kteří cítí, že nezvládají svou konzumaci alkoholu. Pracuje se s recidivou a často po několika setkáních se dospěje k dalším formám pomoci, včetně rozhodnutí pro ústavní léčbu.
- Antabus není v ordinaci podáván. Nejčastěji je Antabus podáván rodinným příslušníkem po náležité přípravě. Jindy ve středisku praktického lékaře. Nejednou i dlouhodobě abstinujícím členem klubu v zaměstnání nebo na obecním úřadě.
- Anticravingové preparáty nejsou užívány. Důvodem je vysoká cena přípravku.
- Spolupráci s Kosmonoskou léčebnou hodnotí MUDr. Šlechta pozitivně. Vychází ze slušných výsledků léčby a reference pacientů. Odhaduje, že asi 60 % pacientů závislých na alkoholu odeslal do Kosmonos, 30 % do Nechanic, 10 % do Liberce, Želivu a Červeného Dvora.
- Při práci se závislými se stírají hranice mezi prací v AT ambulanci a praxí praktického lékaře. MUDr. Šlechta volí často ofenzivní způsob péče, formou návštěvy nemocného v domácím prostředí, motivuje i formou osobního dopisu.

PA Jilemnice a PA Nová Paka - MUDr. Eliška Roučková.

- Zkušený psychiatr MUDr. Roučková provozuje soukromou praxi v pondělí, ve středu a v pátek v Nové Pace, v úterý a ve čtvrtek v Jilemnici.
- Již před privatizací měla malý úvazek v oblasti AT. Dosud má na starost zabezpeční výkonu ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické. Považuje péči o závislé na alkoholu za nedílnou součást vlastní psychiatrické praxe. Může zajistit intenzivnější kontakt v akutní fázi léčby a samozřejmě odpovídající farmakoterapii odvykacích stavů a psychiatrické komorbidity, provoz ambulancí umožňuje kontrolované podávání Antabusu většinou sestrou. S anticravingovými preparáty prakticky zkušenosti nemá. Muže závislé na alkoholu odesílá v 90 % na léčbu do PL Kosmonosy. Oceňuje relativně krátkou čekací dobu a možnost akutního přijetí na příjmové oddělení léčbny s návaznou léčbou odvykací. Pozitivně hodnotí doléčování poskytovaný oddělením. Někteří její pacienti navštěvují i Klub v Semilech. Při ambulantní léčbě závislosti intenzivně spolupracuje s praktickými lékaři a dalšími odbornými lékaři, vykonává konsiliární činnost v Jilemnické nemocnici, koordinuje pak návaznost péče akutní somatické a psychiatrické na případnou léčbu odvykací ústavní v Kosmonosích. Máme zkušenost, že pacienti doporučení k léčbě jsou dobře informováni a připraveni na léčbu na našem oddělení. Velké časové vytížení limituje možnosti rozsáhlejšího poradenství a časově náročnější individuální psychoterapie v této oblasti, při mé návštěvě byla čekárna ještě plná před koncem oficiální ordinační doby.

PA Vrchlabí - MUDr. Marie Jarošová

- Zkušený privátní psychiatr MUDr. Jarošová vnímá péči o závislé na alkoholu jako samozřejmou součást psychiatrické praxe. Po přeléčení akutního stavu doporučuje pacientům kontakty s A klubem ve Vrchlabí. Jde o neziskovou organizaci zaměřenou na pomoc závislým, která je podporována městem. Ředitelem a terapeutem je pan Klatkovský. Ten před lety absolvoval protialkoholní léčbu v Červeném Dvoře a později psychoterapeuticky výcvik. Terapeut je k dispozici každý den. Pravidelné schůzky skupiny se konají jednou týdně. V případě potřeby zprostředkoval léčbu ve své „mateřské“ léčebně. Několik pacientů po léčbě na našem oddělení navázalo kontakty s tímto klubem. Zabezpečují i podávání Antabusu. Souběžně, nebo dle potřeby, jsou v péči MUDr. Jarošové. Při mé návštěvě jsme probrali možnosti další spolupráce.
- MUDr. Jarošová nejčastěji odesílá pacienty na léčbu do Kosmonos. Dlouhodobě jsme spolupracovali v léčbě pacientů závislých na alkoholu, často šlo i o pacienty s psychiatrickou komorbiditou. Jsou většinou v pořádku, spokojení a své lékaře důvěřují. Máme dále zkušenosti, že pacienti jsou na ústavní léčbu velmi dobře připraveni.
- Je dobrá návaznost na péči somatickou ve Vrchlabské nemocnici, kde po konziliální vyšetření se mnohdy pracuje na další léčbě základního problému - závislosti na alkoholu.
- V regionu Vrchlabska je též několik praktických lékařů, kteří jsou v kontaktu s oddělením léčby závislostí v Kosmonosích a zajišťují například pravidelné podávání Antabusu.
- Častými pacienty jsou pracovníci v restauračních a hotelových službách a majitelé různých penzionů v Krkonoších a Jizerských horách. Bohužel u nich ale nejednou léčba závislosti na alkoholu následuje až po akutní hospitalizaci v Kosmonosích pro delirium tremens nebo jinou alkoholovou psychózu.

