

Dostępność pomocy w leczeniu uzależnień w Polsce dla pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Jacek Moskalewicz, Łukasz Wieczorek

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomanami

Wprowadzenie

Formalnie rzecz biorąc uzależnieni od substancji psychoaktywnych, w tym uzależnieni od narkotyków mają do wyboru wiele rodzajów placówek terapeutycznych i form leczenia.

Należą do nich:

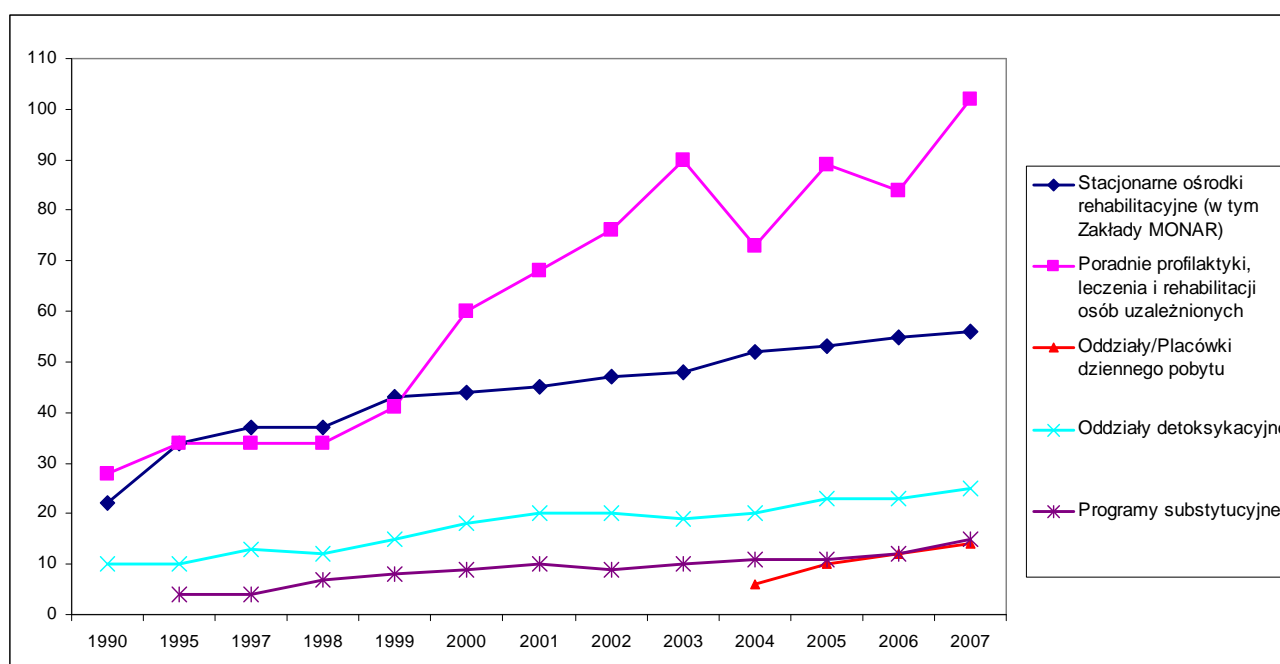
1. poradnie podstawowej opieki zdrowotnej,
2. placówki szpitalne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej
3. poradnie terapii uzależnienia od alkoholu,
4. poradnie zdrowia psychicznego w tym poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży
5. poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
6. oddziały detoksykacyjne,
7. ośrodki rehabilitacji średnio i długoterminowej,
8. oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (Rocznik 2007).

