

Bariery w dostępie do leczenia w poradniach terapii uzależnienia od alkoholu w mieście i małej miejscowości

Barriers in the access to alcohol treatment in outpatient clinics in urban and rural community

Łukasz Wieczorek

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami IPiN w Warszawie

Summary

Aim. The aim of the study was identification of the barriers making it notably more challenging to access clinics in urban and rural communities.

Material and method. The method, which was used in this study adopts the qualitative research perspective. The research tool was an interview with a standardized list of desired information. The interviews were conducted with alcohol dependent patients and therapists. 64 interviews were performed in two outpatient clinics located in Warsaw, and in rural area.

Results. Respondents identified similar barriers for the clinics located in Warsaw and in the rural community. Those were: shame associated with seeking help, waiting time for stationary support, meeting intensity, and general clinic condition. Barriers identified by respondents from Warsaw were associated with long waiting time for outpatient treatment and individual appointment, therapeutic offer excluding deaf and mentally ill individuals from the therapy, and unattractive program requiring complete abstinence. Barriers in access to treatment spotted by the respondents from the rural community related to the lack of anonymity of treatment associated with too low number of clinics in the district, lack of choice in terms of preferred facility, commutation time and costs, as well as no inter-institutional cooperation.

Conclusions. The barriers identified in the study were similar to the ones specified in the research conducted in Poland in the 1990s, and at the end of first decade of 21st century. Barriers were psychological in character and had the form of internal withdrawal and anxiety to start treatment. Certain structural barriers were indicated as well.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, leczenie uzależnień, poradnia

Key words: alcohol dependence, alcohol treatment, outpatient clinic

Wstęp

Instytucje społeczne organizują życie społeczne jednostek, pozwalając na zapewnienie porządku społecznego w zbiorowości, w której funkcjonują. Zaspokajają również potrzeby poszczególnych jednostek i całej zbiorowości [1, 2].

Leczenie uzależnienia od alkoholu w Polsce oferowane jest w ramach usług świadczonych przez lecznictwo psychiatryczne. Placówki leczenia uzależnień, odzworowując podział funkcjonujący w sektorze psychiatrycznym, można podzielić na trzy grupy: ambulatoryjne, pośrednie i stacjonarne. Lecznictwo ambulatoryjne obejmuje swoim zasięgiem poradnie zdrowia psychicznego i specjalistyczne placówki leczenia uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Na placówki pośrednie składają się oddziały dzienne i hostele, natomiast do grupy lecznictwa stacjonarnego wchodzi ośrodki detoksykacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu, oddziały odwykowe w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych oraz samodzielne ośrodki leczenia uzależnienia od alkoholu [3, 4].

Celami, na osiągnięcie których nastawiona jest terapia osób uzależnionych od alkoholu, są między innymi: zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji, rozwiązywania problemów osobistych, prowadzenia zdrowego stylu życia, poprawy stosunków rodzinnych i zdrowia somatycznego [5].

Głównymi metodami terapii są psychoedukacja, terapia grupowa oraz trening zapobiegania nawrotom i rozwiązywania problemów osobistych w okresie trzeźwienia. Na rzecz tych metod prawie całkowicie zrezygnowano z farmakologicznego leczenia uzależnienia, ograniczając je tylko do okresu detoksykacji [6]. Czas, jaki jest niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii (utrzymywania abstynencji), to 18–24 miesiące. Dominującą formą terapii, zarówno w lecznictwie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym, jest terapia grupowa [5]. Oprócz specjalistycznych instytucji lecznictwa odwykowego pomoc osobom uzależnionym świadczą również Kluby Abstynenta i Wspólnota Anonimowych Alkoholików.

Lecznictwo odwykowe oferuje dostęp do ponad 700 placówek, z czego prawie 500 to poradnie ambulatoryjne, ponad 90 stanowią oddziały dzienne, a niecałe 100 to całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu i oddziały leczenia uzależnień. Oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (tzw. „detoksów”) jest ponad 60 [4]. W lecznictwie odwykowym zatrudnionych jest ponad trzy tysiące pracowników, 2/3 z nich to terapeuci. Ponad 90% zatrudnionych w lecznictwie ma wykształcenie średnie lub wyższe. Najwyższy poziom wykształcenia występuje wśród pracowników placówek ambulatoryjnych, gdzie ponad 80% ma wyższe wykształcenie. Wśród terapeutów dominują osoby z wykształceniem psychologicznym [3, 7], chociaż jeszcze w połowie lat 90. wśród pracowników sektora leczenia uzależnień dominowały osoby z wykształceniem medycznym, np. lekarze, pielęgniarki [8].

Dostępność leczenia dla osób uzależnionych od alkoholu ma duże znaczenie nie tylko w ograniczeniu problemu, ale również w ograniczeniu skutków zdrowotnych i społecznych związanych z piciem. W badaniach nad systemem leczenia uzależnień prowadzonych na początku lat 90. nisko oceniono stan lecznictwa odwykowego. W tym okresie lecznictwo było słabo zorganizowane, mało elastyczne, niedostosowane

do potrzeb pacjentów, finansowane centralnie, przez co nieekonomicznie zarządzane [9, 10]. Na dostępność leczenia miało wpływ również nierównomierne usytuowanie placówek, w szczególności mała ich liczba na obszarach wiejskich [9]. Infrastruktura zakładów leczenia stacjonarnego na początku lat 90. była słabo rozwinięta. Nie w każdym województwie funkcjonowały całodobowe ośrodki terapii uzależnień. Godziny pracy placówek ambulatoryjnych ograniczały dostępność instytucji. Niecałe 90% poradni odwykowych było czynne 4–5 dni w tygodniu, z czego około 30% przed południem. Pozostałe były czynne 1–3 razy w tygodniu [11]. Z analiz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) przeprowadzonych w 2011 roku wynika, że czas oczekiwania na przyjęcie do oddziałów całodobowych wynosi od kilku do kilkunastu tygodni. Dla osób zobowiązanych do leczenia jest on jeszcze dłuższy. W ponad 30% placówek ambulatoryjnych podjęcie leczenia wiąże się z okresem oczekiwania [12].

