

## Ocena funkcjonowania programów metadonowych z perspektywy ich klientów i personelu

Evaluation of methadone treatment: patient and staff perspectives

**Katarzyna Dąbrowska**

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

**Abstract – Introduction.** The data presented in this article are part of the international WHO study on the assessment of methadone maintenance treatment and patients' needs both from the perspective of patients and personnel.

**Method.** Results are based on focus groups interviews with patients and personnel of methadone maintenance wards in two cities.

**Results.** As far as patient's needs are concerned, some of them are mentioned by patients and personnel as well. Not every need has a chance to be fulfilled for different reasons. Critical assessment of treatment, however seems to be associated with perceived lack of respect, understanding and benevolence. Another important factor which influenced patients' opinions was lack of clear rules and reliable information.

**Key words:** relationships, needs, methadone maintenance treatment, evaluation of treatment

**Streszczenie – Wstęp.** Zaprezentowane poniżej wyniki są częścią międzynarodowego badania WHO, które jest próbą oceny funkcjonowania programów metadonowych. Dane przedstawione w artykule dotyczą doświadczeń dwóch polskich programów metadonowych i potrzeb ich pacjentów – widzianych zarówno z perspektywy pacjentów, jak i personelu

**Material i metoda.** W ramach badania przeprowadzono trzy zogniskowane wywiady grupowe z personelem oraz dwa zogniskowane wywiady z klientami w dwóch oddziałach metadonowych.

**Wyniki.** Część potrzeb wymienianych przez pacjentów jest zauważanych również przez personel. Z różnych powodów nie wszystkie jednak potrzeby mają szansę na realizację. Niezaspokojenie potrzeb dotyczących zrozumienia, życzliwości i szacunku ze strony personelu wpływa na ocenę leczenia proponowanego w programach metadonowych. Innym ważnym czynnikiem, który miał wpływ na oceny pacjentów był brak jasnych zasad dotyczących funkcjonowania programu i dostatecznej informacji.

**Słowa kluczowe:** relacje, potrzeby, programy metadonowe, ocena leczenia

---

Badanie finansowane przez WHO i ze środków własnych Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami.

## WPROWADZENIE

Zaprezentowane poniżej wyniki są częścią międzynarodowego badania WHO, które stanowi odpowiedź na potrzebę rozwinięcia na szerszą skalę oferty terapeutycznej dla osób uzależnionych od opiatów w ich środowisku. Cele tego badania to między innymi:

- Opisanie procesu wdrażania programów metadonowych, z uwzględnieniem czynników sprzyjających temu procesowi, a także utrudniających ten proces.
- Przyjrzenie się jakości proponowanych oddziaływań.
- Przedstawienie opinii klientów, ich środowiska społecznego i personelu o programie.
- Sformułowanie rekomendacji dotyczących organizacji oddziałów metadonowych i pracy personelu.

Dane przedstawione poniżej pochodzą z grup fokusowych, przeprowadzonych w dwóch polskich oddziałach metadonowych. Wyniki badań longitudinalnych, uwzględniających doświadczenia wszystkich krajów w nich uczestniczących, zaprezentowano w innym artykule (1). Dotyczą one efektywności programów metadonowych i obejmują następujące wymiary: spożycie narkotyków, zdrowie fizyczne (w tym zakażenie HIV i HCV) i psychiczne, historię leczenia, jakość życia, problemy z prawem.

W niniejszym artykule skupiono się na odpowiedzi na trzy pytania:

Jak pacjenci oceniają funkcjonowanie programów metadonowych?

Jakie mają potrzeby co do organizacji programów i relacji z personelem?

Jakie pomysły mają pacjenci i personel na usprawnienie funkcjonowania programów?

Zwykle potrzeby osób uzależnionych opisywane są tylko z perspektywy profesjonalistów, którzy wnioskuje o nich na podstawie badań epidemiologicznych, charakterystyk osób trafiających do leczenia oraz na podstawie własnych doświadczeń zawodowych (2). Tymczasem badania pokazują, że znajomość potrzeb pacjentów i uwzględnianie ich w procesie terapeutycznym może przyczyniać się do utrzymywania się pacjentów w programach metadonowych (3, 4). Trzeba podkreślić, że „wypadanie” z programu w przypadku leczenia metadonowego, w porównaniu do innych rodzajów leczenia ambulatoryjnego oferowanego osobom uzależnionym, jest bardziej nasilone (5, 6).

## MATERIAŁ I METODA

W ramach badania przeprowadzono trzy zogniskowane wywiady grupowe z personelem oraz dwa zogniskowane wywiady z klientami w dwóch oddziałach metadonowych w dużych miastach. Program pierwszego oddziału był programem o długim stażu, podczas gdy drugiego – stosunkowo niedawno otwartym.

**W programie I** przeprowadzono dwa rodzaje wywiadów z personelem oraz jeden z klientami. W jednym uczestniczyło 6 osób (trzech psychologów, dwóch lekarzy, jeden pracownik socjalny), a w drugim – 4 osoby (dwie pielęgniarki, jeden pielęgniarz oraz jeden sanitariusz). Jeżeli chodzi o rekrutację badanych do grup fokusowych, została ona przeprowadzona przez badaczy. Pacjenci odnieśli się z dużym zainteresowaniem do tematu badania i chętnie uczestniczyli w rozmowie. Ostatecznie w wywiadzie wzięło udział 8 pacjentów.

**W programie II** przeprowadzono jeden wywiad z 5 członkami personelu (dwóch lekarzy, psycholog, dwie pielęgniarki) i jeden – z 3 klientami. Tutaj również rekrutacji do grup dokonywali badacze. Pojawił się problem odmowy wyrażenia zgody przez pacjentów na udział w badaniu. Pomimo małej liczebności grupy zdecydowano się na zrealizowanie wywiadu.