AT ambulance Mladá Boleslav

- Do roku 1993 byla ambulance součástí okresní nemocnice s poliklinikou a sídlila ve vilce nedaleko městského centra. Na plný úvazek zde pracovaly dvě sestry. Jedna měla na starost i sociální práci v terénu. Lékaři zde pracovali na část , ale i na celý úvazek. Vystřídalo se jich několik - MUDr. Hlavatý, MUDr. Prášková, MUDr. Marek, MUDr. Bazika, v důchodu pak prim. MUDr. Boubín. Okres a město přestalo podporovat provoz ambulance. Vilka byla navracena v restituci. V té době se objevila řada iniciativ a projektů nabízející služby privátní a nestátní, například sdružení kolem dětské psychiatrické ambulance s psychologem. Mělo zajišťovat komplexní péči v oblasti AT v rámci dorostové psychiatrie do 18 let a případně pokračovat v péči i dále. Služby v oblasti AT nabízelo psychoterapeutické centrum při Lince důvěry v Mladé Boleslavi. Psychiatři se privatizovali a v současné době je v Mladé Boleslavi pět psychiatrických ambulancí. Se závislými na alkoholu z nich nejvíce pracuje MUDr. Marek. Okres a město v té době předalo ambulanci Psychiatrické léčebně, aby byla zajištěna péče v oblasti ochranných léčeb a případně i o ty, kterým soukromý a nestátní sektor péči nezajistí. Ambulance byla umístěna v léčebně. Zaměstnána byla zdravotní sestra a střídali se lékaři na 0,2 úvazku. Lékařka zvažovala privatizaci zvažovala privatizaci. Další praxe ale již nebyly v Boleslavi pojišťovnou nasmlouvány.
- V té době se již péče o děti a mladistvé v oblasti AT rozpadala. Lékařka odešla pracovat mimo zdravotnictví, vedoucí lékařka nemá zatím nástupce. S nedostatkem lékařů se začala potýkat i psychiatrická léčebna.
- Pracoval jsem v ambulanci AT od roku 1997 na 0,2 nadúvazku Po odchodu sestry Bártové do důchodu přešla do ordinace z našeho oddělení na plný úvazek zkušená terapeutka sestra Mixová. Bez ní by se provoz ordinace při výrazném nárůstu počtu pacientů nedal zvládnout. V oblasti alkoholové problematiky poskytujeme poradenství, ambulantní léčbu s možností intenzivnějších kontaktů, na počátku léčby i 2 až 3 x týdně.
- Pracovala s rodinou a partnery pacientů. 1 x týdně probíhá skupinová psychoterapie. Podávali jsme kontrolovaně Antabus. Zajišťujeme další potřebnou psychofarmakoterapii, návaznost na ústavní léčbu a doléčování i v intenzivnější formě. Přibližně 50 % procent pacientů tvoří pacienti se závislostí na alkoholu, z toho je až 40 % žen. Druhou polovinu tvoří pacienti s drogovou problematikou a hráči. Ambulantní léčba závislosti na alkoholu je mnohdy úspěšná. Pokud je potřeba léčba ústavní, pak zajišťujeme aktivní předání pacienta. To je v asi 60 % na oddělení v Mladé Boleslavi, často ale je vhodnější volit léčbu vzdálenější /oddělení je nyní přímo ve městě/. Odesíláme pacienty do Nechanic, Želivu, Červeného Dvora- volba se mnohdy řídí aktuální délkou čekací doby v těchto léčebnách
- Lékařský úvazek 0,2 je zřetelně nedostatečný k zajištění velké poptávky po službách ambulance. Často je nutné přerušit práci na oddělení a zajistit akutní případy v ambulanci .
- Hodně práce zabírá administrativa kolem ochranných léčeb protialkoholních a protitoxikomanických.
- Praktické zkušenosti s ambulantní prací vedou k poznání, že mnohé stavy se dají, při zajištění intenzivní péče ambulantní, zvládnout bez nutnosti hospitalizace.

Optimální model ordinace AT

- Hampl /5/ popisuje optimální model ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí. Zařízení by měl řídit kvalifikovaný lékař s praxí v oboru a dle možností i s atestací v oboru AT. Terapeutický tým by se měl skládat z vedoucího lékaře, sekundárního lékaře, klinického psychologa, nejméně ze dvou zdravotních sester, jedné sociální pracovnice a podle potřeby administrativního pracovníka na částečný úvazek. Provoz ordinace by měl být zajištěn po celou pracovní dobu v týdnu.

Skutečný stav

- Skutečný stav je velmi vzdálen tomuto optimálnímu modelu.
- Ani součet úvazků lékařů ve všech ambulancích AT ze spádové oblasti PL Kosmonosy tuto představu nenaplní. Lékaři v jednotlivých ordinacích nemají úvazky větší než 0,2 a někde ordinují jen 4 hodiny v týdnu.
- Psycholog ani sociální pracovnice z žádné z ambulančí nepracuje.

Zdravotní sestra x adiktolog

- Zdravotní sestra má někde úvazek stejně malý, provoz ordinace potom ani neumožňuje kontrolované podávání Antabusu 2x týdně.
- Jinde je zdravotní sestra zaměstnána na úvazek celý. Ve spojení se zájmem o tuto práci, potřebnou praxí a psychoterapeutickým vzděláním, pak plní funkci terapeutky. V ambulanci se tak podstatně rozšiřují možnosti práce se závislými, výrazně se mohou rozšířit služby poradenské. Práce lékaře je pak více zaměřena na psychiatrickou problematiku a farmakoterapii.
- Vzniká ale problém finanční, v podmínkách soukromé praxe je tento model nereálný. V konkrétních případech je zaměstnána mimo zdravotnictví v oblasti sociální péče nebo je zaměstnancem psychiatrické léčebny.

Kluby, AA, svépomocné skupiny

- Ve spádové oblasti pracuje KLUS v Semilech a při oddělení léčby závislostí v Mladé Boleslavi /nyní v PL Kosmonosy/.
- Anonymní alkoholici působí v Liberci a tam spolupracují s psychiatrickým oddělením.
- Ve Vrchlabí pak další svépomocná skupina pomáhající závislým, kterou vede laický terapeut, absolvent léčby v Červeném Dvoře.

Psychiatrická ambulance

- Ambulance psychiatrické zajišťují odpovídající péči psychiatrickou u pacientů závislých na alkoholu, potřebnou farmakoterapii. Intenzitu kontaktů se řídí podle aktuálního stavu, jako u ostatních pacientů s duševními poruchami.
- Vzhledem k velké pracovní vytíženosti je méně prostoru pro dlouhodobější a intenzivnější psychoterapeutickou práci na problému závislosti u pacienta již psychiky stabilizovaného. Ambulance nejsou ani výrazněji zaměřeny na poradenství v oblasti návykových nemocí.
- Vítají spolupráci s nezdravotnickými službami a svépomocnými skupinami.

- V oblasti péče o závislé na alkoholu se somatickými komplikacemi funguje v těchto ambulancích dobře spolupráce s praktickými lékaři a dalšími odbornými lékaři, zejména internisty, gastroenterology, neurology.
- Často je konziliární vyšetření psychiatrem spojeno s motivačním pohovorem a na konci je zprostředkování ústavní odvykací léčby.

