

THE POLISH DRUG TREATMENT SYSTEM PATIENTS' NEEDS FROM USERS' AND PROVIDERS' PERSPECTIVE

POTRZEBY PACJENTÓW POLSKIEGO SYSTEMU LECZENIA I REHABILITACJI OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW. PERSPEKTYWA PACJENTÓW ORAZ TERAPEUTÓW

Justyna Klingemann, Jacek Moskalewicz

Institute of Psychiatry and Neurology, Department of Studies on Alcoholism and Drug Dependence, Warsaw, Poland

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

Alcohol Drug Addict 2017; 30 (4): 249-278

DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2017.73877>

Abstract

Introduction: The present article discusses the adequacy of the Polish drug treatment system in terms of catering to the needs of drug dependent patients – from the most basic to those that enhance general wellbeing and hence the chances for therapeutic success.

Material and methods: Separate focus group interviews (FGI) were performed with patients and therapists in six outpatient and inpatient drug treatment institutions. In total, 76 persons took part in the twelve FGI: 30 therapists and 46 patients. A CAQDA (Computer-assisted qualitative data analysis) was performed on collected data.

Results: The needs related directly to the therapeutic process are met to a generally satisfactory extent. Patients of inpatient treatment report the need of learning more about addiction and its mechanisms; they also have unmet needs

Streszczenie

Wprowadzenie: W artykule omówiono poziom zaspokojenia potrzeb pacjentów polskiego systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków w zakresie potrzeb najbardziej podstawowych oraz tych, które zwiększają ogólny dobrostan pacjentów i zwiększają ich szanse na sukces terapeutyczny.

Materiał i metody: Materiał badawczy zebrano w trakcie zogniskowanych wywiadów grupowych (ZWG), zrealizowanych w 6 placówkach zajmujących się pomocą osobom uzależnionym od narkotyków: w poradniach oraz stacjonarnych placówkach rehabilitacyjnych. W 12 ZWG uczestniczyło w sumie 76 osób: 30 terapeutów oraz 46 pacjentów. Materiał badawczy obejmował 12 transkrypcji ZWG poddanych wspomaganej komputerowo analizie jakościowej.

Wyniki: Poziom zaspokojenia potrzeb związanych bezpośrednio z terapią wydaje się satysfakcjonujący zarówno w ośrodkach stacjonarnych, jak i w poradniach. Pacjenci ośrodków sygnalizowali niezaspoko-

Correspondence to/Adres do korespondencji: Justyna Klingemann, Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, Polska, tel. +48 22 4582 539, e-mail: zulewska@ipin.edu.pl

Authors' contribution/Wkład pracy autorów: Study Design/Koncepcja badania; Data Collection/Zebranie danych: J. Klingemann, J. Moskalewicz / Statistical Analysis/Analiza statystyczna: J. Klingemann / Data Interpretation/Interpretacja danych; Acceptance of final manuscript version/Akceptacja ostatecznej wersji: J. Klingemann, J. Moskalewicz / Literature Search/Przygotowanie literatury: J. Klingemann / Funds collection/Pozyskanie środków (finansowania): J. Moskalewicz

No ghostwriting declared./Nie występuje zjawisko *ghostwriting* i *guest authorship*.

Submitted/Otrzymano: 16.10.2017 • **Accepted/Przyjęto do druku:** 08.01.2018

of being in contact with their families. The outpatient treatment therapists point out unmet needs related to vocational support for unemployed clients. Some facilities do not offer adequate help regarding patients' legal problems.

Discussion: Inpatient and outpatient treatment patients as well as therapists are well aware of the wide scope of different needs and make an effort to meet them in the course of therapy. The least fulfilled group of needs is related to the lack of after-care programmes – a diversified offer is necessary and barriers accessing such programmes should be eliminated.

Conclusions: Research in many countries showed that there is not just one universal model of treatment adequate to the needs of all patients. Therefore, in order to make the system efficient, efforts should be made to create a wide spectrum of different treatment and after-care alternatives matching patients varying, specific needs.

Keywords: Patient's needs, Drug treatment system, Qualitative research

kojenie potrzeby wiedzy na temat uzależnienia oraz potrzeby kontaktu z rodziną. Terapeuci poradni sygnalizują potrzebę aktywizacji zawodowej niepracujących klientów. W niektórych placówkach brakuje wsparcia w rozwiązywaniu problemów prawnych.

Omówienie: Zarówno pacjenci, jak i terapeuci obu typów placówek w dużym stopniu uświadamiają sobie całe spektrum różnych potrzeb i starają się je zaspokajać. Najślabszym ogniwem systemu są programy postterapeutyczne i readaptacyjne – konieczne jest tu rozszerzenie oferty, eliminacja barier w dostępie i rozwijanie współpracy między nimi w celu zapewnienia ciągłości opieki.

Wnioski: Badania naukowe realizowane w wielu krajach wykazały ponad wszelką wątpliwość, że nie istnieje jeden uniwersalny model terapii adekwatny dla wszystkich potencjalnych pacjentów, stąd wniosek, że dla efektywności systemu konieczne jest stworzenie szerokiego wachlarza możliwości odnoszących się do specyficznych potrzeb pacjentów.