We wszystkich przypadkach wywiady były przeprowadzone przez dwóch socjologów z doświadczeniem zawodowym w prowadzeniu grup fokusowych. Klientom zadano pytanie o ocenę programu, określenie ich potrzeb, a także o propozycje zmian w programie, które przyczyniłyby się do poprawy jego jakości. Personel zapytano o potrzeby pacjentów, o możliwość ich zaspokojenia przez program metadonowy, a także o propozycje zmian w celu lepszego dostosowania go do potrzeb.

Wszystkie wywiady były nagrywane na dyktafon, a także zapisywane. Analiza danych polegała na wynotowywaniu wszystkich wypowiedzi respondentów, zarówno tych powtarzających się, jak i występujących tylko raz (kodowanie otwarte – *open coding*). Powtarzającym się tematami, jednostkom przypisywane były kody, weryfikowane wraz z pojawianiem się nowych treści (kodowanie zogniskowane – *axial coding*). W następnym kroku poszukiwano relacji pomiędzy kategoriami i identyfikowano kwestie kluczowe dla tematyki badania (kodowanie selektywne – *selective coding*).

Dołożono wszelkich starań, by badanie miało anonimowy charakter. Wyniki z obydwu oddziałów metadonowych zostały omówione zbiorczo. Chodziło o to, aby czytelnik koncentrował swoją uwagę na problemach, jakie mogą wystąpić w różnych programach metadonowych, a nie na ocenie poszczególnych, konkretnych programów.

Cytaty opisano wedle następującego klucza: płeć (m, k), cyfra arabska oznaczająca numer respondenta, cyfra rzymska oznaczająca numer programu (I, II).

## WYNIKI

### 1. Ocena programu przez pacjentów

Pacjenci pozytywnie postrzegają samą ideę programów metadonowych. Mówią o tym, że program pomógł im zmienić życie, widzą w nim szansę na lepszą przyszłość. Doceniają również konkretne formy pomocy, świadczone w ramach

programów: pomoc w pisaniu pism do sądu, załatwianiu pracy, renty czy pomoc żywnościową.

„Ten program to był dla mnie jedyny ratunek, bo próbowałem innych kwestii jak leczenie w ośrodkach stacjonarnych, inaczej próbowałem z tego wyjść, niestety nie udawało mi się, a dzięki programowi przestałem naprawdę brać i zmieniłem dużo w swoim życiu.” (m, 1, I)

Pacjenci mają jednak również negatywne doświadczenia, jeżeli chodzi o udział w programie. Oceniając program, głównie wypowiadali się na temat pracy personelu, który postrzegany jest przez nich jako pozbawiony zapału, wypalony.

„Personel jest od strony fachowej profesjonalny, ale trudno oczekiwać od nich (...) zapału po tylu latach pracy, przy takich pensjach, przy takiej efektywności. Oni po prostu klapnięci są, nie oczekują już wiele, bo wiedzą na co stać ten program. W związku z tym chcą mieć spokój, na tym im najbardziej zależy i jakby preferują dobieranie ludzi pod kątem spokoju. Na pomoc też nie bardzo można liczyć, bo to się wiąże z naruszaniem ich spokoju (...) Myślę, że to jest ich główna cecha charakterystyczna.” (k, 2, II)

Mówili o trudnościach w porozumieniu się z personelem, pojawia się tu wątek braku zaufania. Pacjenci wspominali, że pracownikom programu zdarza się wykorzystywać w terapii informacje zdobyte w trakcie rozmów, nie dochowywać tajemnicy zawodowej.

„[Psycholog] jest niekompetentna, nie spełnia swojej roli, nie potrafi się z nami porozumieć, nie potrafimy się przed nią otworzyć, krzyczy na nas (...) Nie mogę się przed nią otworzyć, wielokrotnie z nią rozmawiałem i ona rozmawiała z innymi uczestnikami metadonu o moich problemach i o moich sprawach.” (m, 1, I)

„Negowani są niektórzy. Wykorzystywane jest to, co mówimy, nie można iść do tych ludzi [personelu] się otworzyć (...) my idziemy po pomoc, a oni to wykorzystują przeciwko nam. Później połowa ludzi wylatuje z programu za błędy, które popełniają, ale to jest choroba i tego nie da się uniknąć, że gdzieś ktoś coś zrobi.” (k, 3, I)

Wspominają o innych przejawach nieprofesjonalnego zachowania personelu, źle oceniają atmosferę panującą w placówce. Czują się dyskryminowani z powodu uzależnienia.

„Jakieś głupie komentarze, głupie podteksty w moim kierunku (...) popłakałam się wtedy (...) niby to jest w żartach, ale to nie jest w żartach, to jednak boli.” (k, 4, I)

„Czuję się dyskryminowany, że jestem gorszy od innych z tego powodu, że byłem narkomanem, że jestem narkomanem.” (m, 6, I)

Zwracają uwagę na to, że niektórzy pacjenci są faworyzowani i że zasady nie są takie same dla wszystkich.

„Faworyzują niektórych pacjentów, na pewno ma to związek ze zbliżonym wiekiem tych osób.” (k, 2, II)

„Są osoby w programie, które ewidentnie mają chody (...) łatwiej im uzyskać przywileje\*, najcenniejszy to są wolne dni.” (m, 1, II)

Jeżeli chodzi o samo funkcjonowanie programu, to pacjenci podkreślali, że zasady obowiązujące w programie nie są czytelne, często istnieją tylko na papierze. Zdarza się, że członkowie personelu nie porozumiewają się ze sobą i wydają sprzeczne zalecenia.