Rodinný praktický lékař

- Máme zkušenosti s větším zapojením praktických /rodinných lékařů/ právě v těchto spíše venkovských regionech Semilská, Trutnovska a Jablonecka v oblasti časně intervence a léčby.
- Možná proto, že specializované ambulance byly zde vždy hůře dostupné, museli se praktičtí lékaři sami více angažovat v léčbě těchto často problémových pacientů. Nemohli spoléhat na to, že AT ambulance je „problému“ zbaví.
- Pokud není potřebná akutní psychiatrická intervence, často sami dojednávají i léčbu ústavní, která je i jejich pacientů většinou plně na místě.
- Máme dobrou zkušenost s detoxifikací a tělesnou stabilizací pacientů před nástupem do režimové léčby v nemocnicích v Jilemnici a ve Vrchlabí.



Větší zapojení rodinných lékařů

- Cesta většího zapojení rodinných lékařů do léčby alkoholismu je nutným východiskem zvláště při nedostupnosti specializovaných ambulantních zařízení. Například v Německu dle Soyky /10/ má rodinný lékař významnou roli v léčbě alkoholismu. Jednak ve fázi práce s motivací, ale i vlastní léčbě po detoxifikaci a kratší hospitalizaci, nebo v rehabilitaci po delší ústavní léčbě. Rodinný lékař má rozhodující roli v procesu diagnostickém, v léčbě somatických komplikací, která je spojena s vhodným informačním a motivačním působením k další léčbě. Významné je podávání anticravingivých preparátů, zejména acamprosátu v rámci prevence relapsu.

Disulfiram, acamprosát

- Disulfiram má stále významnou místo ve farmakoterapii v oblasti prevence relapsu v Německu /11/.
- V našem regionu kladou na tuto formu léčby lékaři v AT a PA různě velký důraz. Při rozhodnutí pro nasazení Antabusu je nejpodstatnější zajistit kontrolované užívání.
- U anticravingových preparátů byla v kontrolovaných studiích prokázána účinnost /12/.
- V našem regionu je acamprosát podáván některými farmakoterapeuticky zaměřenými lékaři poměrně často, u jiných jsou zkušenosti s touto terapií malé. Nejčastěji uváděným problémem v léčbě je vysoká cena přípravku

Denní stacionář

- V regionu není zastoupeno žádné zařízení, který by poskytovalo intenzivní strukturovanou denní terapii závislým na alkoholu charakteru denního stacionáře. O této formě léčby by se dalo spíše uvažovat v největších městech spádového regionu, kterými jsou Liberec a Mladá Boleslav.
- Například Soyka /18/ provedl katamnestickou studii této strukturované ambulantní terapie v Mnichově. Léčbu dokončilo 72,5 % pacientů závislých na alkoholu. Po roce jich důsledně abstinovalo 56 %. Výsledky jsou diskutovány i z pohledu možné alternativy k léčbě ústavní.

- Každopádně při práci na lůžkovém oddělení se setkáváme jednak s pacienty, kteří přicházejí do léčby příliš pozdě, s deprivací a deteriorací. Řešením je často dlouhodobý pobyt na chronickém oddělení.
- Ale i naopak, ústavní léčba v některých případech nahrazuje intenzivnější ambulantní léčbu, která není mnohde v regionu rozvinutá.

Psychiatrická léčebna Kosmonosy

Oddělení léčby závislostí muži S7



- Počátkem dubna 2009 se protialkoholní oddělení z Mladé Boleslavy přestěhovalo do areálu Psychiatrické léčebny Kosmonosy a kapacita oddělení vzrostla na 35 lůžek. Prostorové uspořádání oddělení zároveň umožnilo diferencovaný přístup v léčbě v rámci jednoho rozšířeného terapeutického týmu. Oddělení je vnitřně členěno na část příjmovou / vybavení nemocničního typu, akcentován individuální přístup v léčbě/, které je v léčebném propojení s hlavní částí oddělení, která pracuje na principech terapeutické komunity a nabízí ubytování spíše hotelového typu. Toto propojení může pozitivně ovlivňovat postupy pacientů v léčbě a oslovit větší spektrum pacientů.
- Tradičně je terapeutický program zaměřen na léčbu závislostí na alkoholu – **protialkoholní oddělení, kombinovaných závislostí / nejčastěji kombinace alkohol x metamfetamin x hráčství/**. V poslední době dochází k rozšíření zastoupení specializovaných programů pro patologické hráče. Menší je zastoupení pacientů závislých na nelegálních drogách, kteří jsou schopni absolvovat nároky režimové léčby.
- Dobrá dopravní dostupnost léčebny umožňuje rozšířit programy pro manželky, partnerky a další rodinné příslušníky našich pacientů /edukativní, tématicky zaměřené i interakční skupiny/.
- Kromě tzv. základní odvykací léčby nabízíme doléčovací programy ve formě týdenních posilovacích pobytů, klubů abstinujících pacientů při oddělení. Poskytujeme ambulantní konzultace před nástupem na ústavní léčbu i po léčbě, např. v rámci krizových intervencí, včetně možnosti krátkodobých stabilizačních pobytů na zvládnutí relapsu.