Słowa kluczowe: potrzeby pacjentów, system terapii uzależnienia od nielegalnych substancji psychoaktywnych, badania jakościowe

■ INTRODUCTION

In recent years, increasing attention has been devoted to the adequacy of the drug treatment system with respect to the needs of current and also potential patients. At the same time, the authors of various studies in this area do not always conceptualise these needs in the same way. A need, in the broadest sense, is a state of lack sensed by the individual, which due to the physiology of the organism, individual experience and social standing, is a condition of survival, maintenance of mental stability, opportunity to develop or sustain a defined social role [1]. The most frequently applied approach to patients' needs in research is assuming their lack of fulfilment is the source of patients problems. Thus, a problem is a situation of deprivation, hardship, conflict or threat for which the individual has no ready solutions. Need and problem are two different notions though the scope of measures to resolve a given problem is often identified with the range of measures designed to satisfy a given need. Therefore researchers concentrate both on needs

■ WPROWADZENIE

W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się zagadnieniu adekwatności systemów leczenia uzależnień do potrzeb obecnych czy też potencjalnych pacjentów. Jednocześnie autorzy różnych opracowań w tym zakresie nie zawsze konceptualizują pojęcie potrzeby w ten sam sposób. Potrzeba – w szerokim rozumieniu – to odczuwany przez jednostkę stan braku tego, co w związku z fizjologią organizmu, indywidualnym doświadczeniem i miejscem jednostki w społeczeństwie jest warunkiem utrzymania jej przy życiu, zachowania równowagi psychicznej, umożliwienia jej rozwoju czy też utrzymania określonej roli społecznej [1]. Najczęściej stosowanym podejściem w badaniach potrzeb pacjentów jest uznanie, że ich niezaspokojenie rodzi problemy. Tym samym problem to sytuacja deprivacji, utrudnienia, konfliktu, zagrożenia, dla której jednostka nie ma gotowych rozwiązań. Potrzeba i problem to dwa różne pojęcia, jednak zakres działań zmierzających do rozwiązania danego problemu jest często tożsamy z zakresem działań zmierzających do zaspokojenia danej potrzeby,

and problems and often use both of these categories interchangeably.

Researchers emphasise that psychoactive substance abuse and dependence leads to negative consequences in many areas of life though the abstaining from substance does not necessarily lead to the elimination of associated problems. At the same time, failure to address these problems increases the probability of relapse [2].

That was the conceptual position assumed by Hser et al. [3], who, in their studies, gathered information on the occurrence of problems in various areas of life (alcohol use, drug use, health, employment, legal situation, finances and housing) as well as history of treatment and needs concerning specific services within treatment like transport and childcare. Patients' preferences and opinions were rated on the basis of a scale consisting of 30 different types of service including medical, advisory, professional training, legal aid, childcare and coping with anger. In the first stage of the research, the questions concerned needs, and the second was about taking advantage of these services and satisfaction with the support received. Generally, a large discrepancy was noted between the occurrence of the problem and the gaining of support. The most frequently mentioned needs groups were professional training (68% indicated this need), transport (68%), housing (63%) and medical care (62%) [3]. Meeting professional, housing and transport and childcare needs significantly increased the indicators of staying in a therapeutic programme. Patients not only stayed in the programme longer, but also indicated a significant improvement on their life situation in the abovementioned areas of life [3]. These results are similar to that of other studies [4-6], suggesting that the better the therapeutic programme, the lower the indicators of drop-out. Study participants [3], were however asked what specific kind of service was important for them and whether they had received support in this respect. The results showed that the needs expressed by clients ought to become an important element of therapeutic offer design.

Similarly, according to Friedmann et al. [7] patients' needs reflect the medical, emotional, family, professional and housing problems they experience, and when these are addressed, the probability of relapse is reduced [8]. In Fried-

dlatego badacze koncentrują się zarówno na potrzebach, jak i problemach. Stąd też często wymienne używanie obu wspomnianych kategorii.

Badacze podkreślają, że nadużywanie substancji psychoaktywnych i uzależnienie od nich prowadzi do negatywnych konsekwencji w wielu dziedzinach życia, lecz samo zaprzestanie używania nie zawsze prowadzi do automatycznego wyeliminowania problemów z tym związanych. Jednocześnie nierozwiązywanie tych problemów zwiększa prawdopodobieństwo nawrotu [2].

Takie stanowisko przyjęli na przykład Hser i wsp. [3] – w ich badaniu zbierano informacje na temat występowania problemów w różnych dziedzinach życia (używanie alkoholu, używanie narkotyków, zdrowie, zatrudnienie, sytuacja prawna, finansowa, mieszkaniowa) oraz historii leczenia i potrzeb dotyczących specyficznych usług w ramach leczenia (transport, opieka nad dzieckiem). Preferencje i opinie pacjentów oceniano na podstawie skali zawierającej 30 różnych typów usług, włączając w to m.in. usługi medyczne, poradnictwo, szkolenia zawodowe, pomoc prawną, opiekę nad dzieckiem, radzenie sobie ze złością. W pierwszym etapie badania pytano o potrzeby, w drugim – o korzystanie z tych usług i o zadowolenie z otrzymanej pomocy. Ogólnie biorąc, odnotowano duży rozdzźwięk pomiędzy występowaniem problemu a uzyskaniem pomocy. Najczęściej wymienianymi grupami potrzeb były szkolenia zawodowe (68% badanych wskazało na potrzebę szkoleń), transport (68%), zamieszkanie (63%), pomoc medyczna (62%) [3]. Zaspokojenie potrzeb zawodowych, potrzeb związanych z zamieszkaniem i transportem oraz zapewnienie opieki nad dzieckiem znacząco podwyższało wskaźniki utrzymywania się w programie terapeutycznym. Pacjenci nie tylko pozostawali w programie dłużej, ale też wskazywali na znaczną poprawę swojej sytuacji życiowej w tych dziedzinach życia [3]. Wyniki te podobne są do wyników innych badań [4-6], sugerujących, że im lepszy program terapeutyczny, tym wyższe wskaźniki pozostawania w programie. Uczestnicy omawianego badania [3] byli jednak pytani o to, jaki konkretny rodzaj usług jest dla nich ważny i czy otrzymali pomoc w tym zakresie. Uzyskane wyniki pokazują, że wymieniane przez klientów potrzeby powinny stać się ważnym elementem tworzenia oferty terapeutycznej.

Podobnie według Friedmann i wsp. [7] potrzeby odzwierciedlają problemy doświadczane przez pacjentów (medyczne, emocjonalne, rodzinne, zawodowe, mieszkaniowe), a ich zaspokojenie zmniejsza

mann et al.'s study [7], the attempt was made to individualise support concerning specific problems in five areas: medical services, psychiatric care, family support, vocational counselling, social support and housing. Patients were asked how important would support be in this respect in their case, and they reported that for 2/3 support in each of these areas was important. The study revealed that ensuring adequate patient support when patients signalled the need in all or nearly all of these areas improved their results concerning the level of drug consumption in the year following treatment (as compared to the level of consumption the year prior to the undertaking of treatment). The level of need fulfilment may directly affect the level of consumption and, indirectly, time spent in treatment. As far as specific areas are concerned, the strongest effect on drug consumption was noted for support in fulfilling professional and housing needs. A structured and supportive social environment improves the results of treatment, and work is one of the best organisers of daytime activity, while a stable place of abode is key in the case of creating a supportive environment. These are also the needs that are the hardest to fulfil.