Oprócz dwóch pierwszych rodzajów placówek, pozostałe placówki świadczą usługi specjalistyczne. Z danych statystycznych wiemy, że w ostatnim dziesięcioleciu nastąpił znaczny rozwój ilościowy leczenia specjalistycznego. W latach 1997-2007 trzykrotnie wzrosła liczba poradni dla osób uzależnionych, z trzydziestu kilku w roku 1997 do 102 w dziesięć lat później. Sieć stacjonarnych placówek detoksykacyjnych zwiększyła się w tym samym okresie prawie dwukrotnie do 25 oddziałów dysponujących kilkuset łózkami w całym kraju. W Polsce dominującym ogniwem leczenia jest terapia stacjonarna, oparta na modelu społeczności terapeutycznej, często prowadzona poza miejscem zamieszkania. W 2007 roku działało 56 ośrodków rehabilitacyjnych prowadzących leczenie stacjonarne. W ciągu 10 lat ich liczba wzrosła prawie o 50%, głównie poza MONAR'em bowiem liczba placówek MONAR pozostaje od lat na niezmiennym poziomie (Rocznik 1997-2007; Sprawozdanie

2009). Niewiele jest oddziałów dziennych dla pacjentów uzależnionych od narkotyków. Mimo że przybywa ich bardzo szybko to w roku 2007 mogliśmy pochwalić się zaledwie 14 ośrodkami tego typu.

W 2007 roku funkcjonowało 15 programów substytucyjnych skierowanych do osób uzależnionych od opiatów, co z jednej strony oznacza czterokrotny wzrost w porównaniu z latami dziewięćdziesiątymi; z drugiej strony programy te obejmują zaledwie kilka procent ludzi wymagających takiego leczenia.

Wykres 1. Liczba placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych



Źródło: Roczniki Statystyczne 1997 – 2007; EMCDDA; KBPN 2000-2004; Sprawozdanie KPPN 2003-2005; Informacje o realizacji działań wynikających z KPPN 2006

Celem tego artykułu jest próba przybliżenia odpowiedzi na pytanie, jaka jest dostępność tych placówek i czy uzależnieni mają rzeczywiście szeroki wybór co do form leczenia i metod terapeutycznych. Odpowiedzi na te pytania szukać będziemy w kilku, zrealizowanych w ostatnich latach, badaniach:

1. Poprawa dostępności do leczenia ludzi z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami (IATPAD - *Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol and Drug Problems*)

2. Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce
3. Ocena popytu na leczenie substytucyjne w Warszawie

Badanie IATPAD

Badanie IATPAD (*Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol- and Drug-Related Problems*) było prowadzone równolegle w Bułgarii, Grecji, Hiszpanii, Polsce, Słowacji, Słowenii, Szkocji i Włoszech. Celem badania było określenie barier w dostępie do leczenia osób uzależnionych, wliczając w to bariery wynikające z postaw personelu medycznego. W Polsce badanie było przeprowadzone w Warszawie na losowej próbie publicznych i prywatnych zakładów opieki zdrowotnej, w trzech „punktach wejścia” do systemu leczenia: poradniach podstawowej opieki zdrowotnej, placówkach psychiatrycznych oraz placówkach leczenia uzależnień od alkoholu oraz od narkotyków (Bujalski 2008).

Badano między innymi postawy personelu medycznego do różnych grup pacjentów oraz percepcję barier w dostępie do leczenia w oczach pacjentów. W ramach badania postaw, respondenci rekrutujący się spośród personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy socjalni itp.) odpowiadali na pytania skali MCRS (*Medical Conditions Regard Scale*) mierzącej stosunek do różnych kategorii pacjentów; w przypadku tego badania do pacjentów uzależnionych od narkotyków, uzależnionych od alkoholu, cierpiących na depresję i cukrzycę. Maksymalna liczba punktów odpowiadająca „najlepsze” stosunkowi do danej kategorii pacjentów wynosiła 60.

We wszystkich krajach biorących udział w badaniu pracownicy medyczni mają „najgorszy” stosunek do pacjentów uzależnionych od narkotyków, następnie do uzależnionych od alkoholu, na kolejnej pozycji znaleźli się pacjenci chorzy na cukrzycę a stosunkowo „najlepiej” zostali ocenieni pacjenci cierpiący na depresję.