Wyniki badań nad poprawą dostępu do leczenia dla osób z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami (Projekt IATPAD) pokazują, że natrafiają one na szereg barier związanych z organizacją terapii (wąska oferta leczenia, niedostatki oferowanej pomocy, nieodpowiednie godziny otwarcia placówek, brak informacji o możliwościach podjęcia leczenia, biurokracja) oraz z czynnikami społeczno-kulturowymi, które wpływają na stosunek pacjentów do terapii [13]. Mimo że z roku na rok liczba placówek leczenia uzależnień wzrasta, nowo powstające ośrodki zlokalizowane są na obszarach miejskich, w których już wcześniej istniała oferta terapeutyczna. Tym samym oferta leczenia na obszarach wiejskich bądź w mniejszych powiatach jest mocno ograniczona i nie poprawia się wraz z przyrostem liczby placówek. W związku z mniejszą dostępnością leczenia w poradniach ambulatoryjnych (mniejsza liczba poradni, brak wykwalifikowanej kadry, problemy związane z dojazdem – odległość, czas, koszty) mieszkańcy wsi i małych miejscowości częściej korzystają z oddziałów całodobowych [12].

Poprawa dostępności leczenia wpływa na lepsze wykorzystanie zasobów systemu oraz stwarza możliwość uczestnictwa w nim dla tych, którzy do tej pory z jakichś względów nie mogli bądź nie chcieli w nim uczestniczyć. Duży odsetek osób uzależnionych nie decyduje się na jego podjęcie z powodu barier, na które natrafia [14]. Dzięki ich eliminacji więcej osób z problemami związanymi z alkoholem może być włączonych i ma możliwość skorzystać z oferty terapeutycznej, jednocześnie ograniczając dotkliwe skutki zdrowotne i społeczne związane z piciem. Omawiane w artykule badanie miało na celu identyfikację barier w dostępie do poradni na terenie dużej i małej miejscowości.

Przystępując do badania, postawiłem dwa pytania badawcze:

1. Jakie bariery utrudniające podjęcie leczenia identyfikują osoby uzależnione i terapeuci?
2. Jakie różnice w barierach można zidentyfikować w małej miejscowości i dużym mieście?

Material i metoda

W badaniach została wykorzystana metodologia jakościowa, pozwalająca na przyjęcie perspektywy respondenta w ocenie badanych zjawisk. Metody badań ja-

kościowych opierają się na osobistych doświadczeniach respondenta, który przez ich pryzmat przekazuje badaczowi informacje na interesujące go tematy. Metody badań jakościowych ukazują tematy w lokalnych kontekstach, w perspektywie badanego, pozwalając na wymianę informacji między badaczem a badanym.

Miejsce przeprowadzania badania

Badanie realizowałem w dwóch poradniach zlokalizowanych w dwóch miejscowościach zróżnicowanych pod względem wielkości terytorialnej i liczby mieszkańców. Na terenie Warszawy działają 22 poradnie terapii uzależnień. Poradnia, w której przeprowadzałem badanie, mieściła się w jednej z największych dzielnic miasta. Druga poradnia znajdowała się w mieście powiatowym zamieszkiwanym przez około 20 tys. osób. Była to jedyna poradnia na terenie powiatu, który zamieszkuje ponad 80 tys. ludzi.

Dobór respondentów

Dobór uczestników badania był celowy. Jego istotą jest, że grupę badaną tworzą tylko tacy respondenci, którzy w ocenie badacza dostarczą najpełniejszych informacji z punktu widzenia przyjętych celów badania. Prowadzący badanie dobiera respondentów na podstawie znajomości badanego zjawiska [15]. W prowadzonych przeze mnie badaniach grupę badaną stanowiły osoby uzależnione od alkoholu, które podjęły leczenie w poradni terapii uzależnień, oraz terapeuci zatrudnieni w tych placówkach. Dobór do badania pacjentów i terapeutów pozwolił na uzyskanie wypowiedzi z dwóch różnych źródeł, pozwalając na maksymalizację korzyści teoretycznych przy zastosowaniu tej samej metody badawczej [16]. Musiały być spełnione kryteria włączenia: w przypadku pacjentów było to leczenie w poradni, a terapeutów – zatrudnienie w placówce oraz aktywne leczenie osób uzależnionych. Przeprowadziłem 64 wywiady. 50 wywiadów z pacjentami (po 25 w każdej miejscowości) i 14 wywiadów z terapeutami (po 7 w każdej miejscowości).

Narzędzia badawcze

W badaniach wykorzystałem dwa rodzaje dyspozycji do wywiadów: przeznaczone dla terapeutów i pacjentów. Pacjenci byli pytani o motywy wyboru placówki, trudności z szukaniem i uzyskaniem pomocy, korzystne rozwiązania w dostępie do leczenia oraz rekomendacje dla poprawy dostępności. Terapeuci byli pytani o trudności, na jakie natrafiają osoby uzależnione, które chcą podjąć terapię, oraz ułatwienia w dostępie do leczenia. Podobnie jak pacjenci oni również byli pytani o rekomendacje dla poprawy dostępności terapii.