Dąbrowska [9] took a different position when writing that the needs expressed by patients reflect their perception of the treatment facility and its functions. Patients often define needs as aims (get better, survive or be able to take care of themselves) or as a means to realise an aim they have set themselves (help walking or everything needed for survival) [9].

In writing of the needs concerning dependence therapy, it is impossible to ignore the quality of therapeutic relation. Research on health care indicates with unusual frequency the importance of communication between the patient and therapist due to its three basic functions: providing information, building therapeutic relationship and strengthening the patient's role in the treatment decision-making process. At the same time it would seem that the majority of patients accepts the therapists dominant position, which strengthens their role as passive receivers of the offered therapy. In Dąbrowska's research, patients on the one hand expected the therapist to direct them, and on the other wanted to see in him a friend who would talk to them without imposing his point of view. They also wanted to take their own auto-

sza prawdopodobieństwo nawrotu [8]. W badaniu Friedmann i wsp. [7] próbowano indywidualizować pomoc dotyczącą konkretnych problemów w pięciu obszarach: usługi medyczne, pomoc psychiatryczna, pomoc rodzinna, poradnictwo zawodowe, pomoc socjalna i mieszkaniowa. Pacjentów pytano, jak ważna byłaby pomoc w tym zakresie w ich przypadku – okazało się, że dla około 2/3 badanych pomoc w każdym z tych obszarów była istotna. Badanie wykazało, że zapewnienie adekwatnej pomocy pacjentom, którzy sygnalizowali potrzeby we wszystkich lub prawie wszystkich obszarach, poprawiło ich wyniki dotyczące poziomu konsumpcji substancji psychoaktywnych rok po leczeniu (w porównaniu z poziomem konsumpcji rok przed podjęciem leczenia). Poziom zaspokojenia potrzeb może więc bezpośrednio wpływać na poziom konsumpcji oraz – pośrednio – na czas pozostawania w leczeniu. Jeśli chodzi o konkretne obszary, najsilniejszy wpływ na konsumpcję substancji miała pomoc w zaspokojeniu potrzeb zawodowych i mieszkaniowych. Ustrukturyzowane i wspierające środowisko społeczne poprawia wyniki leczenia – praca jest jednym z najlepszych elementów organizujących dzień, a posiadanie stabilnego miejsca zamieszkania stanowi kluczowy czynnik w przypadku tworzenia wspierającego środowiska. To jednocześnie najtrudniejsze do zaspokojenia potrzeby.

Inne stanowisko przyjęła Dąbrowska [9], pisząc, że potrzeby wyrażane przez pacjentów odzwierciedlają ich sposób postrzegania placówki leczniczej i jej funkcji. Pacjenci zwykle definiują potrzebę jako cel (wyzdrowieć, przetrwać, być w stanie zająć się sobą) lub jako środek do realizacji wyznaczonego sobie celu (pomoc w chodzeniu, wszystko, czego potrzebuję, by przetrwać) [9].

Pisząc o potrzebach odnoszących się do terapii uzależnienia, nie sposób pominąć zagadnienia jakości relacji terapeutycznej. Badania z zakresu opieki zdrowotnej niezwykle często wskazują na wagę prawidłowej komunikacji pomiędzy pacjentem a terapeutą ze względu na jej trzy podstawowe funkcje: dostarczanie informacji, budowanie więzi terapeutycznej oraz wzmacnianie udziału pacjenta w procesie podejmowania decyzji dotyczących leczenia. Jednocześnie wydaje się, że większość pacjentów akceptuje dominującą pozycję terapeuty, co umacnia ich rolę jako pasywnych odbiorców oferowanej terapii. W badaniach Dąbrowskiej [9] pacjenci, z jednej strony, oczekiwali, że terapeuta będzie nimi kierował, a z drugiej, chcieli widzieć w nim kolegę, który z nimi porozmawia i nie będzie narzucał swojego

mous decisions. In Joosten et al's research [10, 11], the influence of the shared decision-making intervention model (SDMI) on increasing patients' sense of autonomy and control in the therapeutic process was considered. Shared decision-making (SDM) is a process supposed to reduce the typical role asymmetry in the clinician-patient relation and at the same time increase that patient's knowledge and his sense of autonomy and control over the course of therapy, thus influencing the patient's wellbeing.

The main aim of Adequacy of Drug Treatment System to the Needs of its Clients (ASK) study presented in this article was the assessment of the level of needs fulfilment of clients' of support system for drug dependent persons in terms of treatment, rehabilitation, health harm reduction and social reintegration. The realisation of this aim allows assessment as to whether existing therapeutic and support programmes are adequate to clients' needs. The research has taken a broad definition of 'needs'; on the one hand as an answer to problems articulated by patients and on the other as expectations of the therapy quality and conditions.

In this article, following a short description of applied methods and study sample, we present the ASK research results in relation to patients needs as seen from their own perspective and that of their therapists. When it comes to each need, first we discuss whether there is fulfilment or not, we quote patients statements and then we report what therapists have to say. The needs of outpatient clinic patients and those of inpatient treatment are discussed separately. In the discussion we deal with the issue of the possibility of applying the research results in therapeutic practice and health policy.