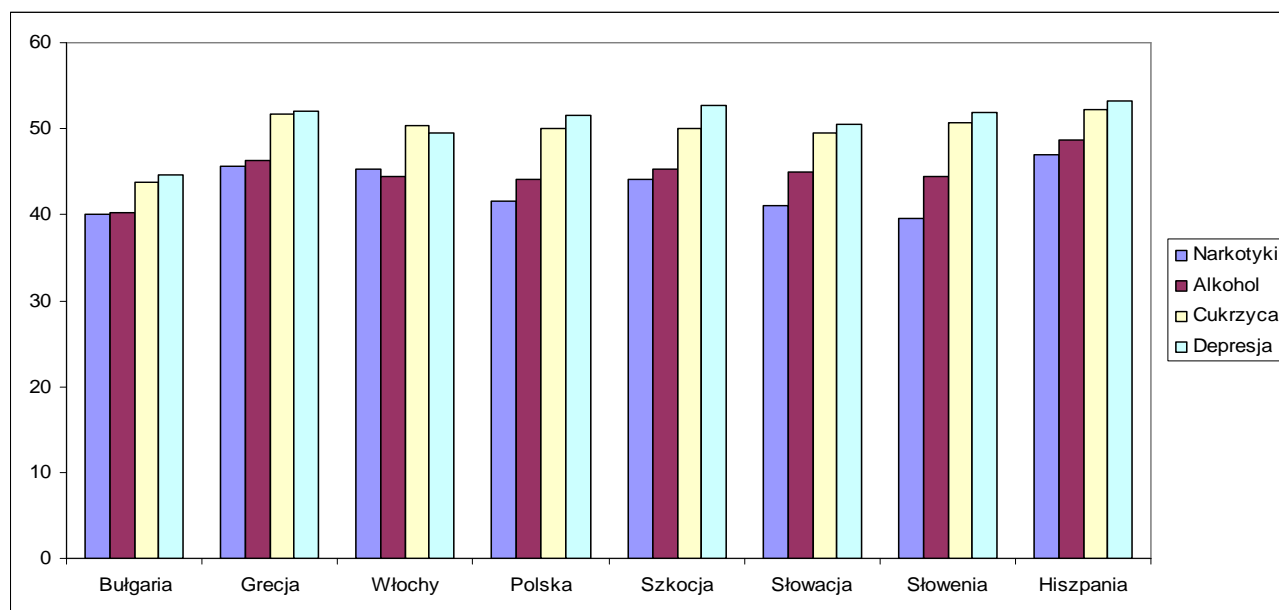
Tabela 1. Skala stosunku do pacjenta (MCRS)

Typ zaburzeń	N	Średnia (SD)	CI 95%
Narkotyki	855	43.67 (10.25)	43.0, 44.4
Alkohol	862	45.35 (8.92)	44.8, 45.9
Cukrzyca	807	50.19 (6.85)	49.7, 50.7
Depresja	850	51.34 (6.71)	50.9, 51.8

Źródło: Gilchrist i wspł. 2009

Stosunek do uzależnionych od narkotyków jest jednak relatywnie lepszy w krajach „starej” Unii Europejskiej niż wśród jej nowych członków: w Bułgarii, Polsce, Słowacji i Słowenii. Na tle nowych członków UE stosunek do pacjentów uzależnionych do narkotyków jest w Polsce nieco bardziej pozytywny.