Przebieg badań i analiza danych

Badania były prowadzone w okresie od czerwca 2010 roku do końca maja 2011 roku. Badania właściwe zostały poprzedzone krótkim pilotażem (4 wywiady z tera-

peutami zatrudnionymi w warszawskiej poradni oraz 9 wywiadów z pacjentami z tej samej placówki), po którym zweryfikowano dyspozycje do wywiadów. Wywiady pilotażowe zostały włączone do materiału badawczego.

Badania były anonimowe, wypowiedzi zostały oznaczone numerem, dane respondentów nie były zbierane. Wywiady były nagrywane na dyktafon, a następnie poddane transkrypcji. Po jej dokonaniu nagranie zostało skasowane.

Każdy wywiad był analizowany oddzielnie. Rozpoczęcie analizy następowało od przeczytania całego tekstu i zrobienia na marginesie notatek będących podstawą do stworzenia kodów i kategorii. W tym celu wykorzystano technikę kodowania otwartego, przypisując kody do wypowiedzi respondentów tworzących logiczną całość (zdania, paragrafy). Następnie dokonano kodowania selektywnego, ograniczając liczbę kodów do takiej ilości, jaka była interesująca z perspektywy założonych celów badania. Po zidentyfikowaniu interesujących fragmentów kody zostały zagregowane w kategorie tematyczne. Kategorie te zostały przypisane do szerszych kategorii – wymiarów. Kodowanie i analiza danych została wykonana ręcznie, nie wykorzystywano żadnego oprogramowania.

Wyniki

Bariery w dostępie do leczenia miały charakter psychologiczny (wewnętrzny) oraz strukturalny związany z organizacją terapii, infrastrukturą, personelem czy też z programem terapeutycznym.

Bariery psychologiczne

W ocenie terapeutów z obu placówek poczucie wstydu związane z podjęciem leczenia jest barierą psychologiczną leżącą po stronie osób uzależnionych, która utrudnia podjęcie terapii. Osoby uzależnione od alkoholu wstydzą się choroby oraz powiązania z placówką. Uważają, żeby nikt w pobliżu poradni ich nie zauważył. Zgłoszenie do placówki jest dla osoby uzależnionej od alkoholu upokarzające: „Jest coś takiego jak wstyd, jak opór przed przyznawaniem się, gdzie się leczy, na jaką chorobę się choruje” (T7.K.S.¹); „Przyjście do poradni wiąże się z ogromnym wstydem, upokorzeniem” (T5.M.W.).

Pacjenci leczący się w poradni zlokalizowanej w małej miejscowości, podejmując terapię, mieli obawy z uwagi na poczucie braku anonimowości. Ich zdaniem jedna poradnia w miejscowości nie gwarantuje intymności oraz zachowania tajemnicy przez współleżących się. Będąc w trakcie leczenia, obawiali się, że intymne szczegóły ich życia mogą nie być potraktowane poufnie przez innych pacjentów: „Nie umiałem tak szczerze tutaj [w poradni – Ł.W.] mówić. Znaczy, nie umiałem... Miałem takie obawy, że na przykład ktoś przyszedł raz, wysłuchał. Jak ja bym tak do końca wyrzucił wszystko z siebie, a później by to po mieście chodziło” (P14.M.S.).

¹ Sposób kodowania respondentów: P – pacjent, T – terapeuta, X – numer wywiadu, M – mężczyzna, K – kobieta, W – Warszawa, S – społeczność lokalna.

Według terapeutów osoby uzależnione wstydzą się podejmować terapię, nie chcąc być powiązanymi z placówką leczenia uzależnień. Zarówno terapeuci z Warszawy, jak i z małej miejscowości dostrzegają wstyd u pacjentów, którzy zgłaszają się do leczenia. Natomiast zdaniem badanych z małej miejscowości podjęcie terapii wiązało się z utratą anonimowości. Badani z tego terenu obawiali się, że intymne szczegóły ich życia przedostaną się do wiadomości innych mieszkańców.

Bariery strukturalne

Do barier strukturalnych zaliczyłem: rozmieszczenie geograficzne poradni, czas i koszty dojazdu do placówki, organizacyjne aspekty terapii, ofertę terapeutyczną, czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia, warunki lokalowe oraz brak współpracy instytucjonalnej.

Rozmieszczenie geograficzne poradni, czas i koszty dojazdu

Bariery wynikające z rozmieszczenia geograficznego poradni dostrzegali przede wszystkim pacjenci, którzy leczyli się w małym mieście. W powiecie funkcjonowała tylko jedna placówka, co miało wpływ na dostępność leczenia: „No bo tutaj innej placówki nie ma” (P10.M.S.); „W powiecie, chyba tak, to jest jedyna poradnia, jedyny ośrodek” (T1.M.S.). W dużym mieście, gdzie liczba poradni i ich zagęszczenie jest większe, usytuowanie placówki nie jest traktowane przez uzależnionych jako bariera w dostępności.

Dla części badanych z małej miejscowości najbliższa placówka jest oddalona o kilkadziesiąt kilometrów od miejsca zamieszkania: „Tu mam najbliższą placówkę w Polsce. (...) 20 km. (...) No jest kawałek” (P25.M.S.).

Z geograficznym rozmieszczeniem poradni związane są inne bariery, które utrudniały podjęcie leczenia pacjentom z małego miasta, takie jak czas i koszty dojazdu do placówki. Pacjenci muszą poświęcić dużo czasu na dotarcie do placówki. Dojazd zabiera im często więcej niż godzinę, co w ocenie badanych zajmuje zbyt długo: „Jak dojadę do Ciechanowa trzydzieści parę kilometrów? Do Warszawy, jeszcze dalej? A tutaj mam piętnaście kilometrów (...) daleko. Jadę godzinę prawie. Mam półtorej godziny z wyjściem stąd do domu, w jedną stronę, żeby dojechać do domu, stąd wyjść, rower wziąć i do domu dojechać” (P20.K.S.).