■ MATERIAL AND METHODS

Research procedure

Qualitative research is characterised by seeking to capture experiences and interactions in their natural context. In the ASK study, qualitative data was gathered during focus group interviews [FGI] – discussions designed to capture the various voices of different actors involved in study subject. A significant feature of FGIs is group member selection so that common characteristics or experiences facilitate conversation and differences in

zdania. Chcieli też samodzielnie podejmować decyzje. W badaniach Joosten i wsp. [10, 11] rozważano wpływ modelu interwencyjnego, opierającego się na wspólnym podejmowaniu decyzji (*shared decision-making intervention* – SDMI), na zwiększenie poczucia autonomii i kontroli u pacjentów w procesie terapii. SDM (*shared decision-making*) to proces, który ma zmniejszyć typową asymetrię ról w relacji lekarz–pacjent i tym samym zwiększyć wiedzę pacjenta oraz poczucie autonomii i kontroli w przebiegu terapii, wpływając tym samym na dobrostan pacjenta.

Głównym celem prezentowanego w artykule badania ASK (Adekwatność Systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w stosunku do potrzeb jego Klientów) była ocena stopnia zaspokojenia potrzeb klientów systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w zakresie leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i re-integracji społecznej. Realizacja tego celu pozwoliła na ocenę, czy istniejące programy terapeutyczne i pomocowe są adekwatne do potrzeb ich klientów. W badaniu pojęcie „potrzeby” ujęto szeroko – z jednej strony, jako odpowiedź na problemy artykułowane przez pacjentów, z drugiej, jako oczekiwania związane z jakością oraz warunkami terapii.

W artykule, po krótkim opisie zastosowanych metod i próby badawczej, przedstawiamy wyniki badań w odniesieniu do potrzeb pacjentów, widzianych z perspektywy ich samych oraz terapeutów. W przypadku każdej potrzeby najpierw mówimy, czy jest zaspokojona czy nie, cytujemy wypowiedzi pacjentów, a następnie oddajemy głos terapeutom. Potrzeby pacjentów poradni i potrzeby pacjentów ośrodków stacjonarnych omawiane są osobno. W omówieniu podejmujemy kwestię możliwości wykorzystania wyników badań w praktyce terapeutycznej i w polityce zdrowotnej.

■ MATERIAŁ I METODY

Procedura badania

Badania jakościowe charakteryzują się dążeniem do uchwycenia doświadczeń i interakcji w ich naturalnym kontekście. W badaniu ASK dane jakościowe zbierano przy wykorzystaniu zogniskowanych wywiadów grupowych (ZWG) – dyskusji zmierzających do uchwycenia wielogłosu różnych aktorów zaangażowanych w badane kwestie. Istotną cechą ZWG jest dobór składu grupy w taki sposób, aby wspólne cechy lub doświadczenia umożliwiły rozmowę, a odmienność

experience and perspective stimulate discussion or reveal differences of opinion. The moderator's task is to maintain interaction and group dynamics. It ought to be remembered that all comments expressed in the course of an FGI depend on context, members reactions to other members contributions and specific group dynamics. Therefore, we will never know what respondents would reveal in the quiet of an individual in-depth interview, but we do know what arguments they came prepared with in order to present their views and defend them in the presence of other group members [12, 13].

The key question in our study was the issue of satisfying patients needs as regards the system of treatment and rehabilitation of drug-dependent persons. Researchers discussed both the most basic needs and those that increase the general wellbeing of patients and increase the chances of therapeutic success. Patients and therapists were asked about the satisfied and not satisfied treatment needs, on the quality of the therapeutic relationship and to what extent patients experience decision sharing in the therapeutic process, about the material resources of the programme (location, buildings and equipment) and their influence on the quality of treatment and also on whether the programme offer takes into account needs associated with other dependencies, e.g. alcohol or nicotine dependence. Issues concerning the observation of patients' rights (rights to information, to withhold personal information, to make official complaints) and procedures that limit those rights in the spheres of e.g. privacy or dignity were also raised. Programme access, entry barriers to therapy and reasons for discontinuing treatment were also discussed, as were patients' educational and professional needs, their requirements for social and legal support as well as cultural and spiritual needs.

We also talked about human resources, training needs and requirements for cooperation with other clinics or programmes (the health service including dental care and HIV/HCV tests, school, the employment office, legal aid, social support, cultural and religious institutions).

Research material

The research material presented in this article was collected during focus group interviews

doświadczeń lub perspektyw wyzwoliła dyskusje lub ujawniła różnice zdań. Zadaniem moderatora jest podtrzymywanie interakcji i dynamiki grupy. Należy pamiętać, że wszystkie komentarze poczynione w trakcie ZWG zależą od kontekstu, reakcji członków grupy na wkład innych osób oraz od dynamiki konkretnej grupy. Tym samym nigdy nie dowiemy się, co respondenci mogliby wyjawić „w zaciszu” indywidualnego wywiadu pogłębio- nego, ale wiemy, jakie przygotowywali sobie argumenty, aby zaprezentować swoje poglądy i bronić ich w obecności innych członków grupy [12, 13].

Kluczowym pytaniem w naszym badaniu była kwestia zaspokojenia potrzeb pacjentów systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków. Z pacjentami oraz terapeutami rozmawiano zarówno o potrzebach najbardziej podstawowych, jak i o tych, które zwiększają ogólny dobrostan pacjentów oraz zwiększają szanse na sukces terapeutyczny. Pacjentów i terapeutów pytano o potrzeby, które program zaspokaja, oraz o te, których nie zaspokaja, ponadto o jakość relacji terapeutycznej i w jakim stopniu pacjenci mają szansę współuczestniczyć w procesie terapeutycznym, o zasoby fizyczne programu (lokalizację, budynek, wyposażenie) i ich wpływ na jakość leczenia, a także o to, czy oferta programu uwzględnia potrzeby związane z innymi uzależnieniami, np. od alkoholu czy nikotyny. Poruszono również kwestie przestrzegania praw pacjenta (prawa do informacji, do zachowania w tajemnicy informacji, do złożenia skargi) oraz procedur, które te prawa ograniczają, np. w zakresie prywatności czy godności. Rozmawiano o dostępności programu, o przeszkodach w podjęciu terapii oraz o powodach przerwania leczenia. Rozmawiano także o potrzebach edukacyjnych i zawodowych pacjentów, o potrzebach zdrowotnych, o potrzebie pomocy prawnej i socjalnej, o potrzebach kulturalnych i duchowych.