Wykres 2. Skala stosunku do pacjenta wg kraju

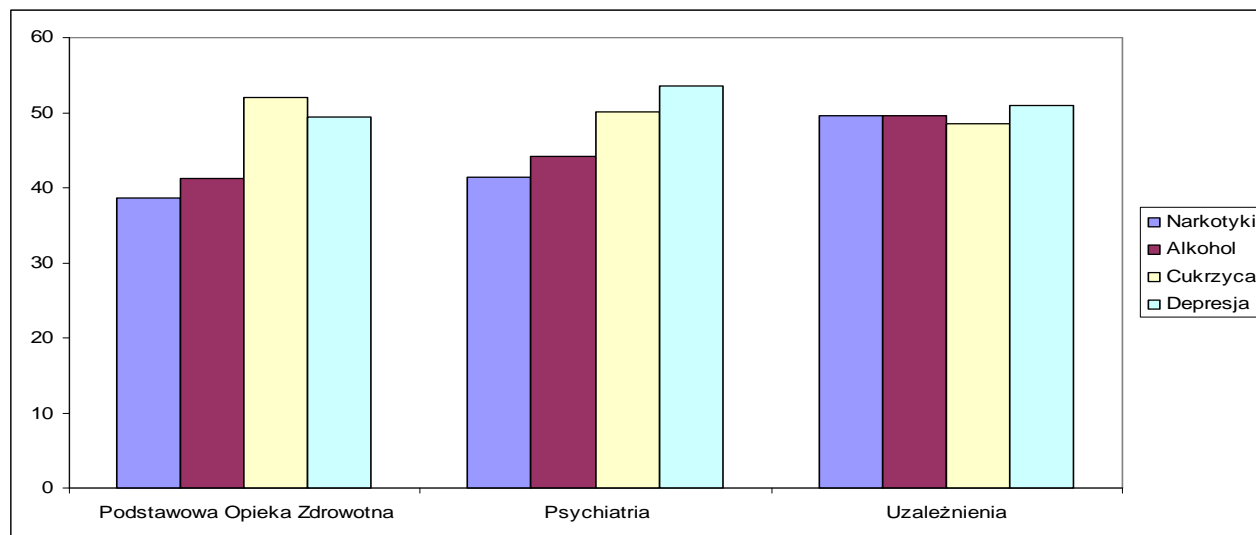


Źródło: Gilchrist i wspł. 2009

Jeśli wziąć pod uwagę postawy personelu pracującego w poszczególnych „punktach wejścia” do systemu leczenia można zauważyć, że najgorzej pacjenci uzależnieni od substancji psychoaktywnych są postrzegani przez personel podstawowej opieki zdrowotnej. Niewiele lepszy stosunek do pacjentów uzależnionych mają zatrudnieni w opiece psychiatrycznej.

Najbardziej otwarte podejście do pacjentów wykazują lekarze z placówek specjalistycznych skierowanych na leczenie osób uzależnionych.

Wykres 3. Skala stosunku do pacjenta wg specjalizacji placówki



Źródło: Gilchrist i wspł. 2009

Pogłębione wywiady z pacjentami pozwoliły na identyfikacje barier w dostępie do leczenia, wśród których wyodrębniono bariery strukturalne i instytucjonalne. Wśród barier strukturalnych pacjenci przywołali problem zbyt represyjnej legislacji, stygmatyzacji osób uzależnionych, negatywnej prezentacji narkomanii w mediach. Bariery instytucjonalne obejmują takie kwestie jak:

- Brak oferty w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
- Słaba informacja o istniejącej sieci placówek specjalistycznych,
- Mała liczba placówek specjalistycznych (konieczność długich i czasem kosztownych dojazdów),
- Niedogodne godziny/terminy otwarcia placówek/przyjęć,
- Brak możliwości natychmiastowego przyjęcia na leczenie,
- Bariery biurokratyczne przy przyjęciu na leczenie,
- Wstępne warunki przyjęcia/selekcja do leczenia: "Musiałbym mieć 14 dni abstynencji minimum, żebym mógł się leczyć.",
- Niejasne kryteria przyjęć,
- Brak informacji o przebiegu leczenia przy przyjęciu,
- Brak zindywidualizowanych programów leczenia,
- Niskie standardy leczenia.

Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce

W ostatnich badaniach ogólnopolskich przeprowadzonych w 2005 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, których celem była ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, analizie poddano między innymi, cele leczenia jakie stawiają placówki pacjentom, ofertę terapeutyczną, dostępność leczenia i środki przeznaczane na leczenie. Metodą jaką posłużono się w badaniu była ankieta pocztowa rozesłana do wszystkich placówek leczenia i rehabilitacji uzależnień. W sumie zidentyfikowano 134 placówki odpowiedzialne za leczenie uzależnienia od narkotyków. Ponad 2/3 wszystkich placówek odpowiedziało na ankietę (Moskalewicz i wspł. 2006 b).