W ocenie terapeutów koszty dojazdu do poradni w małej miejscowości są często dla pacjentów utrudnieniem w podejmowaniu i dalszym utrzymywaniu leczenia. Codzienne dojazdy związane z terapią są kosztowne, a zdarza się, że pacjenci nie otrzymują zwrotu kosztów przejazdu od gminy: „To jest jeden z powodów, kiedy mówią: Proszę pani, ja nie będę przyjeżdżał, bo ja nie mam za co. Pacjent, który przyjeżdża do nas na terapię, właśnie na oddział dzienny codziennie, no to kosztują go dojazdy” (T2.K.S.).

Bariery związane z geograficznym rozmieszczeniem poradni, czasem i kosztami dojazdu identyfikowali jedynie badani z małej miejscowości, gdzie funkcjonowała jedna placówka w całym powiecie. To sprawiało, że osoby uzależnione od alkoholu z tego obszaru nie miały możliwości wyboru innej placówki. Oddalenie poradni od

miejsca zamieszkania generuje koszty związane z dojazdem, które mogą być szczególnie dotkliwe dla osób mniej zamożnych. Również czas, jaki pacjenci muszą poświęcić na dojazd do oddalonej poradni (czasami o kilkadziesiąt kilometrów), sprawia, że niechętnie przyjeżdżają do placówki.

Organizacyjne aspekty terapii

Obowiązujący program terapeutyczny jest również zbyt intensywny. Nie tylko pacjenci są takiego zdania, dostrzegają to również terapeuci. Perspektywa zajęć grupowych odbywających się kilka razy w tygodniu na początku leczenia może być kłopotliwa dla osób uzależnionych i zniechęcać ich do podejmowania terapii. Szczególnie, że obecność jest ściśle przestrzegana. „Widzę też jak gdyby po próbach innych osób, na przykład moich znajomych, którzy niby chcą, ale jak słyszą, że to jest trzy razy w tygodniu – no to przecież ja nie mam czasu, prawda. A więc od razu jest takie wycofanie się, że – no jak to, przecież ja nie mam czasu, albo – to za dużo czasu” (P7.M.W.).

Dni i godziny, w jakich odbywa się terapia, są z góry ustalone, pacjenci nie mogą ich dostosować do własnego harmonogramu dnia. W sytuacji, gdy pacjenci pracują w godzinach terapii, pojawia się problem z regularnym i pełnym uczestnictwem. Zajęcia terapeutyczne najczęściej odbywają się w dni powszednie, z wyłączeniem sobót i niedziel. Z kolei większość pacjentów mogłaby swobodnie przychodzić na terapię w weekend. „Problemem jest też praca, ponieważ kiedy pacjenci pracują zmianowo, nawet ci, którzy mają gospodarstwa. Dojeżdżają do Nowego Dworu, Warszawy czy do Łomianek i wtedy mają pracę trzyzmianową – więc to też jest jakiś problem. Problemem jest też, kiedy pacjent pracuje np. od godziny siódmej do godziny osiemnastej, więc generalnie ma kłopot z uczestniczeniem w zajęciach grupowych” (T5.K.S.).

W ocenie badanych czas trwania terapii (szacowany na dwa lata) również może być barierą w dostępie do leczenia. Osoby, które już się leczą, podejmując terapię, nie wiedziały, że będzie trwała tak długo. Informacja o dwuletnim leczeniu może zniechęcać do podejmowania terapii. Nieuwzględnianie potrzeb pacjentów w zakresie organizacji spotkań terapeutycznych eliminuje z leczenia tych, którzy nie mogą sobie pozwolić na przychodzenie do poradni w narzuconych z góry terminach. Praca zawodowa i inne obowiązki mogą kolidować z regularnym uczestnictwem w zajęciach, a w konsekwencji prowadzić do rezygnacji z leczenia. Brak zajęć terapeutycznych w dni wolne od pracy ogranicza dostępność tym, którzy właśnie wtedy mogliby uczestniczyć w leczeniu.

Oferta terapeutyczna

Badani dostrzegali także bariery wynikające z programu terapeutycznego realizowanego w obu placówkach. W ocenie pacjentów z warszawskiej poradni program terapeutyczny jest skostniały i nie był od wielu lat unowocześniany, brakuje w nim nowych faktów dotyczących problemu uzależnienia. Przekazywane treści są w ocenie pacjentów nieatrakcyjne, brak jest nowych podejść terapeutycznych i technik leczenia.

W poradni ambulatoryjnej leczone są osoby, u których wiodącym problemem jest uzależnienie od alkoholu. Jednak zdaniem terapeutów z warszawskiej placówki problem z dostępnością leczenia mają osoby głuche i osoby z zaburzeniami psychicznymi mające problem z piciem. Osoby głuche nie mogą w pełni uczestniczyć w terapii, gdyż brakuje terapeutów posługujących się językiem migowym: „Niespecjalnie jest oferta dla osób głuchoniemych, na przykład. Chyba są jacyś terapeuci, którzy posługują się językiem migowym, ale jest ich bardzo mało (...) oni wiedzą, że nie mają po co przychodzić” (T1.K.W.).

Brak oferty terapeutycznej dla tych specyficznych grup powoduje, że nie mogą one podjąć terapii lub jeśli już ją podejmują – nie mogą w niej w pełni uczestniczyć. Ograniczenie dostępności leczenia dla osób głuchych i z zaburzeniami psychicznymi marginalizuje te grupy w sektorze leczenia odwykowego.