Z personelem placówek i programów dodatkowo rozmawiano o zasobach kadrowych, potrzebach szkoleniowych oraz o potrzebach w zakresie współpracy z innymi placówkami lub programami (służba zdrowia – w tym opieka stomatologiczna i badania na HIV/HCV, szkoła, urząd pracy, pomoc prawna, opieka społeczna, instytucje kulturalne i religijne).

Materiał badawczy

Prezentowany w artykule materiał badawczy zebrano w trakcie zogniskowanych wywiadów grupowych, zrealizowanych w 6 placówkach dla osób dorosłych zajmujących się pomocą osobom uzależ-

at 6 sites for adults helping drug-dependent persons with treatment, rehabilitation, health harm reduction and social reintegration: at outpatient and inpatient rehabilitation clinics. A total of 76 persons participated in 12 focus group interviews (FGI) – 30 therapists and 46 patients. In the case of the therapists, 7 (4 women, 3 men) worked in inpatient, and 23 (15 women, 8 men) were employed in outpatient facilities (on average 5 persons per FGI). Thirty patients took part in interviews conducted in the inpatient clinics (6 women and 24 men), and 16 patients in the outpatient facilities (15 men, 1 woman) (on average 8 persons per FGI).

All the interviews were audio-recorded following participants' consent and transcribed verbatim. The research material comprises of 12 focus group interview transcriptions. The study was qualitative in nature. The facilities invited to participate were located in various parts of Poland and attention was paid to ensure as wide as possible representation of a variety of approaches, experiences and expectations. In order to ensure the participants comfort and anonymity, no detailed data was gathered on age, type of dependence, length of therapy, staff therapeutic orientation and period of employment.

Data analysis

The basic analytical unit of qualitative data was the full interview transcripts that were subject to open coding (sentence-by-sentence) and analysis. Data was coded with the use of ATLAS.ti (version 7.5.9) – one of the most modern computer-assisted qualitative data analysis (CAQDA) programmes, allowing a flexible and interpretative approach to this data [14]. The codes associated with fragments of the analysed text were ordered into a two-level structure with code assigned relating to interview dispositions and concepts corresponding to its thematic elements. The effect of this procedure was to develop the main categories, expressed in the form of the typology of needs presented in the article.

nionym od narkotyków, w zakresie leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej: w poradniach oraz stacjonarnych placówkach rehabilitacyjnych. W 12 zogniskowanych wywiadach grupowych (ZWG) uczestniczyło w sumie 76 osób: 30 terapeutów i 46 pacjentów. W przypadku terapeutów 7 osób pracowało w ośrodkach stacjonarnych – 4 kobiety i 3 mężczyzn, a 23 osoby w placówkach ambulatoryjnych – 15 kobiet i 8 mężczyzn (średnio 5 osób w ZWG). W wywiadach realizowanych w ośrodkach stacjonarnych uczestniczyło w sumie 30 pacjentów – 6 kobiet i 24 mężczyzn, w placówkach ambulatoryjnych 16 pacjentów – 1 kobieta i 15 mężczyzn (średnio 8 osób w ZWG).

Po uzyskaniu zgody uczestników wszystkie wywiady były nagrywane na dyktafon, a następnie zostały poddane transkrypcji dosłownej. Materiał badawczy obejmuje 12 transkrypcji zogniskowanych wywiadów grupowych. Badanie miało jakościowy charakter – placówki zaproszone do badania znajdowały się w różnych częściach Polski, dbano o możliwie szeroką reprezentację różnych podejść, doświadczeń i oczekiwań. W trosce o komfort uczestników badania i dla zapewnienia im anonimowości nie zbierano szczegółowych danych dotyczących wieku, typu substancji, od której byli uzależnieni pacjenci, czasu trwania terapii, orientacji terapeutycznej personelu czy też stażu pracy.

Analiza danych

Podstawową jednostką analizy danych jakościowych były pełne transkrypcje wywiadu. Poddano je analizie, zdanie po zdaniu, w której każde zdanie oznaczono słowami kluczowymi. Oznaczenia te stanowiły podstawę do kodowania wywiadu. Do analizy przypadków, na etapie kodowania wywiadów oraz sporządzania not badawczych, wykorzystano program ATLAS.ti (wersja 7.5.9) – jeden z najnowocześniejszych programów do wspomaganego komputerowo analizy danych jakościowych (CAQDA), umożliwiający elastyczne i interpretatywne podejście do tych danych [14]. W oznaczaniu tekstu słowami kluczowymi zastosowano procedurę kodowania otwartego. Słowa kluczowe powiązane z fragmentami analizowanego tekstu uporządkowano w dwupoziomą strukturę, przypisując im kody mające odniesienie w dyspozycjach do wywiadu i koncepcjach odpowiadających jego częściom tematycznym. Efektem tej procedury było rozwinięcie głównych kategorii wyrażonych w formie typologii potrzeb, zaprezentowanej w artykule.

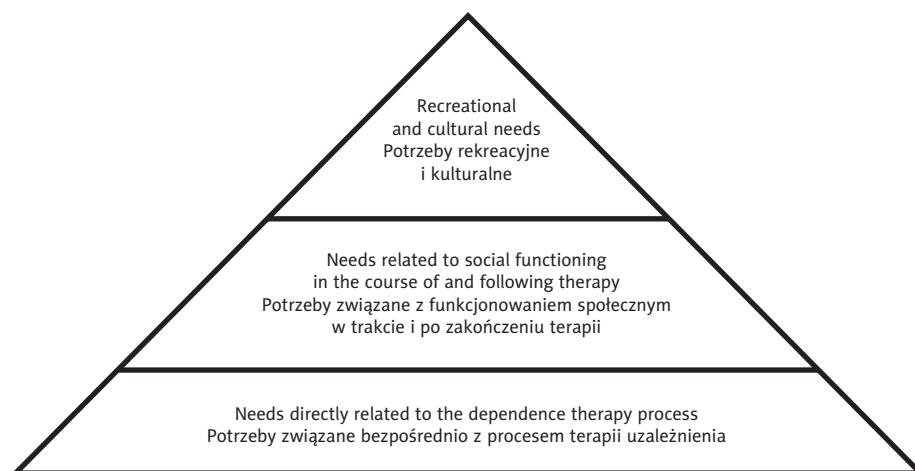


Figure 1. Types of needs identified in analysis of focus group interviews with inpatient and outpatient drug treatment facility patients and therapists