„Są ustalone jakieś zasady, ale one są po to, żeby być, są zasadami wtedy, kiedy im [personelowi] wygodnie.” (k, 2, II)

„Jest wiele niepisanych zasad, o których dowiadywałem się z autopsji, nawet o niektórych ważnych sprawach, których nie było w regulaminie.” (m, 1, II)

„O zasadach działania tego programu nikt nam nie mówił, sami musieliśmy dochodzić, że jak się robi tak, to jest taki skutek. Dla nas to dosyć istotna sprawa [zasady].” (m, 8, I)

Były również opinie, że obowiązujące zasady są zbyt surowe i nieracjonalne. Osoby leczone uważają, że personel ma wobec nich nierealistyczne wymagania.

„Za to, że się spóźnimy o połowę zmniejszają metadon. Za to, że mamy plus [dodatni wynik testu na obecność narkotyku – przyp. aut.] to się zgodzę, niech będzie. Ale na przykład za spóźnienie to jest bez sensu, jak na grupy nie przychodzimy to też (...) mamy zmniejszany metadon.” (k, 3, II)

„Najgorsze jest to, że wiedzą, że to jest choroba i że nie da się z człowieka, który ma długi staż brania (a są pomiędzy nami tacy, którzy brali dziesięć, dwadzieścia, trzydzieści lat) w ciągu kilku miesięcy zrobić ideału. A oni próbują w ciągu kilku, kilkunastu tygodni zrobić z nas idealnych ludzi.” (k, 4, II)

Brakuje im pomocy psychologicznej w związku z uzależnieniami innymi niż od opiatów, podkreślają, że świadczona pomoc jest niskiej jakości i nie spełnia ich oczekiwań.

„Ta pomoc psychologiczna jest tylko nominalnie.” (k, 2, I)

„Wielu z nas ma również problem z amfetaminą (...) [lekarze] zdają sobie doskonale z tego sprawę, że prawie każdy narkoman znajduje sobie jakieś zamienniki,

---

\* chodzi tu o możliwość pobrania metadonu na kilka dni, bez konieczności codziennego odwiedzania oddziału – przyp. aut.

zwłaszcza, że te nasze grupy wsparcia to jest naprawdę porażka. A więc nie mamy żadnej psychologicznej pomocy, a za amfetaminę jesteśmy karani, chociaż nie dostajemy żadnych leków, które by nam miały pomóc nie brać tego (...) To jest na tej zasadzie – masz kaszel i katar, idziesz do lekarza i on mówi: dobrze dam ci lek na kaszel pod warunkiem, że obiecasz mi, że nie będziesz miała kataru. To się do tego sprowadza.” (k, 2, I)

Pacjenci zwracali również uwagę na złe rozwiązania organizacyjne, np. metadon jest wydawany dopiero po uzyskaniu wyników testu sprawdzającego trzeźwość.

„Nie ma tutaj tak, że robią test i dają nam metadon, tylko trzeba czekać na wynik z laboratorium. Czekamy od godziny 9 do 14 na wypicie metadonu, aż przyjdą nasze wyniki testów i musimy czekać na skrócie. Ich nie interesuje, że musimy iść do pracy czy do szkoły.” (k, 5, I)

Wspominali o braku zaufania do wyników testów na obecność narkotyków w moczu. Chcieliby mieć możliwość weryfikacji wyników badań.

„Z badaniami są też jaja, są ludzie, którzy dobierają, ale są też tacy, którzy z różnych względów nie mogą albo nie chcą, a im wychodzą wyniki kosmiczne, świadczące o tym, że ćpają, kiedy my wiemy, że to nieprawda.” (k, 5, I)

„Nie możemy pójść do laboratorium, żeby sprawdzić te wyniki, nie wolno nam (...) Jest karteczka, którą od nich dostajemy (...) takie karteczki to każdy może mieć, poza tym dopisać tam parę cyferek to żaden problem. (...) To jedna z gorszych zbrodni pójście do laboratorium i próbowanie ustalenia tam czegoś.” (k, 2, II)

Zdania w tej sprawie były jednak podzielone:

„Nigdy nie rozmawialiśmy na ten temat, a ja wiem, że nigdy nie miałam takiej sytuacji [dobierania], no i nigdy nie zdarzyło się, żeby coś mi wpisali.” (k, 3, II)

Jeden z badanych (m, 1, II) zasygnalizował trudności w dostępie do historii choroby. Po to, by obejrzeć swoją kartę musiał się „nieźle nagimnastykować”.

## **2. Potrzeby pacjentów w opinii pacjentów**

Kolejną kwestią, o którą pacjenci zostali zapytani były ich potrzeby, oczekiwania wobec programu. Zostały one pogrupowane w kilka kategorii.

### **Potrzeby dotyczące problemów socjalno-bytowych**

Ta kategoria potrzeb dotyczyła pomocy w znalezieniu pracy, w radzeniu sobie z wyzwaniem dnia codziennego i stresem z tym związanym, w rozwiązaniu problemów natury prawnej.

„Ja faktycznie myślałam, że ktoś będzie się starał pomóc mi załatwić moje problemy, uporać się z tym. Po prostu o radę mi chodzi, nie że ktoś za mnie zrobi robotę. Ja nawet nie wiem, jak ten świat funkcjonuje. Ja nigdy nie byłam na odwyku, byłam 25 lat w ciągu i dopiero teraz jestem na programie, no i muszę się zwyczajnie nauczyć żyć. Jednocześnie my nie potrafimy radzić sobie ze stresami, jedynym patentem, jaki znamy, jedyną reakcją na stres jest iść sobie [i zażyć narkotyk – przyp. aut.]” (k, 2, II)

„Dużo z nas ma problemy z prawem (...) i brakuje kogoś takiego, do kogo można by się zgłosić z problemami prawnymi.” (m, 1, II)

### **Potrzeby dotyczące zdrowia somatycznego**

Potrzeby pacjentów dotyczą uzyskania pomocy w razie wystąpienia problemów zdrowotnych. Zwracają oni uwagę na trudności w uzyskaniu pomocy w ramach programu, w tym pomocy specjalistycznej.

