

Bariery w dostępie do leczenia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków Komunikat z polskich badań IATPAD¹

Barriers to access to treatment for people with alcohol- and drug-related problems. Note from the Polish part of the IATPAD study

Badanie IATPAD (Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol- and Drug-related Problems) – współfinansowane przez Komisję Europejską – jest prowadzone równolegle w Bułgarii, Grecji, Hiszpanii, Polsce, Słowacji, Słowenii, Szkocji, oraz we Włoszech. Jego celem jest określenie barier w dostępie do leczenia osób uzależnionych, w tym barier wynikających z postaw personelu medycznego.

Dobry stan zdrowia obywateli Unii Europejskiej, ograniczenie nierówności zdrowotnych oraz wysoka jakość świadczonych usług to jedne z priorytetów polityki społecznej Unii². Poprawa dostępności leczenia, ułatwienia w korzystaniu z usług medycznych, zarówno na poziomie ograniczeń strukturalnych, jak i w wymiarze indywidualnym (postawy personelu medycznego), prowadzą do pełniejszego wykorzystania istniejących zasobów medycznych oraz tworzą możliwości włączania do systemu ochrony zdrowia szerszych grup pacjentów. Wśród nich są również osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków. Ponieważ pozostają one często poza zasięgiem programów medycznych, wielu badaczy zajmujących się kwestiami zdrowia publicznego, oprócz analizy obiektywnych barier strukturalnych, zaczęło skupiać uwagę na problematyce wpływu postaw personelu medycznego. Wąskie postrzeganie konsumpcji alkoholu i narkotyków oraz problemów z tym związanych w kategoriach, bądź to moralnych bądź behawioralnych, może prowadzić do braku zaufania i obawy przed podjęciem leczenia. Brak wrażliwości personelu medycznego na problemy związane z alkoholem bądź narkotykami, traktowanie w ostatniej kolejności pacjentów z tą diagnozą, w ekstremalnych przypadkach również odraza, niewątpliwie przyczyniają się do powstawania luki w systemie ochrony zdrowia. Problem ograniczonego dostępu do usług medycznych dla osób uzależnionych występuje ze zmiennym natężeniem w różnych krajach. Badania międzynarodowe pozwalają uwzględnić zróżnicowanie polityki opieki zdrowotnej oraz zebrać i dostarczyć przykłady dobrych praktyk w pełniejszym dostępie do leczenia.

¹ Badanie warszawskie zostało zrealizowane przy współpracy z Zakładem Badań Naukowych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego.

² patrz: Artykuł 152 Traktatu Wspólnoty Europejskiej oraz: Biała Księga. Razem na rzecz zdrowia. Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013.

Badanie warszawskie objęło szeroką charakterystykę świadczeń oraz analizę postaw personelu medycznego wobec użytkowników substancji psychoaktywnych. Przedmiotem analizy była również ocena ograniczeń systemowych w dostępie do leczenia. Kwestie dostępności i jakości leczenia badano w drodze wywiadów z pacjentami.

Zanim przystąpiono do pełnej realizacji badania IATPAD, przeprowadzono pilotaż wśród 10 specjalistów zajmujących się leczeniem osób uzależnionych. Byli wśród nich zarówno lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz lekarze psychiatry, jak i specjaliści terapii uzależnień. Zostali oni poproszeni o zidentyfikowanie barier w dostępie do leczenia oraz o wskazanie czynników, które mogłyby przyczynić się do poprawy sytuacji.

Pierwszą kwestią, którą poruszyli nasi respondenci było niewystarczające finansowanie usług medycznych oraz nieadekwatny sposób wyceny przez NFZ wartości punktu leczniczego danej usługi medycznej. Zwracano również uwagę na niewystarczającą rolę podstawowej opieki zdrowotnej w dziedzinie pomocy osobom uzależnionym, a tym samym na nierównowagę systemu – cały ciężar opieki spoczywa na barkach pomocy specjalistycznej, której możliwości są ograniczone, a oferta w niektórych przypadkach kosztowna (usługi rehabilitacyjne).