Rycina 1. Typy potrzeb zidentyfikowanych w wyniku analizy zogniskowanych wywiadów grupowych z pacjentami i terapeutami placówek stacjonarnych oraz ambulatoryjnych leczenia uzależnień

■ RESULTS

Analysis of the data points to three main need groups: directly related to the dependence therapy process, related to the social functioning in the course of and following therapy as well as recreational and cultural needs (Fig. 1). At the same time, the analysis suggests different conceptualisation of needs within the groups depending on the type of site, therefore also the results are presented separately for inpatient and outpatient clinics. The research results are illustrated by fragments from the focus group interviews. Participants' gender was marked as M or F in quotes, and if a number of persons of the same gender took part, these were assigned numbers (e.g. F2). Some types of need were illustrated by only one quote, which means that the opinions of participants were in the case of this subject in agreement. In the remaining situations, a number of citations from different FGI were presented, which means that different participants emphasised different aspects of a given need and their statements may be regarded as complementary.

Inpatient facilities

Needs directly related to the dependence therapy process

The first group of needs are those associated directly with the process of dependence therapy

■ WYNIKI

Analiza danych wskazuje na trzy główne grupy potrzeb: potrzeby związane bezpośrednio z procesem terapii uzależnienia, potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym w trakcie i po zakończeniu terapii oraz potrzeby rekreacyjne (ryc. 1). Jednocześnie analiza wskazuje na różne konceptualizacje potrzeb w obrębie wyodrębnionych grup w zależności od typu placówki, dlatego też wyniki zaprezentowano osobno dla ośrodków stacjonarnych i osobno dla poradni ambulatoryjnych. Wyniki badania są zilustrowane fragmentami zogniskowanych wywiadów grupowych. W cytatach oznaczono płeć uczestników (K/M), jeśli w wywiadzie uczestniczyło kilka osób tej samej płci, oznaczono je numerami (np. K2). Niektóre typy potrzeb ilustruje tylko jeden cytat, co oznacza, że głos uczestników dotyczący danego tematu był spójny. W pozostałych sytuacjach prezentowanych jest kilka cytatów z różnych ZWG – oznacza to, że różni uczestnicy naświetlali różne aspekty danej potrzeby, a ich wypowiedzi można uznać za komplementarne.

Ośrodki stacjonarne

Potrzeby związane bezpośrednio z procesem terapii uzależnienia

Pierwsza grupa potrzeb to potrzeby związane bezpośrednio z procesem terapii uzależnienia w ośrodku

at the inpatient clinic. These needs involve above all **trust and security** of therapy, **the development of self-awareness, knowledge about dependence and its mechanisms** and **social skills**. Later examples illustrate the needs articulated by patients, both satisfied and unsatisfied, associated with coping with dependence.

FGI 1 [patients – needs met]

F1: *Therapists we can talk to and who want to help us; who you can tell everything and they will help us in some way, give us some advice, explain something (...) what it may be like and all. Oh and getting to know oneself as sober.*

M3: *Assertiveness training, getting to know how the illness works, learning how to form relations with people.*

M5: *Getting to know myself – why I took drugs, what it gave me. How to get by in the future.*

M1: *The first need that comes to mind is building healthy interpersonal relations. The second is understanding the situation in the family, or rather (...) the desire to understand, understanding what has been going on. The third is coming to terms with my weaknesses and accepting them.*

F3: *For me it's learning everyday life without drugs, safety, work on my own weaknesses and the chance of a start in real life.*

Especially at the start of therapy, patients indicated an unsatisfied need for widening their knowledge on dependence and its mechanisms.

FGI 1 [patients – needs unmet]

M3: *There's a lack of workshops on the dependence system, what it's about and how it works with us (...) most of young people (...) are unaware of (...) their dependence, when they have cravings (...) I would like trainings on the illness about how it works from the technical side. We usually focus on ourselves and not on the theory [I'd like] someone to explain this with examples so we'd get it.*

M2: *I think that at the start a new patient (...) needs that knowledge on the dependence.*

F3: *I also get the impression that there have been no trainings about the mechanisms of dependence. [we have] little knowledge about this all the time – maybe there is education but [only about] that drugs are bad.*

Other needs directly associated with therapy result to a great extent from the expectancies as to

stacjonarnym. Potrzeby te obejmują przede wszystkim kwestię **zaufania i bezpieczeństwa** w terapii, **rozwijanie samoświadomości, wiedzy o uzależnieniu i jego mechanizmach** oraz **umiejętności społecznych**. Poniżej przykłady ilustrujące potrzeby artykułowane przez pacjentów, zaspokojone i niezaspokojone, związane z radzeniem sobie z uzależnieniem.

ZWG 1 [pacjenci – potrzeby zaspokojone]

K1: *Terapeuci, z którymi można porozmawiać, [świadomość] że chcą nam pomóc, można wszystko im powiedzieć i że oni jakoś nam pomogą, zawsze jakoś doradzą, wytłumaczą (...) jak to może być i w ogóle. No i poznanie siebie trzeźwym.*

M3: *Trenować asertywność, poznać mechanizmy działania choroby, nauczyć się tworzyć relacje z ludźmi.*

M5: *Poznanie siebie – dlaczego brałem, co mi dawały narkotyki. I jak sobie radzić w przyszłości.*

M1: *Pierwsza potrzeba, jaka mi przyszła do głowy, to jest budowanie zdrowych relacji międzyludzkich. Drugą jest zrozumienie sytuacji w rodzinie, a raczej (...) chęć zrozumienia, nauczenie się tego, co się działo. Trzecia to pogodzenie się ze słabościami i zaakceptowanie ich.*

K3: *U mnie jest nauka życia takiego codziennego bez narkotyków, bezpieczeństwo, praca nad swoimi słabościami i umożliwienie startu w realnym życiu.*

Pacjenci, szczególnie na początku terapii, wskazywali na niezaspokojoną potrzebę związaną z poszerzaniem wiedzy na temat uzależnienia i jego mechanizmów.