„Ja oczekuję jeszcze pomocy lekarskiej (...) jeżeli boli mnie ząb, tak jak dzisiaj, czy boli mnie żołądek, nie mogę tutaj nigdzie uderzyć o pomoc, bo nikt mi nie pomoże.” (m, 1, I)

„Chciałem dostać jakiś lek przeciwbólowy, odmówiono mi przed chwilą, bo jest obchód, oni nie mają czasu.” (m, 7, I)

„Niektórzy próbują chodzić [do lekarek] z paluszkami, główką, nóżką itd., no wiadomo one są psychiatrami i nie znają się na tym, wysyłają ich do specjalistów. Natomiast specjaliście, żeby być w porządku, trzeba powiedzieć, że się jest na programie metadonowym i wtedy następuje śmieszna sytuacja – specjalista nic nie chce zrobić, żeby nie nabrudzić [lekarzom z programu – przyp. aut.] (...) Jakby się dało, w co wątpię, żeby była jakaś przychodnia (...) żeby byli lekarze, którzy by umieli leczyć ludzi z uzależnieniem.” (k, 2, II)

### **Potrzeba bycia zrozumianym**

Pacjenci mają również potrzeby dotyczące sfery ekspresywnej relacji z personelem, na co wskazuje następująca wypowiedź:

„Ja bym chciała, żeby była jakaś osoba, psycholog jakiś, który by nas zrozumiał, przed którą moglibyśmy się otworzyć.” (k, 3, I)

### **Potrzeby dotyczące informacji**

Ważną grupę stanowią potrzeby związane z pozyskaniem informacji na temat zasad regulujących funkcjonowanie programu, ale również ubocznych skutków działania metadonu.

„Przed wejściem na metadon nie zostałem w ogóle poinformowany o skutkach brania metadonu, no o niczym.” (m, 8, I)

„Ja myślę, że ten program jest świetny, oprócz tych reguł i zasad, które są takimi wykańczalnikami psychicznymi. Chciałabym nie odczuwać takiej nagonki na nas, że chcą nas wyrzucić, czekają tylko aż zaćpamy.” (k, 3, I)

„Oni nie informują nas o swoich zasadach, dopiero jak coś się stanie, to wtedy stajemy przed faktem dokonanym, że tego nie wolno.” (m, 1, I)

### **3. Postulowane przez pacjentów zmiany w programie**

Ostatnia kwestia, o którą pacjenci zostali zapytani to zmiany w programie, które sprawiłyby, że byłby on lepiej dostosowany do ich potrzeb. Pacjenci chcieliby mieć miejsce, w którym mogliby oczekiwać na metadon, rodzaj świetlicy. Poza tym uważają, że oddział detoksykacyjny nie powinien być połączony z oddziałem metadonowym, gdyż sprzyja to kontaktom z osobami uzależnionymi, będącymi pod wpływem narkotyków.

„Moim zdaniem źle, że jest to w szpitalu, na odtruciu; powinna to być oddzielna placówka, odwiedzają tych chorych ludzie pod wpływem narkotyków na przykład.” (k, 5, I)

Mówili również o tym, że osoby, które są wyrzucane z programu z powodu łamania zasad są pozostawiane same sobie, nie mogą liczyć na propozycję jakiegось innej formy pomocy.

„Ludzie, jeżeli są wyrzucani, to powinni być przyjmowani potem na detoks, odtruć ich, coś zrobić, bo są zostawiani, przychodzą tylko na zejściówki.” (k, 4, I)

Pacjenci chcieliby poprawy jakości oferowanej im pomocy psychologicznej.

„Ja oczekiwałbym, że coś się zmieni z tą grupą wsparcia (...) na początku chodziłem regularnie, ale potem się zorientowałem, że jest podpytywanie.” (m, 1, I)

„Pani psycholog po pół roku nie zapamiętała mojego imienia.” (k, 3, II)

### **4. Potrzeby pacjentów w opinii personelu**

Personel w odpowiedzi na pytanie o potrzeby pacjentów wymieniał przede wszystkim problemy pacjentów. Dane zostały uporządkowane i stworzono podane niżej kategorie.

#### **Potrzeby ekonomiczno-bytowe**

Potrzeby te dotyczą między innymi sytuacji materialnej pacjentów, którzy nie posiadają wystarczających środków na utrzymanie. Wiele osób nie ma, gdzie się podziąć, nie mają stałego miejsca zamieszkania.