W wywiadach zarysował się również problem wąskiej i nieadekwatnej oferty leczenia. Składa się na to brak pomocy po opuszczeniu placówki leczniczej, brak oferty leczenia dla osób z lekkimi i średnimi symptomami uzależnienia, brak usług dla osób niepełnosprawnych fizycznie, niedostatek farmakoterapii przy jednoczesnym zaniedbywaniu kwestii schorzeń somatycznych, brak alternatywy dla dominującego modelu leczenia, zorientowanego na pełną abstynencję oraz brak wymiany informacji i zunifikowanego systemu komunikacji pomiędzy różnymi placówkami medycznymi. Zwracano uwagę na złe warunki leczenia i niewystarczającą liczbę miejsc w placówkach, a także na listy osób oczekujących (np. w przypadku terapii substytucyjnej). Niektórzy respondenci wskazywali na niedostatek wiedzy nt. uzależnień wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz niechęć wobec pracy z osobami uzależnionymi.

Na płaszczyźnie zagadnień obyczajowych zarysowały się dwa główne wątki. Pierwszym z nich jest stale obecne w kulturze przypisanie problemom używania alkoholu bądź narkotyków moralnej atrybucji. Taka konstrukcja normatywna determinuje warunki interakcji lekarz–pacjent, ten pierwszy, czując się niekomfortowo, nie będzie pytał o picie tego drugiego, by go nie urazić, nie oczernić, wreszcie – nie stracić swojego pacjenta. Drugim wątkiem było przekonanie, że jednostka staje się osobą uzależnioną, dewiantem w momencie podjęcia leczenia. Okazuje się, że leczenie stygmatyzuje, powoduje upokorzenie. Perspektywa bycia naznaczonym odwleka w czasie zgłaszanie się do leczenia, skutkując ciężkimi stanami uzależnienia u osób potencjalnie mogących tego uniknąć. Patrząc na lokalizację placówek terapii uzależnień w miejscach odosobnionych, ukrytych, wydzielonych z miejskiej przestrzeni publicznej bądź znajdujących się na jej obrzeżach, nietrudno odnieść wrażenie, że jest to problem wstydlivy, niejako ‘formalnie’ skazany na ukrywanie.

W kwestii programu pozytywnego dla leczenia uzależnień w Polsce, nasi respondenci wskazali na szereg rozwiązań, w tym przede wszystkim pozyskiwanie większego wsparcia finansowego od społeczności lokalnych, objęcie pacjenta kompleksowym systemem leczenia, stworzenie systemu kierowania pacjentów z podstawowej opieki zdrowotnej do placówek wyspecjalizowanych, przedłużenie godzin ich funkcjonowania, rozszerzenie godzin otwarcia na weekendy, zmniejszenie biurokracji w procedurach medycznych, większa troska o stan somatyczny pacjentów, szersza oferta metod leczenia i terapii, wreszcie – wzrost znaczenia tematyki leczenia uzależnień w programie studiów medycznych oraz profesjonalnych planach szkoleń.

Właściwe badanie zakończono w październiku 2008. W niniejszym komunikacie chcielibyśmy przedstawić pierwsze wstępne wyniki analizy postaw personelu medycznego.

Zgodnie z założeniem badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej próbie blisko 100 placówek publicznej i niepublicznej ochrony zdrowia. Wśród nich znalazły się placówki ambulatoryjne oraz stacjonarne (jednostkami badania były przychodnie i oddziały szpitalne) podzielone proporcjonalnie według specjalizacji: podstawowa opieka zdrowotna, ochrona zdrowia psychicznego oraz specjalistyczna pomoc osobom uzależnionym. Na placówki z tej ostatniej grupy, składały się trzy podgrupy, wydzielone ze względu na deklarowany status: leczenia osób uzależnionych od alkoholu, leczenia osób uzależnionych od narkotyków oraz placówki uzależnień niesprecyzowanych.

Wywiady były przeprowadzane z lekarzami wskazanymi przez kierowników ośrodków, bądź też z samymi kierownikami, jeśli pozostawali czynni w praktyce lekarskiej. Ze względu na przyjęte kryterium pełnego *screeningu* oferty medycznej, zdecydowano się na badanie placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Chcieliśmy dowiedzieć się, jak wygląda oferta leczenia uzależnień w POZ, postawy personelu medycznego (głównie lekarzy) wobec osób uzależnionych, zainteresowanie problematyką uzależnień i włączanie jej do diagnozy. Równocześnie badano dwie populacje: lekarzy oraz pacjentów, by dokonać pełnego i wyczerpującego pomiaru zjawisk mogących wpływać na ograniczenia dostępności leczenia. Lekarze byli odpowiedzialni za identyfikowanie barier o charakterze obiektywnym, strukturalnym na podstawie doświadczenia z pracy w danym ośrodku, natomiast pacjenci – za wskazanie subiektywnych ocen systemu na podstawie przeżytych epizodów leczenia. Zależało nam na poznaniu dobrych i złych stron leczenia, zgromadzeniu negatywnych i pozytywnych doświadczeń, przykładów praktyk, egzemplifikacji postaw personelu wobec pacjentów i pacjentów wobec personelu oraz uzyskaniu obrazu własnej grupy odniesienia, np. środowiska pracy, grupy terapeutycznej.