ZWG 1 [pacjenci – potrzeby niezaspokojone]

M3: *Brakuje mi takich warsztatów, jeżeli chodzi o system uzależnienia, na czym to polega, jak to u nas działa (...), większość osób młodych (...) jest nieświadoma (...) swojego uzależnienia, kiedy ma głody, kiedy to następuje (...). Ja bym chciał zajęcia z choroby o tym, jak to działa z tej technicznej strony, skupiamy się zazwyczaj na sobie, a nie na teorii, [chciałbym] żeby nam to ktoś wytłumaczył, podał przykłady, żebyśmy załapali.*

M2: *Ja myślę, że na wejściu dla nowego pacjenta (...) ta wiedza na temat nałogu jest potrzebna.*

K3: *Ja też mam wrażenie, że nie było żadnych zajęć o tych mechanizmach uzależnień, [mamy] nikłą wiedzę o tym cały czas, edukacja może jest, ale że narkotyki są złe.*

Inne potrzeby związane bezpośrednio z terapią wynikają w dużej mierze z oczekiwań co do **formy i intensywności oddziaływań terapeutycznych**

the form and intensity of therapeutic measures and relations with therapists. These expectations are not always met.

FGI 2 [patients – need met]

F1: [There ought to be] *the right amount of hours in the day for group therapy. For me that minimum ought to be four so the group would actually work out.*

Moderator: *You have 4 hours group therapy per day?*

M1: *Six.*

F1: *Six. And that really satisfies me. The opportunity for individual contact with a therapist more often than once a week (...) it is very important for me to have [additional] support in the context of these eating disorders.*

FGI 3 [patients – need unmet]

M1: *I'd say that at the moment there are too few individual meetings with the therapist.*

M2: *Definitely – we only have this kind of meeting once a fortnight for an hour and it seems to me that once a week that hour should be an individual meeting with a therapist. (...) [Therapists] have a lot of free time that could be used for individual meetings.*

M1: *I'm also thinking about therapists integrating with patients. Apart from [therapeutic] community or group therapy, I think they could give us a bit more of time even on the corridor. (...) when therapists go on walking type integrations, I get the feeling they're doing it as a favour because they have no choice. Apart from at the scheduled activities, there's no sign of therapists on the corridor.*

The group of needs described above is a fully met in the opinion of therapists' at the inpatient treatment.

FGI 5 [therapists – needs met]

Therapist M: *Above all getting to know oneself, also in the context of gaining an understanding of the illness (...) and one's behaviour (...). Matters in more in-depth therapy a little in the history of one's (...) situation prior to taking drugs, prior and during dependence. Understanding also certain things that could have influenced the start of drug taking. (...) Each of the patients in the third stage [of therapy] has the opportunity (...) to get to know therapists and enter into a sort of partnership relation.*

oraz relacji z terapeutami. Te oczekiwania nie zawsze są spełnione.

ZWG 2 [pacjenci – potrzeba zaspokojona]

K1: [Powinna być] *odpowiednia ilość godzin dziennie przeznaczona na terapię grupową. Dla mnie to minimum muszą być cztery, faktycznie żeby ta grupa jakoś wyglądała.*

Moderator: *Macie 4 godziny dziennie terapii grupowej?*

M1: *Sześć.*

K1: *Sześć. I to jest tak, że naprawdę mnie to zadowala. Możliwość kontaktu takiego indywidualnego z terapeutą częściej niż raz na tydzień (...) jest dla mnie bardzo ważne to, że mamy [dodatkowo] pomoc w kontekście tych zaburzeń odżywiania.*

ZWG 3 [pacjenci – potrzeba niezaspokojona]

M1: *Ja powiem, że na tę chwilę dla mnie jest za mało indywidualnych spotkań z terapeutą.*

M2: *Jak najbardziej, mamy takie spotkanie tylko raz na dwa tygodnie po godzinie czasu i przynajmniej wydaje mi się, że raz w tygodniu ta godzinka powinna być na spotkanie indywidualne z terapeutą. (...) [Terapeuci] mają dużo wolnego czasu, który można wykorzystać na spotkania indywidualne.*

M1: *Myszę też o integracji terapeutów z pacjentami. Oprócz zajęć typu społeczność czy grupa myślę, że mogliby nawet na korytarzu w wolnym czasie poświęcać nam troszkę więcej czasu. (...) terapeuci, jak idą na integrację typu jakiś spacer, to mam takie odczucia, jakby szli z łaski, bo muszą. Oprócz zajęć, terapeutów nie widać na korytarzu.*

Opisana powyżej grupa potrzeb jest w opinii terapeutów zatrudnionych w placówkach stacjonarnych w pełni zaspokojona.

ZWG 5 [terapeuci – potrzeby zaspokojone]

Terapeuta: *Przede wszystkim poznawanie siebie, też w kontekście rozumienia, czym jest choroba (...) i zrozumienie swoich zachowań (...). Zagłębienie na dalszym etapie terapii trochę w tę historię swoją (...), sytuację przed braniem narkotyków, przed uzależnieniem i w trakcie. Rozumienie też pewnych rzeczy, które mogą mieć wpływ na to, że zaczęto brać. (...) Każdy z pacjentów w trzecim etapie [terapii] ma możliwość (...) poznawania terapeutów, wchodzenia w taką relację partnerską.*

Needs related to social functioning in the course of and following therapy

Another group of needs of which the therapists actually made no mention but which were important for patients were **material needs** linked to food and housing at the clinic. Patients draw attention to how the rooms are equipped and the quality of food and the possibility of having different diets.