### *potrzeba dachu nad głową*

„Jesteśmy w trakcie załatwiania hostelu, zdarza się problem bezdomności, rodziny ich wyrzucają.” (k, 3, I)

„Nie możemy przyjmować bezdomnych do programu metadonowego, oczywiście, że jest [problem bezdomności], nie mamy możliwości pomocy.” (k, 2, II)

### *potrzeba środków na utrzymanie*

„Pierwszą, taką podstawową potrzebą jest brak pracy i brak pieniędzy, żeby mogli dalej funkcjonować.” (k, 1, I)

„Przydałaby się jakaś opieka socjalna, generalnie bardzo mało osób jest na rencie i ma stałe dochody, rodziny też są już wyniszczone problemem narkomanii. W związku z tym brak finansów na życie codzienne, a my żadnych możliwości nie mamy.” (k, 3, II)

### *potrzeba pracy*

„Chcieliby pracować, ale nie mają możliwości, my mówimy powinien pan pracować, uaktywnić się (...) nikt go nie chce przyjąć.” (k, 8, I)

„Nie ma możliwości pracy, żeby mieli zajęcie w jakiejś stolarni, oni często zgłaszają tutaj chęć pomagania.” (k, 4, I)

## **Potrzeby zdrowotne**

Personel wspomina o relatywnie słabym stanie zdrowia osób uczestniczących w programie. Osoby te cierpią na choroby wymagające stałej opieki lekarskiej. Brak jest adekwatnej oferty dla uzależnionych kobiet w ciąży.

„Problemy są indywidualne, to zależy od pacjenta. Pacjenci są zakażeni HIV, HCV, mają marskość wątroby, o takich problemach mówimy. Ale mamy też kilka pacjentek w ciąży i na przykład dostęp do ginekologa, później poród też jest pewnego rodzaju problemem.” (k, 5, II)

„Dużo zgłaszają takich potrzeb związanych z ich leczeniem somatycznym.” (k, 4, II)

„Część z nich uskarża się na dolegliwości bólowe w okolicy wątroby, które występują u nich po przyjściu na program.” (k, 7, I)

## **Potrzeby psychospołeczne**

Duża grupa potrzeb wymienianych przez personel dotyczy potrzeb emocjonalnych pacjentów, obejmujących między innymi kontakty z innymi ludźmi, nie tylko uzależnionymi.

*potrzeba przynależności*

„Mają dużą potrzebę przynależności do jakiejś grupy i określenia celu. Oni często jak przestaną brać narkotyki, to nie potrafią się odnaleźć. I te wszystkie ograniczenia zdrowotne i brak zawodu prowadzą do tego, że pozostają w pustce, nie mają co ze sobą zrobić. To co my im oferujemy jest na jakiś ułamek dnia, a potem wracają do domu i nie mają co ze sobą zrobić.” (k, 3, II)

*potrzeba kontaktu, rozmowy*

„Przychodzą (...) ze wszystkimi rodzinnymi sprawami, odnośnie piesków, kotków, babci, ojców. Potrzebują takiego kontaktu na co dzień, na stałe (...) oni nas tak traktują, jak dobre ciocie, babcie czasami.” (k, 4, II)

„Potrzebują dużo rozmowy z nami, dla nich potrzeba czasu, mówią, że to trapi, że tamto trapi, my staramy się wszystkiego wysłuchać (...) Staramy się pomóc, ale jednej pielęgniarce, kiedy jest w ciągu dnia z 40 pacjentami, nie starcza czasu (...) Potrzebują kontaktu z normalnymi ludźmi, nieuzależnionymi.” (k, 5, II)

*potrzeba posiadania kogoś bliskiego*

„To czego nie załatwi program, to poczucie ogromnej samotności, które oni mają (...) nie wychodzą poza grupę osób uzależnionych, boją się, wstydzą, nie potrafią, nie mają na to funduszy.” (k, 3, II)

„Mają potrzebę kontaktu ze sobą, mężczyzna z kobietą, kobieta z mężczyzną. Nie wychodzą poza obręb grupy (...) ze względu na ciało maltretowane.” (k, 3, II)

**Potrzeby związane z roszczeniową postawą pacjentów**

Tutaj personel wspominał o potrzebach pacjentów, które wynikają z ich uzależnienia i z mechanizmów chorobowych.

*potrzeba zażywania narkotyków*

„Oczekują, że będą łamali abstynencję, a my będziemy przymykali na to oko.” (k, 5, I)

„Oczekują, że będziemy wspierający, wspierający także ich nałóg, ich bierność.” (k, 2, I)

*potrzeba sędowania odpowiedzialności na personel*

„Oni przychodzą tutaj z nastawieniem, że załatwimy wszystko za nich, a wiadomo, że to nie na tym polega, chodzi o to, żeby te osoby mogły normalnie funkcjonować w społeczeństwie.” (k, 3 II)

„Chcą trochę, żeby wziąć za nich odpowiedzialność, za ich nałóg.” (k, 8, I)

„Oni mają takie oczekiwania, żeby to były działania opiekuńcze, a my nie jesteśmy jednostką opiekuńczą.” (k, 1, II)

## **5. Potrzeby pacjentów zaspokajane w ramach programu – ocena personelu**

Kolejną kwestią poruszoną w trakcie wywiadów grupowych była kwestia potrzeb pacjentów, które udaje się zaspokoić w ramach programu metadonowego.

### **Potrzeby ekonomiczno-bytowe**

Personel wspominał, że w ramach programu udaje się pomóc klientom w uzyskaniu stałego źródła dochodu, jednorazowego wsparcia materialnego czy zorganizować żywność.

„Coraz rzadziej pojawia się problem, że oni są głodni, teraz dostają mleko, ryż.” (k, 9, I)

„Tu było kilku takich, że dokarmialiśmy ich przez długie miesiące (...) była stołówka, nam zostawało, myśmy dla nich trzymali jedzenie, oni mogli zjeść zupę.” (k, 2, II)

„Kogo się da kierujemy na orzeczenie o niepełnosprawności (...) większość z nich nie ma wypracowanych lat i nie może dostać renty zusowskiej, w związku z tym na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności otrzymują jakiś minimalny zasiłek socjalny.” (k, 3, I)

„Jeżeli dany OPS [Ośrodek Pomocy Społecznej] ma bony na posiłki, na ubrania, na buty (...) to my ich wspieramy.” (k, 2, II)

### **Potrzeby zdrowotne**

W ramach istniejących możliwości personel próbuje zapewnić pomoc zdrowotną pacjentom, między innymi poprzez kontaktowanie ich z odpowiednimi specjalistami.