- Vnitřní členění oddělení umožňuje poskytnout pro objednané pacienty přijímané do léčby vstupní detoxifikaci – týká se alkoholové závislosti. Samozřejmě zajišťujeme i léčbu vstupních průvodních projevů emoční nestability. Z terapeuticko - motivačních důvodů režimově je zvýhodněn pacient nastupující ve střízlivém stavu, ev. po domácí detoxifikaci v rámci aktivního předání.
- Pokud z medicínského pohledu je dominující diagnózou pro přijetí k hospitalizaci odvykací stav s předpokladem jeho závažnějšího a komplikovaného průběhu, pak doporučujeme, aby vlastní režimové léčbě předcházel pobyt na specializované jednotce Detox D20 PL Kosmonosy. V případě drogových /zejména opiátových/ závislostí a závažnějších kombinovaných závislostí lékových - doporučujeme každopádně tuto odbornou specializovanou léčbu.
- Oddělení léčby závislostí S7 přijímá též pacienty, kteří se rozhodnou pro odvykací léčbu při pobytu na psychiatrickém oddělení PL Kosmonosy nebo jiných psychiatrických oddělení nemocničního typu, kde jsou léčeni obvykle pro akutní dekompenzace psychického stavu -depresivní syndrom, sebevražedné tendence či pokus, psychotické poruchy v rámci užívání návykových látek aj./.
- Přijímáme na léčbu i pacienty motivované k odvykací léčbě z oddělení somatických oborů /interních, chirurgických, neurologických aj./ po kompenzaci somatického stavu, který dovoluje absolvovat režimovou léčbu. Máme dobrou zkušenost s koordinací kroků vedoucích k nástupu na léčbu s praktickými lékaři nebo psychiatry - konziliáři.
- V případě, že poptávka po léčbě převyšuje kapacitní možnosti oddělení, jsou na léčbu přednostně přijímáni pacienti ze spádové oblasti PL Kosmonosy. Chceme tak i zachovat přiměřenou čekací dobu. Je naší snahou po rozhodnutí pacienta pro léčbu zajistit nástup maximálně do 2-3týdnů.
- Podmínky pro přijetí do léčby:
- Muž ve věku nad 18 let, závislost jako hlavní diagnóza, psychický a tělesný stav umožňující zapojení do aktivit režimové léčby, přiměřená vstupní motivace k léčbě.
- K přijetí pacienta do léčby postačí krátká zpráva odesílajícího lékaře - terapeuta obeznámeného s návykovým problémem pacienta, obsahující kontaktní adresu na pacienta /s výhodou i telefonním číslem/ pro případné upřesnění termínu nástupu a odeslání pozvánky s informací k léčbě.











S7

**Oddělení léčby
závislostí - muži**





















Charakteristika oddělení

- Oddělení poskytuje střednědobou komplexní ústavní odvykací léčbu závislostí /převážně na alkoholu/. Léčba vychází biopsychosociálního modelu vzniku a rozvoje závislosti a systémové teorie, která umožňuje porozumět vzájemným souvislostem a ovlivňovat v léčbě odpovídající systémy, které se podílejí na vzniku a udržování závislosti. V léčbě je proto používána kombinace více postupů biologických /farmakoterapeutických/, psychoterapeutických a sociální práce. Jsme si vědomi, že je třeba působit terapeuticky dlouhodobě a poskytovat doléčovací aktivity, podporovat odpovídající a potřebnou návaznost v systému péče.
- Léčebný program je strukturovaný. Soubor jasných pravidel /režim/ umožňuje udržet přehledné a klidné terapeutické prostředí. Má význam i výchovný a terapeutický. Program používá principy léčebného společenství /komunity/. O jeho optimální nastavení musí všichni terapeuti pečovat.
- Základem v léčebném programu je skupinová psychoterapie / s obsahem životopisným tematickým a interakčním/ a pravidelné setkání komunity.
- Léčba směřuje k abstinenci a cílem je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek, vedoucí zároveň ke zlepšení subjektivní kvality života.

Biologická léčba

- Pacient je vyšetřen komplexně psychiatricky se zaměřením na návykový problém. Absolvuje potřebná laboratorní a pomocná vyšetření a podle potřeby další konsiliární vyšetření interní, chirurgické, neurologické, oční, kožní a stomatologické - potřebné pro častý výskyt dlouhodobě neléčených zdravotních obtíží. Obvykle nastává v abstinenci podstatné zlepšení zdravotního stavu, což je využíváno při posilování motivace k další léčbě. Je třeba též zvážit a někdy konsultovat možný stupeň fyzického zatížení při zařazování do programů spojených s fyzickou aktivitou /sportovní a turistické, pracovní terapie/.
- Jsou používány postupy ovlivňující průběžné obtíže v souvislosti s odvykacím stavem, případně psychiatrickou komorbiditou. Mezi nejčastěji ordinovaná psychofarmaka patří antidepressiva ze skupiny SSRI, tianeptin, trazadon, mirtazapine, ze skupiny neuroleptik tiaprid. Podpůrnou medikací jsou často vitaminy skupiny B a hepatoprotektiva.
- Disulfiram byl na oddělení do roku 1996 při respektování kontraindikací podáván u necelé poloviny léčených pacientů. Téměř u všech byla prováděna prováděna alkohol - Antabusová reakce. Zpětným šetřením jsme zjistili, že necelá polovina těchto pacientů vytrvala v jeho užívání mimo léčebnu. Ti, co dodržovali další kontakty v doléčování, byli většinou v pořádku.
- V současné době reakci neprovádíme, až na výjimky, kdy si pacient provedení reakce přeje sám.
- Uskutečňujeme ale motivačně edukační program se zaměřením na nabídku tohoto senzibilizujícího preparátu. Zdůrazňujeme možnost volby. Nabídka je někdy cíleně učiněna po nepříjemné zkušenosti pacienta s cravingem. Pacienti se poté sami rozhodují pro nasazení Antabusu. V průměru jedné třetině pacientů je Antabus v průběhu léčby nasazen. Dvě třetiny z nich pokračují v užívání několik měsíců i po propuštění. Disulfiram není hrazen zdravotní pojišťovnou. V propočtu na měsíc je finanční částka dostupná všem pacientům, u někoho může mít zakoupení léku jistý podpůrný motivační efekt.
- Jiná je situace u anticravingových léků naltrexonu a acamprosátu, kde cena je zřejmě pro mnohé pacienty ekonomickou bariérou při rozhodování pro tuto léčbu. Acamprosát užívá nejvýše jeden až dva pacienti při hospitalizaci.