Barierą wynikającą z programu terapeutycznego są jego założenia, w szczególności konieczność utrzymywania abstynencji od alkoholu. Utrzymywania abstynencji wymaga się już od samego początku terapii, stanowi ona warunek jej podjęcia. Problem ten dostrzegają tylko terapeuci z warszawskiej poradni. Według nich utrzymywanie abstynencji wyklucza z leczenia osoby, które nie chcą przestać pić: „Z definicji ta tradycyjna metoda wyklucza te osoby, które nie chcą przestać pić (...) ten program tradycyjny, przynajmniej na początku, jest nastawiony na pracę nad pełną abstynencją. A są osoby, które nie chcą przestać pić albo które nie są w stanie przestać pić” (T5.M.W.).

Konieczność utrzymywania abstynencji już w momencie podjęcia leczenia sprawia, że osoby nietrzeźwe nie mogą uczestniczyć w terapii. Ci, którym zdarzy się zapicie, są odsyłani, nawet jeśli zgłaszają gotowość uczestnictwa w zajęciach.

Założenie o utrzymywaniu abstynencji wykluczało wpisanie nauki picia alkoholu w sposób kontrolowany w program terapeutyczny, mimo że z doświadczeń terapeutów wynika, że osoby uzależnione mają takie potrzeby. Możliwość nauki picia kontrolowanego zachęcałaby do podejmowania leczenia. „W przypadku przynajmniej niektórych osób uzależnionych od alkoholu jest możliwy powrót do picia umiarkowanego, kontrolowanego, towarzyskiego, bo to zależy też od fazy uzależnienia. Ale że są osoby, które taką możliwość mają” (T5.M.W.).

Ograniczenia programu terapeutycznego obowiązującego w placówkach, gdzie było przeprowadzane badanie, wpływają zdaniem pacjentów i terapeutów na podejmowanie decyzji o podjęciu leczenia. Intensywność terapii, jej długi czas trwania są przeszkodami, które zniechęcają do podejmowania leczenia. Również same założenia programu terapeutycznego związane z koniecznością utrzymywania abstynencji wykluczają z leczenia osoby, które nie chcą przestać pić całkowicie, a jedynie ograniczyć spożywanie alkoholu, powrócić do picia umiarkowanego, towarzyskiego. Brak programu dla osób chcących pić w sposób kontrolowany eliminuje z leczenia tych, którzy chcieliby się tego uczyć.

Czas oczekiwania na leczenie

Zdaniem badanych barierą ograniczającą dostępność leczenia był czas oczekiwania na terapię prowadzoną w formie ambulatoryjnej lub stacjonarnej oraz na spotkania

indywidualne. W Warszawie czas oczekiwania na terapię grupową w poradni był zbyt długi. W ocenie terapeutów jest on istotny, jeśli osoba, która decyduje się na przyjsię do placówki, ma niską motywację do leczenia. „Są też placówki, gdzie trzeba czekać tydzień, dwa na wizytę u lekarza i to może być bariera... Czy tydzień albo dłużej na wizytę u terapeuty. (...) Klient zmotywowany poczeka, klient niezmotywowany nie poczeka” (T7.K.W.).

Na terapię indywidualną podczas leczenia ambulatoryjnego pacjenci również muszą czekać kilka tygodni.

Największe trudności zdaniem badanych wiązały się z podjęciem leczenia stacjonarnego. Ta forma jest szczególnie popularna wśród mieszkańców małych miejscowości. Osoby uzależnione muszą czekać na podjęcie terapii stacjonarnej kilka tygodni: „Na stacjonarne, żeby się dostać do tego szpitala, z tego, co ja wiem, to przez trzy miesiące trzeba czekać na miejsce” (P14.M.S.).

Wydłużony czas oczekiwania na leczenie może być zdaniem terapeutów barierą determinującą podjęcie terapii. Kilkutygodniowy czas oczekiwania może zniechęcać uzależnionych, przyczyniając się do rezygnacji dopiero co podjętego leczenia bądź do jego niepodejmowania. Pacjenci z Warszawy muszą oczekiwać dłużej na leczenie ambulatoryjne niż pacjenci z małej miejscowości. Równie długo pacjenci muszą czekać na terapię indywidualną. Czas oczekiwania na leczenie stacjonarne, wynoszący kilka tygodni, jest podobny dla jednych, jak i drugich.

Warunki lokalowe

Zdaniem badanych przeszkodą w podjęciu leczenia może być wygląd poradni leczenia uzależnień oraz warunki, w jakich odbywa się terapia. Zaniedbany wygląd placówek odwykowych przekłada się na ich negatywne postrzeganie, co ma wpływ na podejmowanie leczenia. „Takie wrażenia to na początku kiepskie już są, tutaj taki wczesny Gierek to jest” (P2.K.S.).

Dostępność leczenia może być ograniczona przez warunki związane z infrastrukturą. Osoby mające problemy z poruszaniem się, przez niedostosowanie placówek dla osób z niepełnosprawnościami, mają ograniczone możliwości podjęcia terapii. Brak podjazdów i wind wyklucza możliwość uczestnictwa osób poruszających się na wózkach. „Mało jest chyba takich ośrodków w Warszawie, z tego, co ja kojarzę, a większość jakoś tak kojarzę, żeby miały co najmniej podjazd dla wózków. No u nas jest to całkowicie niemożliwe, żeby tu ktoś sobie wjechał” (T2.K.W.).

Zidentyfikowane przez badanych złe warunki lokalowe wywierają wpływ na postrzeganie leczenia odwykowego, co może stanowić barierę w podjęciu terapii. Szczególnie niedostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami powoduje, że osoby mające problem z poruszaniem nie mogą uczestniczyć w leczeniu.