Dla wszystkich typów placówek specjalistycznych abstynencją była głównym celem leczenia. Odsetek ten wahał się od 100% w oddziałach detoksykacyjnych, 97% w poradniach i ośrodkach rehabilitacyjnych do 80% w programach substytucyjnych.

Warto w tym miejscu przytoczyć wnioski z tego badania:

1. Struktura sieci placówek nie jest optymalna zarówno z perspektywy dostępności oferowanych świadczeń jak i absorpcji środków finansowych. Należy pilnie zwiększyć dostępność:
 - opieki poradnianej,
 - świadczeń detoksykacyjnych, w tym detoksykacji ambulatoryjnej,
 - leczenia substytucyjnego,
 - miejsc hotelowych,
2. Ośrodki rehabilitacyjne pochłaniają około 60% środków na leczenie i rehabilitację obejmując swymi świadczeniami zaledwie kilkanaście procent pacjentów. Czas oczekiwania w większości z nich jest dłuższy niż trzy tygodnie, wskaźniki utrzymywania się w leczeniu niskie a koszty – wysokie. Zwiększenie dostępności i efektywności świadczeń rehabilitacyjnych wymaga:
 - skrócenia czasu rehabilitacji do 3-9 miesięcy,

- przyjęcia standardów procedur i zatrudnienia z placówek o wysokich parametrach efektywności.
3. Poradnie uzależnień obejmują opieką ponad połowę pacjentów całego systemu leczenia i rehabilitacji. Zakres oferowanych świadczeń nie jest wystarczający. Zważywszy na ich kluczową, potencjalnie, rolę w systemie należy dążyć do poszerzenia zakresu usług świadczonych przez poradnie bezpośrednio bądź przez zapewnienie stosownych świadczeń we współpracy z innymi instytucjami. Dotyczy to zwłaszcza takich świadczeń jak:
- pełna diagnoza zdrowia psychicznego,
 - leczenie zaburzeń psychicznych,
 - testy na HIV, HCV, HBV,
 - opieka somatyczna,
 - pomoc w problemach socjalno-bytowych,
 - opieka post-terapeutyczna nie tylko własnych pacjentów ale także pacjentów po detoksykacji i rehabilitacji poza miejscem zamieszkania (Moskalewicz i współ. 2006 c).

Leczenie substytucyjne

Szczególnie dramatycznie wygląda kwestia dostępności leczenia substytucyjnego. Polska w 2007 roku znajdowała się na 18 miejscu wśród 28 Europejskich krajów, które udostępniły dane na temat leczenia substytucyjnego. „Czołową trójkę” tworzą Wielka Brytania (Anglia i Walia+ Szkocja+ Irlandia Północna), gdzie leczy się ponad 150 tysięcy osób, Francja mająca na programach substytucyjnych 120 tysięcy pacjentów i Włochy, w których z tej formy leczenia korzysta ponad 110 tysięcy osób. Jak widać w krajach tych leczy się około 100 razy więcej osób niż w Polsce.

Jeszcze gorzej wypadamy, jeśli przyjrzymy się takiemu wskaźnikowi jak liczba pacjentów leczonych substytucyjnie na 10 000 ludności kraju. Polska znalazła się na przedostatnim miejscu wśród krajów Europejskich ze wskaźnikiem 0,4; gorzej jest tylko w Rumunii.

Tabela 2. Leczeni substytucyjnie w 2007 roku

Lp.	Kraj	Pacjenci leczeni substytucyjnie w 2007 roku	Kraj	Liczba pacjentów na 10000 ludności
1	Wielka Brytania	154155	Wielka Brytania	25,27
2	Francja	120000	Luksemburg	23,02
3	Włochy	112896	Portugalia	22,77
4	Hiszpania	81706	Irlandia	21,04
5	Niemcy	68800	Włochy	18,80
6	Portugalia	24312	Francja	18,66
7	Belgia	16275	Hiszpania	17,51
8	Holandia	12715	Belgia	15,38
9	Austria	10452	Austria	12,52
10	Irlandia	9302	Dania	11,49
11	Dania	6300	Norwegi	10,61
12	Norwegi	5058	Niemcy	8,40
13	Czechy	4920	Estonia	7,98
14	Grecja	3950	Holandia	7,70
15	Szwecja	3115	Słowenia	5,06
16	Bułgaria	2910	Czechy	4,70
17	Chorwacja	2016	Chorwacja	4,54
18	Polska	1522	Bułgaria	3,83
19	Finlandia	1200	Grecja	3,52
20	Luksemburg	1092	Szwecja	3,39
21	Estonia	1044	Finlandia	2,26
22	Słowenia	1032	Łotwa	1,71
23	Węgry	807	Słowacja	0,92
24	Rumunia	639	Cypr	0,89
25	Słowacja	500	Węgry	0,81
26	Łotwa	381	Litwa	0,69
27	Litwa	230	Polska	0,40
28	Cypr	71	Rumunia	0,29