„Staramy się im zapewnić podstawową opiekę zdrowotną, kontaktujemy się z lekarzami, którzy mogliby przyjąć naszych pacjentów, próbujemy ich konsultować, albo znaleźć miejsce, mamy umowę z oddziałem stomatologii.” (k, 2, II)

„Medyczne, dopóki się da, jeżeli sprawa dotyczy nas, a jeżeli nie, to są kierowani do odpowiednich specjalistów i to też kiepsko wygląda [kierowanie do innych specjalistów] ze względu na ogólną kondycję służby zdrowia. My się borykamy z chirurgami i ze zwykłym dostaniem się do lekarza rodzinnego.” (k, 6, I)

## **Potrzeby psychospołeczne**

Personel nie jest w stanie zaspokoić potrzeb psychospołecznych pacjentów, gdyż nie dysponuje odpowiednim zapleczem.

„Problem odnalezienia się w tym społeczeństwie (...) jest to bardzo trudne i nasz program metadonowy tak naprawdę ma bardzo niewielkie możliwości.” (k, 1, II)

„My nie jesteśmy w stanie spełnić ich oczekiwań dotyczących samotności, relacji z ludźmi, gdyż my jesteśmy placówką profesjonalną i możemy im zaproponować oddziaływania natury profesjonalnej, natomiast gdyby oni skorzystali z propozycji terapii, być może mogliby gdzieś wyjść poza grupę.” (k, 3 II)

„Kiedyś mieliśmy czterech terapeutów, potem dwóch, w tej chwili jest jeden etat (...) a potrzeba by było o wiele, wiele więcej. Oni naprawdę są spragnieni takiej pomocy.” (k, 4, II)

Starania personelu, by zorganizować pomoc psychologiczną poza programem nie spotykają w się z zainteresowaniem pacjentów:

„My widzimy, że oni mają duże deficyty, wymagaliby psychoterapii, z naszego punktu widzenia wymagaliby gdzieś leczenia, ale oni nie chcą. Kierujemy ich, ale większość z nich nie korzysta. Ci pacjenci, którym my dużym nakładem sił i środków załatwiliśmy terapię celowaną na ich problem czy rodzinny (...) nie korzystają z tego.” (k, 2, I)

## **6. Postulowane przez personel zmiany w programie**

Ostatnie pytanie w wywiadzie z personelem dotyczyło zmian w programie, które sprawiłyby, że byłby on lepiej dopasowany do potrzeb klientów. Personel chciałby, by pacjenci mieli łatwiejszy dostęp do opieki medycznej i żeby w programie zatrudniony był pracownik socjalny.

„Ja chciałabym, żeby była jakaś poradnia, do której można by było naszych pacjentów wysłać w każdej chwili, żeby to lekarz internista przepisywał leki.” (k, 6, I)

„Tu by chodziło o celowanego pracownika socjalnego dla uzależnień, który mógłby pomóc w załatwieniu hotelu, czy dodatkowego zatrudnieniem. Rola pracownika socjalnego, to nie pieniądze, refundacja na leki, na to, na tamto.” (k, 2, II)

Zwracano również uwagę na potrzebę zwiększenia dostępności programu i personelu, który nie może poświęcić wystarczająco dużo czasu na konsultację każdemu pacjentowi.

„Powinno być zagwarantowanych więcej miejsc, część osób z powodu finansów nie może korzystać.” (k, 3, I)

„Mamy takich pacjentów, którzy jadą przez całe miasto półtorej godziny (...) 10 minut im to powinno zająć, a nie cały dzień. Żeby tych pacjentów przekazać do lokalnych, małych programów metadonowych.” (k, 2, II)

„Potrzeba więcej osób, które by się zajmowały pacjentami. Jest psycholog, ale może poświęcić, np. jednemu pacjentowi czterdzieści pięć minut, godzinę, no a w tym czasie inni pacjenci umykają (...) Potrzeba więcej osób, które by się mogły zająć tym pacjentem, wtedy by czuł, że wokół niego się skupia jakaś uwaga. Czasami pacjenci mówią, że się czują porzuceni, że się nikt nimi nie interesuje.” (k, 5, II)

Pojawiła się także propozycja, by zróżnicować ofertę programów metadonowych na niskoprogowe i wysokoprogowe:

„Co można by było zrobić to podzielić ten program – wybrać pacjentów, którzy idą bardzo dobrze (...) wydzielić pacjentów, którzy nie powinni być w naszym programie, bo wypadają. Powinni być w jakiś programach niskoprogowych, to znaczy byłoby dla nich mniej wymogów, mniej wymogów dotyczących łamania abstynencji.” (k, 2, II)

Co do tej kwestii zdania były jednak podzielone. Padł również głos, że nie należy tworzyć osobnych programów dla osób, które mają problem z utrzymaniem abstynencji i funkcjonowaniem społecznym, gdyż wtedy pozbawia się je pozytywnego przykładu osób, którym udaje się utrzymywać abstynencję i wchodzić w role społeczne.

Poza tym personel chciałby polepszenia warunków lokalowych. Pojawił się również postulat stworzenia miejsc dla osób bezdomnych.