Brak współpracy między instytucjami

Dla terapeutów z małej miejscowości barierą, która ograniczała dostępność leczenia, był brak współpracy między różnymi instytucjami. W ich ocenie taka współpraca

sprzyja objęciu pomocą większych grup osób mających problem z piciem. Przekazywanie informacji o metodach leczenia, wskazywanie przez pracowników instytucji z obszaru zdrowia i pomocy społecznej możliwości podjęcia terapii sprzyja zwiększeniu świadomości osób uzależnionych, co może być impulsem do podjęcia leczenia. Na terenie małej miejscowości współpraca między instytucjami odpowiedzialnymi za pomoc osobom uzależnionym jest zdaniem terapeutów niezadowalająca. Inne instytucje bardzo rzadko kierują osoby mające problem z piciem do poradni odwykowej. Na przykład Punkt Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nie udziela informacji o możliwościach leczenia w poradni, jak również nie kieruje uzależnionych na terapię. Również współpraca poradni z ośrodkiem pomocy społecznej w tym zakresie jest słaba. Pracownicy ośrodka nie kierują pacjentów na leczenie bezpośrednie do poradni odwykowej. „Wszystkie punkty [profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych – Ł.W.] we wszystkich gminach i mieście, miastach wiedzą, że my istniejemy. Oni nie udzielają pacjentom informacji, że mogą do nas przyjść. Opieka społeczna nie kieruje do nas, tylko kieruje do punktu profilaktyki” (T6.K.S.).

Nie czynią tego również lekarze z zakładów opieki zdrowotnej: „Co z tego, jak pacjent wejdzie do gabinetu i lekarz mu powie – nie, wie Pan, bo to dwa lata trzeba chodzić; więc ja Panu wypiszę receptę na Anticol” (T5.K.S.).

Współpraca poradni na terenie małej miejscowości z innymi instytucjami w zakresie ułatwiania dostępu do leczenia jest słaba. Brakuje częstszych kontaktów między pracownikami, udzielania informacji o możliwościach leczenia, angażowania w szerszą działalność diagnostyczną lub profilaktyczną. Ogranicza to objęcie leczeniem szerszych rzesz osób mających problem z piciem, udzielanie informacji społeczności oraz zwiększenie świadomości pracowników innych instytucji odpowiedzialnych za świadczenie pomocy osobom uzależnionym.

Omówienie wyników

Zidentyfikowane w badaniu bariery są podobne do tych, które zostały określone w poprzednich badaniach – prowadzonych w latach 90. [9, 11], badaniach IATPAD [13] i analizach PARPA [12]. Przeszkody miały charakter barier psychologicznych związanych z wewnętrznymi zahamowaniami i obawami osoby uzależnionej przed podjęciem terapii oraz strukturalny dotyczący organizacji leczenia w poradni.

Podobnie jak w badaniach IATPAD [13] barierą psychologiczną był wstyd przed podjęciem leczenia. Był on obecny w postawach pacjentów z Warszawy oraz z małego miasta. Wstyd jest związany z negatywnym postrzeganiem choroby alkoholowej w społeczeństwie i wiąże się przede wszystkim z obawą przed powiązaniem z poradnią odwykową. Dlatego też badani unikali przebywania w pobliżu placówki. Pacjenci obawiali się również podejmować leczenie w obawie przed utratą anonimowości.

Bariery strukturalne dostrzeżone w omawianym badaniu były również zidentyfikowane we wcześniej prowadzonych analizach dostępności sektora leczenia uzależnień, między innymi przez Godwod-Sikorską [9], Ratajczaka [11], PARPA [12]. Podobnie jak w badaniach z lat 90., gdzie przeszkodami w podjęciu leczenia były słabo rozwinięta infrastruktura zakładów lecznictwa odwykowego na obszarach wiejskich, niedosto-

sowane do potrzeb pacjentów godziny otwarcia placówek, tak w prezentowanym materiale respondenci do barier zaliczyli geograficzne rozmieszczenie poradni na terenach wiejskich, organizację grup terapeutycznych (godziny i dni, w jakich odbywa się terapia). Ze słabo rozwiniętą infrastrukturą placówek związane są wydłużony czas i wysokie koszty dojazdu do poradni. Szczególnie na obszarach wiejskich, na których, jak wynika z analiz PARPA, w dalszym ciągu nie odnotowuje się przyrostu liczby placówek. Podobne zbieżności dotyczą czasu oczekiwania na leczenie (ambulatoryjne, stacjonarne i indywidualne), który został dostrzeżony przez badanych, a według PARPA w około 1/3 placówek ambulatoryjnych podjęcie terapii wiąże się z okresem oczekiwania [12]. W badaniach IATPAD [13] niedostosowanie programu do potrzeb klientów placówki zostało potraktowane jako przeszkoda w podjęciu terapii. W prezentowanych analizach badani zidentyfikowali obszary, które ich zdaniem sprawiają, że jest on barierą. Brakuje w nim informacji o nowych doniesieniach naukowych o podejściach terapeutycznych i technikach leczenia, program jest zbyt długi i intensywny, wymaga całkowitego utrzymywania abstynencji, dyskryminuje tych, którzy chcą pić w sposób kontrolowany.

Do barier strukturalnych badani zaliczyli również te, które odnosiły się do złej infrastruktury i warunków lokalowych, szczególnie istotnych dla osób z niepełnosprawnością w poruszaniu się. Zidentyfikowane w prezentowanym materiale bariery pokrywają się z tymi z badań IATPAD [13], gdzie stan placówek również był przeszkodą w podejmowaniu leczenia.