Psychoterapie

- V terapii uplatňujeme přístupy motivující, kdy je pacientovi poskytována zpětná vazba, týkající se jak tělesného a psychického stavu, tak sociální situace. Zároveň se poskytuje neutrální informace o následcích pití. Tímto způsobem získává pacient náhled, což je podmínkou pro vědomou změnu.
- Zdůrazněním faktu, že pacient sám nese odpovědnost za své chování, vede ke snížení odporu a zvýšení pravděpodobnosti změny chování. Je třeba pacientovi vyložit, že on sám hraje nejdůležitější roli v procesu změny.
- Racionálně edukační programy zlepšují znalosti pacienta o následcích abusu. Udělování rad má pozitivní účinek pouze v případě, že si pacient může sám zvolit, zda rady uposlechné, nebo ne. Nátlak či moralizování fungují negativně.
- Empatický postoj terapeutů zvyšuje ochotu pacienta ke změně. Z empatického postoje vyzařuje respekt a zájem o pacienta a jeho problémy. Též například uznání obtížností má motivující účinky.
- Podporovat pacientovu víru v sebe, ve smyslu konat, když se jedná o důležité věci, či nekonat /například nechat stát alkohol když je nabídnut/. Je třeba pacienta podporovat, aby se přesvědčil, že postupné, pozitivní změny jsou dosažitelné.
- Terapeut by měl důvěřovat v pacientovu změnu k lepšímu.

- Program obsahuje trénink sociálních dovedností ve skupině, mezi nejčastější témata patří nácvik řešení problémů, zacházení s konflikty, odmítání nabízeného alkoholického nápoje, ucházení se o zaměstnání a prosazení abstinence v novém prostředí.
- Behaviorální partnerská terapie má za cíl změnit pijácké chování pacienta a zlepšit partnerský vztah. Pracuje se na zlepšení komunikace mezi partnery, partner se učí podporovat pacienta při provádění žádoucích změn v chování. Podpora při užívání Antabusu není interpretována jako kontrola, ale jako pomoc.
- Používáme postupy vycházející z Marlattovy koncepce prevence recidivy, pacienti se učí rozpoznávat vnitřní stavy a zevní podněty, které aktivují touhu po alkoholu, předcházet jim a zacházet s nimi.
- Uplatnění nachází další formy psychoterapeutických programů jako psychodrama, arteterapie, muzikoterapie.
- Významnou složkou programu jsou racionálně edukační programy, na které navazují často tématické skupiny.

- Program dne začíná budičkem, rozcvičkou a schůzkou personálu se spolusprávou pacientů /předseda, sportovní a kulturní referent/. Každý den probíhá komunitní sezení, kde se probírá program dne a hodnotí se den předchozí. Terapeuti se snaží, aby pacienti hovořili o svých pocitech co možná nejotevřeněji, naučili se přijímat zpětnou vazbu od ostatních. Řeší se praktické problémy chodu oddělení. Pacienti se podílejí na úklidu a údržbě prostorů oddělení. V pondělí probíhá velká komunita, na které se probírá zejména průběh terapeutických dovolenek v domácím prostředí. Na velké páteční komunitě se hodnotí celý týden. Průběh je rozčleněn do tří fází .
- Pacienti píší deníky, elaboráty, životopisy. Každý pacient absolvuje úvodní, průběžnou a závěrečnou skupinu.
- Významná je individuální podpůrná psychoterapie, psychoterapeutický, pozitivní přístup k pacientům.
- Součástí léčby je pracovní terapie, fyzické aktivity sportovní a turistické, programy kulturní.

Doléčování

- Ústavní léčba pacientů závislých na alkoholu je jen etapou dlouhodobého terapeutického procesu. Bez návazné péče a podpory okolí je pacient vystaven podstatně většímu riziku recidivy, zmenšuje se pravděpodobnost, že se včas dostane znovu do léčby. Následné škody jsou pak podstatně hlubší. Jedním z důležitých cílů léčby a součástí získaného náhledu je při vědomí vlastní odpovědnosti aktivní účast pacienta v programu doléčování, ať ve formě ústavní či ambulantní.

Doléčování po základní PAL

- Oddělení nabízí od svého vzniku dvě formy doléčovacích programů.
- 1. Týdenní posilovací pobyty na oddělení.
- Týdenní posilovací /opakovací/ pobyty patří ke standardním prvkům následné péče.
- 2. Klub abstinujících při oddělení.

Týdenní posilovací pobyty

- Pacienti jsou již v průběhu léčby seznámeni s významem doléčování. Každý týden léčby se nejméně dva různě dlouho abstinující absolventi základní léčby stávají na týden členy komunity. „Opakovačky“ tak získávají posilu na další cestu a současně jsou konkrétním příkladem pro pacienty v léčbě.
- V současné době máme každý týden rezervovány 4 místa pro „opakovačky“. Doplnují komunitu do celkového počtu 20 pacientů. Každým rokem jich projde oddělením 100 až 140. Jsou zváni v prvním roce po 3 měsících, později po roce. V případě potřeby může pacient požádat o mimořádný posilovací pobyt i mimo plánovaný termín. Pacienti mnohdy absolvují posilovací pobyt v době pracovního volna a místo dovolené. Považujeme za přijatelné zkrácení opakovačky na tři dny z důvodů většinou pracovního vytížení, to se ale netýká prvního posilovacího pobytu.
- Jeho absolvování je v následném sledování kritériem zapojení pacienta do programu doléčování. Po roce abstinence jsou pak často „za odměnu“ zváni na opakovačku do Lázní Kunderatice, kde probíhá pravidelně 2 x ročně intenzivní terapeutický pobyt komunity v přírodě.

Kluby abstinujících

- Kluby abstinujících se též konají od založení oddělení každou první sobotu v měsíci. Pravidelná účast činí 15 až 30 pacientů a rodinných příslušníků. Klub je veden terapeutky. Velkým přínosem je možnost setkání manželek a partnerek pacientů v různých fázích doléčování.
- Máme zkušenosti, že dlouhodobě abstinující pacienti využívali často obě formy doléčování, někteří současně navštěvovali i KLUS v Semilech u MUDr. Šlechty.