„Przydałaby się sala terapeutyczna, mniejsza (...) przydałaby się im [pacjentom] świetlica, bo teraz jest jeszcze ciepło, ale w zimę to oni nie będą mieli, gdzie siedzieć podczas grup.” (k, 3, I)

„Ja mam jeszcze taki może utopijny pomysł, żeby był jakiś pokój, w którym oni mogliby spać, pokój dla osób, które nie mają, gdzie się podziać.” (k, 2, II)

## DYSKUSJA

Omawiane badanie pozwala poznać, posługując się rozróżnieniem zaproponowanym przez Ostrowską (7), nie tylko potrzeby obiektywne, formułowane przez personel, ale także potrzeby subiektywne pacjentów, widziane ich oczami, co nie jest zbyt często praktykowanym podejściem.

Część potrzeb wymienianych przez pacjentów jest zauważanych również przez personel, np. zarówno pacjenci, jak i personel mówią o potrzebach dotyczących zdrowia somatycznego, potrzebie pracy, kontaktu, rozmowy. Są jednak takie potrzeby, o których wspominają pacjenci, a których nie wymienia personel: potrzeba jasno określonych zasad, rzetelnej informacji. Personel dużo uwagi zwraca na potrzeby bytowe pacjentów, o których sami zainteresowani wspominają w drugiej kolejności.

Z różnych powodów nie wszystkie potrzeby mają szansę realizacji. Na przeszkodzie stoją rozwiązania organizacyjne, brak środków, ale także spojrzenie z innej perspektywy przez pacjentów i lekarzy na kwestię potrzeb. Niektóre potrzeby pacjentów postrzegane są przez personel jako niemożliwe do zaakceptowania, np. bardziej liberalne zasady dotyczące abstynencji lub wpływające z roszczeniowej postawy pacjentów.

W swoich wypowiedziach pacjenci poświęcają wiele uwagi relacjom z personelem, co pokazuje, że w ich odczuciu relacje te są istotnym elementem terapii. Już Balint (8) zauważył, że sama osobowość lekarza jest lekarstwem. Potwierdzają to wyniki badań, które wskazują na to, że relacje pomiędzy pacjentami a profesjonalistami mogą mieć istotne znacznie zarówno dla wyników leczenia, jak i jego jakości (9, 10, 11).

Parsons (12) dokonał rozróżnienia czynności ekspresywnych lekarza, zorientowanych na odczucia pacjenta, od jego funkcji instrumentalnej sprowadzającej się do wykonywania czynności technicznych, np. zabiegów. Badania wskazują, że pacjenci, oprócz oczekiwań dotyczących instrumentalnej biegłości lekarza, czy innej osoby zajmującej się leczeniem, mają również duże zapotrzebowanie na czynności ekspresywne. Oczekują od lekarza wrażliwości, życzliwości, zainteresowania, a także chcą mieć poczucie, że lekarz może poświęcić na konsultację tyle czasu, ile trzeba (13, 14, 15).

Omawiane badanie pokazuje, że pacjenci programów metadonowych również mają duże zapotrzebowanie na czynności ekspresywne ze strony personelu. Chcą by personel znalazł czas na to, by ich wysłuchać, by okazał im zrozumienie, odnosił się do nich w życzliwy sposób, z szacunkiem. Niezaspokojenie potrzeb dotyczących zrozumienia, życzliwości i szacunku ze strony personelu wpływa na ocenę przez pacjentów leczenia proponowanego w programach metadonowych.

Innym ważnym czynnikiem, który miał wpływ na oceny pacjentów był brak jasnych zasad i rzetelnej informacji. Freidson (16) uważa, że lekarz nie udziela pacjentowi ani jego bliskim zbyt wielu informacji, aby zminimalizować możliwość przejęcia przez pacjenta kontroli nad leczeniem. W jego ujęciu choroba jest dewiacją, a lekarz jest agentem społeczeństwa, którego zadaniem jest kontrola choroby i chorego. Relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem musi być relacją paternalistyczną, jeżeli lekarz ma sprawować funkcję kontrolera. To on decyduje, czy pacjent jest „naprawdę” chory, jak nazywa się jego choroba, jakie leczenie należy zastosować, jak pacjent powinien się zachowywać w trakcie trwania choroby, a także co będzie się z nim działo po zakończeniu leczenia. Personel progra-

mów metadonowych występuje w roli agenta kontroli zjawiska narkomanii, które w percepcji społecznej jest problemem z pogranicza patologii społecznej i choroby. Społeczeństwo oczekuje, że narkoman będzie podlegał ściślejszej kontroli, niż jest to w przypadku innych chorób.

Kwestia stosunków lekarz–pacjent jest jedną z kluczowych w rozwoju medycyny. Mówi się o tym, że w społeczeństwach zachodnich relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem przechodzi swoistą transformację (17, 18, 19, 20). Wydaje się, że mamy do czynienia z odejściem od modelu paternalistycznego na rzecz partnerstwa.

Problem ten nie jest natomiast wystarczająco zdiagnozowany w warunkach polskich. Pojawiają się jednak głosy, które mówią, że w Polsce ciągle dominuje model paternalistyczny, w którym to lekarz „wie najlepiej”, co jest dobre dla pacjenta. Lekarze traktują pacjentów w sposób protekcyjny, nie pozwalając, by uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia (21, 22).

Analiza kodeksów i regulaminów, obowiązujących w placówkach leczenia narkomanii, pokazała, że zapisy zawarte w kodeksach wskazują na istnienie relacji nacechowanych wzajemnym szacunkiem, zorientowanych na klienta, gdzie klient ma prawo do informacji na temat swojej choroby i sposobów jej leczenia. Nieco inny wizerunek relacji wyłania się z regulaminów placówek. Klient jawi się w nich bardziej jako przedmiot oddziaływań terapeutycznych, aniżeli jako podmiot. Zakazy sformułowane w regulaminach godzą w prawa pacjenta do godności osobistej i szacunku. Zakaz korespondowania, kontrola rozmów telefonicznych, kontrola bagażu, to tylko przykłady zapisów, które pozostają w wyraźnej sprzeczności z zapisem mówiącym o prawie pacjenta do poszanowania godności osobistej. Warto podkreślić, że regulaminy mówią tylko o obowiązkach pacjenta, a nie wspominają nic o powinnościach leczących względem pacjentów. Nie ma w nich też mowy o wartościach, w imię których owe zakazy i ograniczenia zostały ustanowione. Można jedynie wnioskować, że do tych wartości należy zaliczyć: zdrowie pacjenta i wolność od uzależnienia (23).