Badania postaw przeprowadzono przy zastosowaniu krótkiej skali oceny zaangażowania w leczenie wskazanych grup pacjentów: uzależnionych od alkoholu, narkotyków, cierpiących na depresję oraz diabetyków. Ze wstępnych analiz wynika ranking pacjentów w percepcji lekarzy. Zdecydowanie ‘najgorzej’ oceniani są pacjenci uzależnieni od narkotyków, następnie pacjenci uzależnieni od alkoholu, potem pacjenci leczący się z powodu depresji, a stosunkowo najlepiej – diabetycy.

Ta tendencja utrzymuje się również w placówkach terapii uzależnień, które pomimo to mogą uchodzić za najbardziej „liberalne” w podejściu do pacjentów. Najbardziej „konserwatywne” wobec osób uzależnionych okazały się być placówki ochrony zdrowia psychicznego.

W analizie postaw przeprowadzonej pod kątem grupy zawodowej utrzymuje się ogólny trend niskich ocen pacjentów z problemem narkotykowym, natomiast nieco wyższy pacjentów z problemem alkoholowym. Profesją o najbardziej liberalnym podejściu wobec osób uzależnionych byli psychologowie, natomiast najbardziej „konserwatywni” – lekarze pierwszego kontaktu.

Przeprowadzenie pogłębionych wywiadów z pacjentami dostarczyło wiedzy na temat barier w dostępie do leczenia oraz postaw personelu medycznego. Ankieterzy pytali respondentów o ich doświadczenia, zarówno z obecnego leczenia, jak i pierwszego kontaktu z lecznictwem w swojej historii leczenia uzależnień. Informacje zgromadzone na drodze wywiadów posłużyły do stworzenia mapki problemów oraz szans (barier i ułatwień) w lecznictwie uzależnień. Wśród mocnych stron leczenia pacjenci wskazywali przede wszystkim na profesjonalizm personelu medycznego, poświęcenie się dla dobra pacjenta. Jednocześnie wspominali o zachowaniach naruszających godność pacjenta. Okazało się, że materialne warunki leczenia nie odgrywają tak ważnej roli, jak samozaparcie i chęć zmiany. Często pacjenci decydowali się na leczenie w sytuacji głębokiego kryzysu rodzinnego, utraty pracy, perspektywy utraty dzieci. Wielu wskazywało na stygmatyzację zarówno na poziomie przestrzeni społecznej, jak i wydzielonej przestrzeni medycznej, na traktowanie jako pacjentów ‘drugiej kategorii’.

W wywiadach z pacjentami widać obecność dyskursu terapeutycznego, rozumienie w kategoriach winy, perspektywę indywidualnego przezwyciężania problemów. Czasem można wręcz odnieść wrażenie, że szpital, instytucja medyczna jest jedynie dodatkiem do procesu zmiany.

Nie oznacza to, że badani nie wskazywali na mankamenty systemu medycznego w ogóle. Niedostatki systemu lecznictwa rysują się wyraźnie przede wszystkim w leczeniu osób uzależnionych od narkotyków; brak tu wystarczającej liczby oddziałów detoksykacyjnych, programów leczenia substytucyjnego, opieki nad zdrowiem somatycznym, pomocy w powrocie do normalnego życia. W lecznictwie alkoholowym dużym problemem wydaje się być odmowa przyjęcia pacjenta w sytuacji wysokiego poziomu alkoholu we krwi.

Podsumowując listę barier w dostępności do leczenia uzależnień wskazanych przez pacjentów, należy zwrócić uwagę na brak szerokiej i zróżnicowanej oferty leczenia. Wybór nie zawsze adekwatnego modelu leczenia wymaga wielu wyrzeczeń i powoduje niedogodności dla pacjentów. Brak wiedzy, gdzie szukać leczenia, problemy ze skierowaniem pacjenta od placówki POZ do specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz przypadki dyskryminacji uzupełniają obraz lecznictwa uzależnień widziany oczami pacjentów.

Michał Bujalski
Instytut Psychiatrii i Neurologii