200.klub abstinujících v Osečné



















Sledování efektivity léčby - metody

- **Kriteriem úspěšnosti léčby v tomto sledování je neporušení abstinence od ukončení základní ústavní léčby po dobu nejméně jednoho roku.**
- Jsou sledováni pacienti, kteří se v letech 1993 až 2003 **léčili poprvé** na oddělení léčby závislostí PL Kosmonosy. **Syndrom závislosti na alkoholu byl u nich hlavní diagnózou a důvodem pro vyhledání léčby.** Jsou rozlišeni pacienti, kteří léčbu nedokončili. Ať již šlo o časně odstoupení z léčby, nebo se rozhodli ukončit z vlastního rozhodnutí před postupem do třetí fáze aktivní léčby a nevypracovali si tak ani plán doléčování, nebo byli propuštěni z disciplinárních důvodů pro nespolupráci a opakované nebo závažné porušení léčebného řádu. Do kategorie **dokončená léčba** byli zařazeni pacienti, kteří absolvovali nejméně 6 týdenní léčbu / obvykle byla doporučené délky 3 měsíců/, která byla ukončena se souhlasem terapeutů a komunity a měli vytvořen plán doléčování. Z těch, co léčbu dokončili, byli zvláště pak sledováni pacienti, kteří se po propuštění aktivně zapojili do doléčovacího programu a absolvovali alespoň jeden týdenní posilovací pobyt. Zpravidla po 3 měsících od ukončení léčby.
- Informace o stavu pacienta a abstinenci byly zpracovány z více zdrojů. Z chorobopisů pacientů o hospitalizaci, ověřovali jsme přehled záznamů příjmové kanceláře informující o případné hospitalizaci pacienta na jiném oddělení psychiatrické léčebny. Nejvíce přínosná byla dokumentace o průběhu doléčování - karta doléčování /obdoba ambulantní karty/, do které od roku 1993 zaznamenáváme všechny důležité informace o pacientovi. Například o účasti na klubu, vyhledání konzultace, nebo jen o neformálním zastavení na oddělení. Jsou též zaznamenány obsahy důležitých telefonických rozhovorů. Je zakládána korespondence. Tyto informace od rodiny a nejbližšího okolí slouží především terapeutickým účelům. Jsou ale i cenným zdrojem informací při zpracování katamnézy.
- Posilovací pobyty podávají klinický obraz o stavu pacienta. Podpůrnou informační váhu má laboratorní vyšetření jaterních testů. Nejdůležitější je však **zpráva od rodiny**, kterou si v prvním roce pacienti na „opakovačku“ přinášejí. Tyto zprávy též primárně slouží účelům terapeutickým. Informace z psychiatrických ambulancí a ordinací AT jsme získávali průběžně dotazníky. V případě pochybností jsme stav pacienta konzultovali telefonicky. Plošné sociální šetření jsme neprováděli. Ani ambulance nejsou pro toto práci personálně vybaveny.
- V průběhu zimních měsíců r. 2004 jsem postupně navštívil po předchozí dohodě většinu spádových ambulantních pracovišť a doplnil údaje po prostudování ambulantních chorobopisů. Požádal jsem o zhodnocení pacientova stavu lékaře a sestru. Dále sloužící ambulantní sestry na malém městě měli často dobré informace z pacientova okolí. V těch případech, kdy doléčování probíhalo u praktického lékaře, jsem též získal často hodnotitelné informace telefonicky.

- Všechny informace byly poté kriticky porovnány a vyhodnoceny. Pacienti byli zařazeni do dvou kategorií.
- **1. Abstinující /neporušili ani jednou abstinenci /**. Bylo sem též zařazeno 19 pacientů splňujících kritérium lapsu - jednorázového porušení abstinence bez rozvoje recidivy abusu alkoholu. Ti tvořili necelá 4 % .
- **2. recidiva, opakované porušení abstinence.** Do této skupiny byli zařazeni i pacienti, o kterých jsme nezískali informace, kteří neudržovali žádný kontakt s oddělením ani ambulancí. Zde předpokládáme, že většina z nich neabstinuje.
- Jsou sledovány počty pacientů, kteří léčbu dokončili a nedokončili, jejich procentuální zastoupení. Počty abstinujících a recidiv, jejich procentuální zastoupení - jednak podle jednotlivých ambulancí /pacienti byli většinou z této ambulance k léčbě doporučení nebo si jí zvolili pro doléčování, každopádně byla této ambulanci zaslána propouštěcí zpráva - jednak podle jednotlivých let, v kterých léčbu ukončili.
- Zvlášť pak jsou zpracovány a porovnány výsledky u těch pacientů, kteří se zapojili do programu doléčování na oddělení /kritériem je absolvování alespoň jedné týdenní posilovací léčby/, a těch kteří nabídku doléčování nevyužili.

Tabulka 1. Výsledky seřazené podle jednotlivých ambulancí.

	Celkem	Nedokončilo	Dokončilo	Abstinuje	Recidivovalo
Mladá Boleslav	107	34 = 32 %	73 = 51 %	37 = 51 %	36 = 49 %
Nymburk	62	23 = 37 %	39 = 63 %	22 = 56 %	17 = 44 %
Semily	49	15 = 31 %	34 = 69 %	17 = 50 %	17 = 50 %
Jilemnice	40	8 = 20 %	32 = 80 %	20 = 63 %	12 = 37 %
Turnov	13	3 = 23 %	10 = 77 %	7 = 70 %	3 = 30 %
Jablonec	43	7 = 16 %	36 = 84 %	20 = 55 %	16 = 45 %
Liberec	23	10 = 43 %	13 = 57 %	7 = 54 %	6 = 46 %
Vrchlabí	46	8 = 17 %	38 = 83 %	22 = 58 %	16 = 42 %
Trutnov	46	6 = 13 %	40 = 87 %	19 = 48 %	21 = 52 %
Jičín	22	5 = 23 %	17 = 77 %	7 = 41 %	10 = 59 %
Nová Paka	23	5 = 22 %	18 = 78 %	13 = 72 %	5 = 28 %
Děčín	32	9 = 28 %	23 = 72 %	13 = 57 %	10 = 43 %
Příbram	22	5 = 23 %	17 = 77 %	9 = 53 %	8 = 47 %
Benešov	22	4 = 18 %	18 = 82 %	7 = 39 %	11 = 61 %
Vlašim	6	0 = 0 %	6 = 100%	2 = 33 %	4 = 67 %
Kolín	17	6 = 35 %	11 = 65 %	4 = 36 %	7 = 64 %
Kutná Hora	15	6 = 40 %	9 = 60 %	5 = 55 %	4 = 45 %
Praha	17	8 = 47 %	9 = 53 %	4 = 44 %	5 = 64 %
Hradec Králové	14	5 = 36 %	9 = 64 %	3 = 33 %	6 = 67 %
Ostatní	37	9 = 24 %	28 = 76 %	20 = 71%	8 = 19 %
	656	176 = 26,8 %	480 = 73,2 %	258 = 53,75 %	222 = 46,25 %

Tabulka 2. Výsledky seřazené podle jednotlivých ambulancí s přihlédnutím k doléčování.