Omawiane badanie również rzuca światło na obraz relacji w placówkach leczenia narkomanii. Według pacjentów obowiązujące ich zasady są niejasne, a personel zmienia je w zależności od swoich potrzeb. Pacjenci narzekają również na brak informacji dotyczących funkcjonowania programu, działania metadonu, itd. Mówią o tym, że mają trudności w dostępie do dotyczącej ich dokumentacji medycznej. Czują się dyskryminowani, traktowani bez szacunku. Pokazuje to nie tylko, że relacje pomiędzy personelem a klientami noszą cechy relacji paternalistycznych, ale również zwraca uwagę na kwestię praw pacjenta.

Podobne, do przedstawionych powyżej, wyniki badania uzyskano w innym badaniu jakościowym, które diagnozowało przyczyny „wypadania” pacjentów z programu metadonowego (4). Respondenci wśród przyczyn porzucenia leczenia wymieniali niespójne i ciągle zmieniające się zasady funkcjonowania programu, zróżnicowane podejście do pacjentów czy konflikty z personelem.

Być może takie postrzeganie przez pacjentów programów metadonowych wynika m.in. z tego, że pełnią one rolę nie tylko placówek, które mają za zadanie

dostarczać pomocy, ale są również, podobnie jak np. szpitale psychiatryczne, instytucjami powołanymi do sprawowania formalnej kontroli nad ludźmi, którzy z racji swego „nienormalnego” zachowania przestają być tolerowani w społeczeństwie (24). Personel zaś, jak już wspomniano, jest powołany przez społeczeństwo, by w jego imieniu tę kontrolę sprawować.

## PIŚMIENNICTWO

1. Lawrinson P, Ali R, Buavirat A, Chiamwongpaet S, Dvoryak S, Habrat B, Jie S, Mardiaty R, Mokri A, Moskalewicz J, Newcombe D, Poznyak V, Subata E, Uchtenhagen A, Utami DS, Vial R, Zhao Ch (2008) Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103, 1484–1492.
2. Guggenbuhl L, Uchtenhagen A, Paris D (2000) Adequacy of Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT). Part II. *Treatment and Support Needs of Drug Addicts*. Country Reports and Assessment Procedures. Zurich.
3. Kelly SM, O’Grady KE, Brown BS, Mitchell SG, Schwartz RP (2010) The role of patient satisfaction in methadone treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 150–154.
4. Reisinger HS, Schwartz RP, Mitchell SG, Peterson JA, Kelly SM, O’Grady KE, Marrari EA, Brown BS, Agar MH (2009) Premature discharge from methadone treatment: patient perspectives. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41, 285–296.
5. Deck D, Carlson MJ (2005) Retention in publicly founded methadone maintenance treatment in two western states. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32, 43–60.
6. Jackson TR (2002) Treatment practice and research issues in improving treatment outcomes. *Science and Perspectives*, 1, 22–29.
7. Ostrowska A (1975) Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk: Zakład im. Ossolińskich. Wyd. PAN.
8. Balint M (1968) *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman.
9. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K (2001) Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52 (4), 609–620.
10. Barry ChA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N (2000) Patients’ unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *British Medical Journal*, 320, 1246–1250.
11. Britten N, Stevenson FA, Barry ChA, Barber N, Bradley CP (2000) Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal*, 320, 484–488.
12. Parsons T (1969) *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWE.
13. Israel J (1969) Socjopsychiczne środowisko szpitala. W: Sokołowska M (red.) *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa: Książka i Wiedza.
14. Ejsmond J (1969) Szpitale warszawskie w świadomości pacjentów. W: Sokołowska M (red.) *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa: Książka i Wiedza.
15. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R (2002) Comparison of patients’ and general practitioners’ evaluations of general practice care. *Quality and Safety in Health Care*, 11 (4), 315–319.
16. Freidson E (1970) *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York, Hagestown, San Francisco, London: Harper & Row Publishers.
17. Ostrowska A (1990) Modele relacji pacjent–lekarz. W: Ostrowska A (red.) *Wstęp do socjologii medycyny*. Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Instytut Socjologii UW.
18. Falkum E, Forde R (2001) Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician–patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Social Science and Medicine*, 52, 239–248.



19. Richards T (1999) Patient's priorities. *British Medical Journal*, 318, 277.
20. Coultner A (1999) Paternalism or partnership? *British Medical Journal*, 319, 719–720.
21. Gałuszko M (2003) *Spoleczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*. Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław.
22. Nowicka W (2002) Prawa pacjenta: konflikt interesów czy wspólna sprawa? W: Chołuj B (red.) *System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar, 23–31.
23. Przymuszewska K (2000) Wybrane etyczne aspekty leczenia narkomanów w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 1, 59–73.
24. Axer A (1980) Niektóre cechy reakcji społecznej na chorobę psychiczną. *Studia Psychologiczne*, 3 (78), 67–86.

Adres do korespondencji  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa  
tel. (22) 4582 779  
e-mail: dabrow@ipin.edu.pl

otrzymano: 14.05.10

przyjęto do druku: 10.06.10