Źródło: <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/hsrtab3b>

W przeprowadzonym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w 2005 roku badaniu, którego celem była ocena popytu na leczenie substytucyjne pojawiła się kwestia stopnia zaspokajania problemów pacjentów w programach substytucyjnych (Moskalewicz i współ. 2006 a).

Najbardziej rozpowszechnionymi problemami według pacjentów są problemy ze zdrowiem fizycznym i problemy emocjonalne, które są udziałem ponad 60% badanych. Prawie połowa pacjentów ma problemy z pracą a co trzeci ma problemy z prawem. Kilkanaście procent respondentów miało problemy z alkoholem i narkotykami innymi niż opiaty. Jak widać

uzyskanie pomocy w tych problemach jest bardzo ograniczone. Stosunkowo najlepiej zaspokajane są problemy emocjonalne (ponad 30%) i związane ze zdrowiem fizycznym (26%). Ale i tu prawie 70% pacjentów nie otrzymuje oczekiwanej pomocy. Najbardziej rozbudowana jest oferta programów w odniesieniu do pracy i mieszkania. Pomoc w tym zakresie otrzymuje około 2% potrzebujących (Moskalewicz i wspł. 2006 b).

Wskaźnikiem zaspokojenia potrzeb w zakresie problemów a więc współczynnikiem adekwatności opieki był stosunek liczby pacjentów, którym program substytucyjny pomógł w rozwiązaniu ich problemów do liczby pacjentów doświadczających danego problemu. Współczynnik ten może wahać się od jedności przy pełnym zaspokojeniu potrzeb do zera. Ostatnia kolumna tabeli 3 pokazuje, że współczynniki adekwatności opieki nawet nie zbliżają się do jedności. Są stosunkowo wysokie dla problemów związanych ze zdrowiem psychicznym i emocjonalnym oraz z alkoholem. Zaniedbane są kwestie zdrowia somatycznego, innych narkotyków, problemy prawne, bowiem odpowiedniej pomocy nie uzyskuje w nich 60-70 procent potrzebujących. Adekwatność świadczeń w odniesieniu do problemów mieszkaniowych i problemów ze znalezieniem pracy jest bliska zera

Tabela 3. Problemy pacjentów i poziom ich zaspokojenia

Problem	Możliwość uzyskania pomocy w programie		Współczynnik adekwatności opieki		
	N	%	N	%	
Problem mieszkaniowy	38	21,3	4	2,2	0,11
Problemy z pracą	82	46,1	3	1,7	0,04
Problemy prawne	58	32,8	20	11,4	0,34
Problemy ze zdrowiem fizycznym	107	60,1	46	26,3	0,43
Problemy emocjonalne, psychologiczne	115	64,6	61	35,9	0,53
Problemy ze zdrowiem psychicznym	57	32,4	39	22,4	0,68
Problemy związane z alkoholem	26	14,6	18	10,1	0,69
Problemy z innymi narkotykami (np. amfetamina)	21	11,8	7	4	0,33

Źródło: Moskalewicz i wspł. 2006 b

Podsumowanie:

Należy podkreślić, że pomimo długiej listy placówek zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wybór leczenia jest ograniczony. Specyficzna grupa pacjentów, jaką są narkomanii, ma złe doświadczenia w kontaktach z podstawową opieką zdrowotną i opieką psychiatryczną, również nastawienie personelu utrudnia podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia. Powoduje to przerzucenie ciężaru opieki nad tymi pacjentami na sektor specjalistyczny. Mimo wzrostu liczby placówek w tym sektorze opieki zdrowotnej, dostępność leczenia nie jest odpowiednia. Utrudnienia, na jakie trafiają pacjenci wiążą się z nieodpowiednimi godzinami pracy placówek, brakiem możliwości natychmiastowego podjęcia leczenia, długiego czasu oczekiwania na leczenie, sformalizowanych procedur selekcyjnych oraz dominacją „abstynencyjnego” modelu terapii.

Dostępność leczenia substytucyjnego jest dalece niewystarczająca, świadczy o tym wskaźnik leczonych substytucyjnie na 10 000 mieszkańców plasujący Polskę na przedostatnim miejscu wśród krajów europejskich. Programy substytucyjne nie zaspokajają lub zaspokajają w bardzo niewielkim stopniu problemy pacjentów związane ze zdrowiem somatycznym, trudnościami w znalezieniu mieszkania czy pracy. Oferta domów przejściowych, hosteli, programów dziennych, które poszerzałyby ofertę terapeutyczną, dopiero raczkuje. Mankamentem systemu opieki nad osobami uzależnionymi jest brak możliwości detoksykacji w domu lub ambulatorium.

Wyzwań, przed jakimi stoi system leczenia uzależnionych od substancji psychoaktywnych jest wiele. W leczenie uzależnionych powinno się zaangażować placówki podstawowej opieki zdrowotnej i apteki, zwłaszcza do leczenia substytucyjnego, i ograniczania szkód (wymiana igieł, dystrybucja prezerwatyw). W trakcie podjętego już leczenia należałoby więcej uwagi poświęcić na zaspokojenie, sygnalizowanych przez osoby uzależnione, potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego oraz zapewnieniu potrzeb nie-medycznych takich jak na przykład opieka prawna, pomoc w znalezieniu mieszkania czy pracy.

Piśmiennictwo:

1. Bujalski M. (2008) Bariery w dostępie do leczenia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Komunikat z Polskich badań IATPAD. Alkoholizm i Narkomania, tom 21, nr. 4, s. 461-464
2. EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Poland>
3. Gilchrist G., Moskalewicz J., Slezakova S., Okruhlica L., Torrens M., Vajd R. (2009) System and professional barriers and facilitators of access to treatment for people with alcohol and drug related problems - Quantitative part of the study. w: Project IATPAD - Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol- and Drug-related problems, s. 63-80
4. Informacje o realizacji działań wynikających z krajowego programu przeciwdziałania narkomanii w 2006 roku, s. 24 (Projekt)
5. Moskalewicz J., Sierosławski J., Bujalski M. (2006 a) Dostępność programów substytucyjnych w Warszawie. Raport z badań zrealizowanych na zlecenie biura polityki społecznej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
6. Moskalewicz J., Sierosławski J., Dąbrowska K. (2006 b) Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce. Alkoholizm i Narkomania, tom 19: nr 4, 327-355
7. Moskalewicz J., Sierosławski J., Dąbrowska K. (2006 c) Placówki leczenia i rehabilitacji uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce. Ankieta pocztowa. Raport z badań, s. 42-43
8. Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Gdzie szukać pomocy? Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2000, s. 147-148
9. Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Gdzie szukać pomocy? Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002, s. 192-193
10. Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Gdzie szukać pomocy? Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2004, s. 251-252
11. Roczniki Statystyczne za lata 1997 – 2007. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

12. Rocznik Statystyczny 2007. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008
13. Sprawozdanie z realizacji krajowego programu przeciwdziałania narkomanii w 2003 roku, s. 60
14. Sprawozdanie z realizacji krajowego programu przeciwdziałania narkomanii w 2005 roku, s. 26
15. Sprawozdanie z realizacji krajowego programu przeciwdziałania narkomanii w 2004 roku, s. 19
16. Sprawozdanie roczne dla EMCDDA za 2008 rok. Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 2009