	Dokončilo	Doléčování	Bez	Doléčování abstinuje	Doléčování recidiva
Boleslav	73	40	33	27	13
Nymburk	39	25	14	19	6
Semily	34	17	17	13	4
Jilemnice	32	17	15	15	2
Turnov	10	9	1	7	2
Jablonec	36	23	13	17	6
Liberec	13	6	7	4	2
Vrchlabí	38	22	16	19	3
Trutnov	40	19	21	15	4
Jičín	17	9	8	5	4
Nová Paka	18	14	4	13	1
Děčín	23	13	10	10	3
Příbram	17	9	8	7	2
Benešov	18	6	12	4	2
Vlašim	6	2	4	2	0
Kolín	11	3	8	2	1
Kutná Hora	9	5	4	3	2
Praha	9	5	4	4	1
H. Králové	9	1	8	1	0
ostatní	28	15	13	13	2
	480	260 = 54,2%	220 = 45,8%	200 = 76,9%	60 = 23,1%

Výsledky.

- V letech 1993 až 2003 **ukončilo** první léčbu na oddělení léčby závislostí celkem **656** pacientů.
- Z celkového počtu 656 pacientů **léčbu nedokončilo 176 pacientů, to je 26,8 %.**
- **Léčbu dokončilo** ve sledovaném období **480** pacientů. Z nich pak **nejméně rok po dokončení léčby abstinovalo 258 pacientů, to je 53,45 %.**

Tabulka 3. Efektivita léčby v letech 1993 až 2003.

Rok	Celkem	Nedokončilo	Dokončilo	Abstinuje	Recidivovalo
1993	60	22	38	22 = 57,9 %	16 = 42,1 %
1994	72	24	48	29 = 60,4 %	19 = 39,6 %
1995	64	23	41	22 = 53,7 %	19 = 46,3 %
1996	58	15	43	21 = 48,9 %	22 = 51,1 %
1997	72	10	62	32 = 51,6 %	30 = 48,4 %
1998	61	19	42	22 = 52,4 %	20 = 47,6 %
1999	60	13	47	22 = 46,8 %	25 = 53,2 %
2000	59	17	42	24 = 57,1 %	18 = 42,9 %
2001	46	11	35	18 = 51,4 %	17 = 48,6 %
2002	50	10	40	24 = 60,0 %	16 = 40,0 %
2003	54	12	42	21 = 50,0 %	21 = 50,0 %
	656	176 = 26,8 %	480 = 73,2 %	258 = 53,75 %	222 = 46,25 %

Efektivita léčby v letech 1993 až 2003.

- *V letech 1993 až 2003 ukončilo první léčbu na oddělení léčby závislostí Psychiatrické léčebny Kosmonosy celkem 656 pacientů. Z nich léčbu nedokončilo 173 pacientů, což činí 26,8 %. Léčbu řádně dokončilo 480 pacientů, to je 73,2 % z celkového počtu léčených.*
- *Z 480 pacientů, kteří léčbu dokončili, důsledně abstinovalo nejméně rok od léčby celkem 258 pacientů, což činí 53,75 %.*
- *Recidivovalo 222 pacientů, to je 46,25 %.*
- *Procenta abstinujících se pohybují od 46,8 % v roce 1999 do 60,4 % v roce 1994.*

Tabulka 4. Efektivita léčby v letech 1993 až 2003 s přihlédnutím k doléčování.

Rok	Dokončilo	Doléčování	Bez	Doléčování abstinují	Doléčování recidiva	Bez abstinují	Bez recidiva
1993	38	24	14	19	5	3	11
1994	48	29	19	23	6	6	13
1995	41	20	21	16	4	6	15
1996	43	21	22	15	6	6	16
1997	62	31	31	23	8	9	22
1998	42	24	18	17	7	5	13
1999	47	26	21	16	10	6	15
2000	42	24	18	19	5	5	13
2001	35	18	17	15	3	3	14
2002	40	21	19	19	2	5	14
2003	42	22	20	17	5	4	16
	480	260 = 54,2 %	220 = 45,8 %	200 = 76,9 %	60 = 23,1 %	58 = 26,3 %	162 = 73,7 %

Efektivita léčby v letech 1993 až 2003 s přihlédnutím k doléčování.

- *V letech 1993 až 2003 dokončilo léčbu 480 pacientů. Z tohoto počtu absolvovalo alespoň jeden týdenní posilovací pobyt 260 pacientů, což činí 53,2 %. Do doléčování se nezapojilo 220 pacientů, to je 45,8 %.*
- ***Z 260 pacientů, kteří absolvovali alespoň jednu týdenní „opakovačku“, abstínuje po roce 200 pacientů, což činí 76,9 %. Recidivovalo 60 pacientů, to je 23,1 %.***
- *Bez zapojení do doléčování formou týdenních posilovacích pobytů abstínuje po roce 58 pacientů, což činí 26,3 %. Recidivovalo 162 pacientů, to je 73,7 %.*

Porovnání s publikovanými výsledky protialkoholní léčby jinde.

- V učebnici psychiatrie je uváděno dosažení minimálně jednoroční abstinence u 50 - 70 % absolventů protialkoholní odvykací léčby. Po třech letech plně abstínuje 30 - 40 % pacientů.
- Rok po dobrovolné léčbě v PL Červený Dvůr v letech 1972 až 1982 abstinovalo v průměru 64 % pacientů. V letech 1982 -1986 abstinovalo 66 % pacientů, v letech 1987-1989 58 % pacientů /13/.
- Šťastný uvádí efektivitu u léčeb dobrovolných v roce 1987 na oddělení AT v Brně. 51,7% pacientů po roce abstinovalo, případně byla abstinence porušena pouze jednorázovým požitím alkoholického nápoje.
- Řehan uvádí výsledky léčby v letech 1974 až 1984 na protialkoholním oddělení ve Šternberku. Rok po léčbě abstinovalo v průměru 62 % pacientů.
- Feurlein /1991/ publikoval katamnestickou studii sledující efektivitu ústavní léčby u 1400 pacientů z 21 různých léčebných zařízení v Německu. Po 18 měsících od ukončení léčby abstinovalo 53 % pacientů
- Porovnávat výsledky různých prací lze jen do určité míry, vzhledem například k některý odlišnostem v metodickém přístupu při sběru dat.