Mimo założonej w Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [17] współpracy międzyinstytucjonalnej, jej brak jest dostrzegany przez terapeutów. Szczególnie widoczny jest między instytucjami, które świadczą pomoc dla osób uzależnionych, działającymi na tym samym terenie co poradnia. Nie podejmują one między sobą współpracy (na przykład nie kierują na leczenie, nie angażują się w szerszą działalność diagnostyczną lub profilaktyczną).

Analiza materiału badawczego pozwoliła na rozróżnienie podobieństw i różnic w barierach zidentyfikowanych przez pacjentów i terapeutów z poradni warszawskiej i z małej miejscowości. Bariery psychologiczną zidentyfikowaną przez badanych z obu placówek jest wstyd przed przyznaniem się do uzależnienia, wynikający z negatywnego postrzegania problemu uzależnienia od alkoholu. Negatywne postrzeżenie uzależnienia jest przenoszone na postrzeżenie placówek leczenia odwykowego, co wzbudzało w badanych obawę i strach przed powiązaniem ich z poradnią niezależnie od miejsca, gdzie terapia była prowadzona.

Bariery strukturalne, które były dostrzeżone przez badanych z małego miasta i z Warszawy, odnosiły się do wydłużonego do kilku tygodni czasu oczekiwania na terapię w warunkach stacjonarnych, intensywności odbywania się zajęć oraz złych warunków lokalowych uniemożliwiających grupom mającym problem z poruszaniem się uczestnictwo w leczeniu. Zajęcia odbywające się kilka razy w tygodniu są kłopotliwe i obciążające czasowo, z kolei zaniedbanie w infrastrukturze placówek sprzyja utrzymywaniu się negatywnego wizerunku lecznictwa uzależnień.

Bariery strukturalne identyfikowane tylko przez badanych z Warszawy odnosiły się do długiego czasu oczekiwania na leczenie w poradni ambulatoryjnej oraz na

spotkania indywidualne z terapeutą. Dostrzegali oni również przeszkody wynikające z oferty terapeutycznej wykluczającej możliwość uczestnictwa w terapii osób głuchych i z zaburzeniami psychicznymi, które mają problemy z piciem. Także obowiązujący w placówce program terapeutyczny był identyfikowany jako bariera w podejmowaniu leczenia. Program terapeutyczny jest w ocenie badanych nieatrakcyjny pod względem przekazywanych treści merytorycznych, które nie zawierają najnowszych doniesień naukowych dotyczących metod i technik terapeutycznych. Jest to subiektywna ocena badanych oparta, jak można przypuszczać, na wyobrażeniu o leczeniu przedstawianym w środkach masowego przekazu. Respondenci nie precyzowali, co oznacza dla nich nowoczesny program terapeutyczny. Można wnioskować, że chodzi o założenia programu terapeutycznego, gdzie podstawowym celem jest konieczność utrzymania abstynencji od alkoholu oraz brak możliwości nauki picia alkoholu w sposób kontrolowany. Całkowitej abstynencji wymaga się już od samego początku terapii, stanowi ona warunek jej podjęcia, wykluczając tym samym z leczenia osoby, które nie chcą bądź nie potrafią przestać pić. Z doświadczeń terapeutów wynika, że gdyby była możliwość nauki picia alkoholu w sposób kontrolowany, leczenie podejmowałyby osoby, które teraz tego nie robią, gdyż nie chcą utrzymywać całkowitej abstynencji.

Z kolei dla badanych z małej miejscowości barierą psychologiczną było poczucie braku anonimowości. Zdaniem badanych jedyna poradnia w miejscowości i powiecie nie gwarantuje intymności oraz zachowania tajemnicy przez innych uczestników. Z geograficznym ograniczeniem dostępności do poradni wiąże się ograniczona możliwość wyboru placówki, dojazd do niej wymaga więcej czasu oraz generuje duże koszty (szczególnie dla leczących się na oddziale dziennym). Dla badanych z małego miasta przeszkodą w dostępności leczenia jest również czas trwania terapii, który średnio wynosi dwa lata. Podejmując leczenie, pacjenci oczekiwali, że będzie ono trwało krócej. Wpływ ma również współpraca międzyinstytucjonalna tworząca sieć, która „wylapywałaby” osoby mające problem z piciem. Na terenie miasteczka brakuje współpracy między instytucjami działającymi na polu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Pracownicy instytucji, mających kontakt z osobami uzależnionymi (np. Punkt Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Pomocy Społecznej, Zakład Opieki Zdrowotnej), nie kierują ich do poradni. Współpraca w małej społeczności nie angażuje różnych instytucji do działalności np. profilaktycznej lub diagnostycznej.

Zaprezentowane badanie zwraca uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom większej anonimowości, zwiększenia dostępności placówek na obszarach wiejskich poprzez stwarzanie możliwości leczenia ambulatoryjnego, na przykład w rozlokowanych dość licznie placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, co mogłoby się przełożyć na ograniczenie czasu wymaganego na dojazd do poradni, kosztów z tym związanych oraz czasu oczekiwania na leczenie. Wpływ na podejmowanie leczenia ma wizerunek leczenia odwykowego, który mógłby zostać zmieniony przez poprawę stanu lokali i ich dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przerobienie paradygmatu terapeutycznego i dopuszczenie do terapii osób, które nie chcą utrzymywać abstynencji, a chcą uczyć się picia alkoholu w sposób kontrolowany, mogłoby przełożyć się na zwiększenie dostępności leczenia.

Przeprowadzone badania jakościowe są etapem, po którym powinny zostać przeprowadzone badania z wykorzystaniem metod ilościowych. Ich celem byłoby oszacowanie występowania poszczególnych rodzajów barier z uwzględnieniem wielkości miejscowości.

Należy jeszcze wspomnieć, że prowadzone przeze mnie badania mają swoje ograniczenia. Grupą badaną były osoby uzależnione, które leczyły się w poradni ambulatoryjnej. Nie włączyłem do badania osób, które miały problem z pić i nie podjęły leczenia. Ich opinie na temat dostępności terapii mogły uzupełnić wypowiedzi pacjentów poradni oraz zwrócić uwagę na bariery z punktu widzenia osób, które nie podjęły leczenia. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne (należało spełnić jedynie kryteria włączenia do badania), być może obawiały się do niego zgłosić osoby, które mają odmienne doświadczenia i punkty widzenia na omawiane w badaniu kwestie. Ponadto, miejscem prowadzenia wywiadu była poradnia, w której respondenci się leczyli, przez co mogli odczuwać dyskomfort i nie czuć się swobodnie w trakcie wywiadu. Szczególnie takie odczucia mogli mieć badani z małej miejscowości, w której to terapeuci umawiali respondentów na wywiady.

Na ograniczenia prowadzonych badań mógł mieć również wpływ dobór miejsc, w których je prowadzono. Placówki zostały dobrane przede wszystkim ze względu na dość dużą liczbę personelu w nich zatrudnionego i łatwość dostępu do respondentów.

Wnioski

1. Zidentyfikowane bariery były podobne do tych opisanych w badaniach prowadzonych w Polsce w latach 90. i pod koniec pierwszej dekady XXI w.
2. W ocenie badanych przeszkody utrudniające dostęp do leczenia w poradniach miały charakter barier psychologicznych związanych z wewnętrznymi zahamowaniami i obawami osoby uzależnionej przed podjęciem terapii oraz strukturalnych dotyczących organizacji leczenia w poradni.
3. Badani identyfikowali podobne bariery w dostępie do leczenia w poradniach zlokalizowanych w Warszawie i małym mieście. Był to wstyd, jaki wiąże się z podejmowaniem leczenia z powodu picia, czas oczekiwania na terapię w warunkach stacjonarnych, intensywność odbywania się zajęć, złe warunki lokalowe.
4. Bariery identyfikowane tylko przez badanych z Warszawy związane były z długim czasem oczekiwania na terapię w poradni ambulatoryjnej oraz na spotkania indywidualne, ofertą terapeutyczną wykluczającą uczestnictwo w terapii osób głuchych i z zaburzeniami psychicznymi, nieatrakcyjnym programem terapeutycznym wymagającym bezwzględnego utrzymywania abstynencji.
5. Bariery w dostępie do leczenia identyfikowane tylko przez badanych z małej miejscowości odnosiły się do braku anonimowości leczenia związanego ze zbyt małą liczbą poradni w powiecie skutkującą ograniczeniem wyboru miejsca leczenia, czasu i kosztów dojazdu do placówki, długością trwania terapii oraz ograniczonej współpracy międzyinstytucjonalnej.

Piśmiennictwo

1. Szczepański J. *Elementarne pojęcia socjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1970.
2. Skąpska G, Ziółkowski M. *Instytucja społeczna*. W: Kojder A, Kosela K, Kwaśniewicz W, Kubiak H, Mucha J, Szacki J. i wsp. red. *Encyklopedia Socjologii*. Tom 1. Warszawa: Oficyna Naukowa; 1998. s. 317–321.
3. *Poprawa dostępu do leczenia dla osób z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami. Projekt IATPAD*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2009.
4. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*. Rocznik Statystyczny 2009. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
5. *Metody leczenia uzależnień*. Stan na 06.01.2015r. <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu> [dostęp: 17.01.2017].
6. Habrat B. *Leki stosowane w leczeniu uzależnienia od alkoholu*. Alkohol. i Narkom. 1994; 1(15): 7–14.
7. *Sprawozdanie z realizacji Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2009*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2010.
8. Kasprzak J. *Kadry i system podnoszenia kwalifikacji w lecznictwie odwykowym*. W: Woronowicz B, Fudała J, Kasprzak J, Kędziński H, Muszyńska A, Ratajczak B. i wsp. red. *Raport o stanie lecznictwa odwykowego w Polsce za lata 1994/1995*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 1997. s. 67–98.
9. Godwod-Sikorska C. *Lecznictwo odwykowe w Polsce. Diagnoza: kierunki reform*. Alkohol. Narkom. 1992; 10: 39–62.
10. Klingemann JI. *Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce*. Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej, tom 11. Warszawa: IPSiR UW; 2010.
11. Ratajczak B. *Stan bazy materialnej zakładów lecznictwa odwykowego*. W: Woronowicz B, Fudała J, Kasprzak J, Kędziński H, Muszyńska A, Ratajczak B. i wsp. red. *Raport o stanie lecznictwa odwykowego w Polsce za lata 1994/1995*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 1997. s. 15–30.
12. Fudała J. *Polskie lecznictwo odwykowe w liczbach*. Świat problemów 2012; 11: 5–9.
13. Bujalski M. *Bariery w dostępie do leczenia uzależnień*. Serwis Informacyjny Narkomania 2011; 1: 42–46.
14. Gilchrist G, Moskalewicz J, Nutt R, Love J, Germei E, Valkova I. i wsp. *Understanding access to substance treatment services in Europe: a multi-country users' perspective*. Drugs Educ. Prev. Polic. 2014; 21: 120–130.
15. Wasilewska E. *Statystyka opisowa nie tylko dla socjologów*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2008.
16. Flick U. *Jakość w badaniach jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
17. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 1982 Nr 35 poz. 230).

Adres: Łukasz Wieczorek
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 1.06.2015
Zrecenzowano: 16.09.2015
Otrzymano po poprawie: 23.09.2015
Przyjęto do druku: 24.10.2015