- Vongrej uváděl efektivitu protialkoholní léčby na Psychiatrickém oddělení v Banské Bystrici v letech 1977 až 1996. Z celkového počtu 1650 pacientů, jich po roce abstinovalo 875, t.j. 53 %.
- Vongrej sledoval vliv opakovací léčby na prevenci recidivy alkoholismu. Porovnával výsledky léčby u 319 pacientů s diagnózou závislosti na alkoholu v letech 1990 až 1994 podle toho, zda pacienti absolvovali alespoň jednu týdenní „opakovačku“ po 3 měsících nebo ne. Celkově rok po léčbě abstinovalo 51,4 % pacientů. Alespoň jednu opakovací léčbu absolvovalo 49,8 % pacientů. Z pacientů, kteří absolvovali alespoň jednu opakovací léčbu, jich po roce abstinovalo 71,7 %. Z těch, co kteří jí neabsolvovali, jich abstinovalo po 1 roce pouze 31,25 %.
- Z našeho souboru 480 pacientů, se jich do doléčování zapojilo 54,2 %. Z těch, co absolvovali alespoň jednu, po roce abstinovalo 76,9 %. Z těch, co jí neabsolvovali, jich abstínuje po roce pouze 26,3 %. Bylo dosaženo porovnatelných výsledků, poukazujících na velký význam této formy doléčování pro udržení remise.

- **Použitá literatura.**

- 1. Popov, P.: Závislost na alkoholu. Interní medicína - Mezioborové přehledy. 2002, 10, s. 4 - 7.
- 2. Hlásenský, V.: Alkohol ohražuje populaci víc než ilegální drogy. Otazníky nad zdravím české populace. Mimořádná příloha zdravotnických novin, prosinec 2003, s. 16 - 17.
- 3. Hlásenský, V.: Léčba je neuspokojivá, ale ne beznadějná. Zdrav. Nov. ČR, 52, 2003, 48, s. 18 - 19.
- 4. Evropský akční plán o alkoholu 2000 - 2005. Státní zdravotní ústav, 2000, s. 30.
- 5. Hampl, K.: Lékařská ambulantní péče o závislé. In: Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti. Úřad vlády České republiky, 2003, 1. vydání.
- 6. Nešpor, K.: Systémový přístup k závislosti na alkoholu. Protialkohol. Obz., 232, 1987, 6 s. 347 - 352.
- 7. Nerad, J. M., Neradová, L.: Několik poznámek k efektivitě léčby alkoholové závislosti. Alkohol a drog. Závisl., 34, 1999, 3, s. 129 - 137.
- 8. Nešpor, K., Csemy, L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum, Praha, 1996.
- 9. Bútora, M.: Překročit svůj stín. Kluby abstinujících a jiné svépomocné skupiny. Praha, Avicenum, 1991, s. 234.
- 10. Popov, P.: Poruchy vyvolané užíváním alkoholu. In: Raboch J., Zvolský P. et al. Psychiatrie. 1. vydání Praha, Galén 2001: 193 - 202.
- 11. Soyka, M.: Medical treatment of alcohol dependency in the doctors office. Mmw Fortschr Med. 2003, 145 /11/ : 40 - 42.
- 12. Soyka, M.: Pharmakoterapy of alcoholism. Drugs for preventing relapse. Munch med Wochenschr. 1995, 137 /43/: 37 - 40.
- 13. Garbutt, J. C., West, S. L., Carey, T. S., Lohr, K. N., Crews, F. T.: Pharmacological treatment of alcohol dependence. J. Am. Med. Assoc., 1999, 281 /14/: 1318 - 1325.
- 14. Skála, J., Kubiček, V., Sperlingová, A.: Efektivita léčby ve specializované, diferencované léčebně Červený Dvůr. Protialkohol. obz., 26, 1991, 3/4, s. 209 - 216.
- 15. Štastný, V., Kostroňová, T., Pokora, J., Zbořilová, L.: 20 let zkušeností s různými metodami doléčování na AT oddělení psychiatrické léčebny v Brně. Alkohol a drog. Závisl., 30, 1995, 4, s. 191 - 193.
- 16. Rehan, V., Puskaller, L.: Katamnestická studie deseti let práce PA oddělení. Protialkohol. obz., 20, 1985, 5, s. 151 - 154.
- 17. Feuerlein, W., Kuefner, H.: Ergebnisse einer katamnestischen studie an stationaer behandelten alkoholikern in Deutschland. Protialkohol. Obz., 26, 1991, 3/4, s. 209 - 216.
- 18. Vongrej, J., Nábělek, L., Krajčířová, D., Šajgalíková, I.: Vplyv opakovacej liečby na prevenciu recidivy alkoholismu. Alkohol. a drog. Závisl., 33, 1998, 2, s. 113 - 123.
- 19. Soyka, M., Hasemann, S., Scharfenberg, C. D., Lohnert, B., Bottlender, M.: New possibilities in treatment and rehabilitation of alcohol dependent patients. A catamnestic study on the efficiency of outpatient treatment programmes demonstrated by a model procedure. Nervenarzt. 2003, 74 /3/: 226 - 234.



Honza a vrcholové družstvo jsou připraveni pod staletou lípou.



Jindřiška vedla družstvo v loňském roce.

KČT

PODVRŠÍ

0347 - 9

ST ČSTV

OSEČNÁ (ČSAD) 2 km
ROZCESTÍ NAD VÝPŘEŽÍ 10 km
JEŠTĚD (ODB. NA VRCHOL) 10.5 km

1980

0347 / 9 a

ST ČSTV

ROZC. POD DĚVINEM 3 km
HAMR (ČSAD) 5.5 km
STRÁŽ P. RAL. (ČSAD) 9.5 km

1980

0347 / 9 b



Vrchol v ranním oparu.











Pacient 8 let abstínuje, základní léčbě předcházel pobyt na interní metabolické jednotce, na vrchol Ještědu jako kamzík vyběhl.















vydružíme ...