FGI 2 [patients – needs met]

M8: *Basic material needs like private bathrooms in the rooms.*

M5: *Also the food quantity isn't limited. It's good and we have cooks making it for us. (...) I can compare with the other clinic where only patients cooked, and that wasn't always so good.*

M6: *As for living conditions (...), I have food that is pretty appetising as far as nourishing ingredients goes and so on. (...) There are different diets.*

F1: *For the pluses, I'd like to add we have our laundry actually done for us that is later brought to us so we have clean clothes and we don't have to wash everything by hand.*

A significant need of the inpatients was **contact with the family**, and the limitation of this need is treated as especially harsh.

FGI 2 [patients – needs unmet]

M1: *I missed family visits. I also miss them now as I haven't had one yet. Maybe that's more to do with my behaviour, but I miss it. (...) Until now I didn't have approval for visits and only got it yesterday.*

Moderator: *Do you need approval for visits?*

M5: *After half a year, yes.*

M1: *From the team.*

M2: *And also the group gets to decide.*

FGI 6 [therapists – needs unmet]

Therapist F2: *When patients plan a home visit or some kind of leave and break the rules or don't commit to therapy, then we also have a right to say: «we count on you being in therapy and your commitment so now you won't be going on leave».*

The needs associated with patients' social functioning and further stages of their recovery are a reflection of the problems arising from the professional situation, the legal situation and education deficits. In this context, the pa-

Potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym w trakcie i po zakończeniu terapii

Kolejna grupa potrzeb, o której właściwie nie wspominali terapeuci, a która jednak dla pacjentów jest ważna, to **potrzeby bytowe** związane z wyżywieniem i zamieszkaniem w ośrodku. Pacjenci zwracają uwagę i na wyposażenie pokoi, i na jakość wyżywienia czy też możliwość korzystania z różnych diet.

ZWG 2 [pacjenci – potrzeby zaspokojone]

M8: *Potrzeby bytowe to łazienki w pokojach.*

M5: *Jedzenie jest też nieograniczone, jest dobre, mamy kucharki, które nam gotują. (...) mam porównanie z poprzednim ośrodkiem, gdzie tylko pacjenci gotowali i to było różnie.*

M6: *Z warunków bytowych to (...) mam wyżywienie, które jest całkiem ciekawie zestawione, jeśli chodzi o zaopatrzenie w składniki odżywcze i tak dalej. (...) Są diety różne.*

K1: *Jeszcze w plusach chciałam dodać to, że mamy możliwość prania faktycznie robionego nam przez pralniczego, który przynosi nam potem to pranie – czyste ubrania, nie musimy sobie prać ręcznie wszystkiego.*

Istotną potrzebą pacjentów ośrodków stacjonarnych jest **kontakt z rodziną**, a jego ograniczenie traktują jako wyjątkowo dotkliwe.

ZWG 2 [pacjenci – potrzeby niezaspokojone]

M1: *Odwiedzin rodziny mi brakowało. Teraz też mi brakuje, bo jeszcze nie miałem żadnych. Może to bardziej z mojego zachowania wynikało, ale brakuje mi tego. (...) Nie dostawałem zgody do tej pory, wczoraj dopiero dostałem.*

Moderator: *A to trzeba mieć zgodę na odwiedziny?*

M5: *Po pół roku, tak?*

M1: *Od kadry.*

M2: *I jeszcze grupa o tym decyduje.*

ZWG 6 [terapeuci – potrzeby niezaspokojone]

Terapeutka 2: *Jak pacjenci planują wyjazd do domu czy jakąś przepustkę, a złamią regulamin, nie angażują się w terapię, wtedy my też mamy prawo powiedzieć: «zależy nam, żebyś był w terapii, bardziej się zaangażował i teraz na przepustkę nie pojedziesz».*

Potrzeby związane z szerszym funkcjonowaniem społecznym pacjentów i dalszymi etapami zdrowienia są odzwierciedleniem problemów wynikających z sytuacji zawodowej, sytuacji prawnej oraz ich deficytów edukacyjnych. W tym kontekście pacjenci wymieniali szeroko rozumiane **potrzeby**

tients expressed broadly understood **educational needs** to continue or supplement their education and gain additional professional qualifications.

FGI 2 [patients – needs met]

M2: *You can take this kind of step in the third contract. Different kinds of training to raise your qualifications are well received.*

M4: *Other fellows did digger-loader courses, some go to school and there is the chance to study part time.*

M5: *You have [to organise] everything by yourself.*

F1: *I had started this internet course [prior to admission] and they gave me the chance to finish it.*

FGI 1 [patients – needs unmet]

M4: *There's a general lack of educational activities. We've been here a year and there are also young people (...) we're getting to know stuff about ourselves, fighting with the dependence, but this year could be used for some education like languages or some soft skills. Once someone did a middle school test here and it was fun thinking something through and problem-solving.*

F2: *There is still a lack of courses. Let me give you an example [from a different clinic]. There was a forklift course, a course on landscape gardening design and I've got a certificate. The course lasted a month. There was basic and advanced English also with a certificate. (...) Any paper is useful in gaining work after. And this is what I'm missing here. I think it would come in useful for many of us. Like a cooking course – I'm lacking in these things, really!*

The issue of patients' unmet educational needs is linked to their general professional situation. Every history is different and thus patients' needs are also diverse. Some worked prior to starting therapy and are on sick leave and others had already left their job. Some have a job to go to when leaving the clinic, others do not.

The therapists are aware of the educational needs though are of the opinion that the first few months at the inpatient clinic ought to be devoted to satisfying therapeutic needs regarding coping with the dependence and only later approach needs concerning social functioning.

edukacyjne, związane zarówno z kontynuacją lub uzupełnieniem wykształcenia, jak i zdobyciem dodatkowych kwalifikacji zawodowych.

ZWG 2 [pacjenci – potrzeby zaspokojone]

M2: *W trzecim kontrakcie można takie kroki podjąć. Właśnie szkolenia różnego rodzaju, można kwalifikacje podnosić, to jest mile widziane.*

M4: *Inni koledzy mieli jakieś kursy na koparko-ladowarki, niektórzy podejmują szkołę, jest możliwość, żeby zaocznie się uczyć.*

M5: *W swoim zakresie [trzeba to zorganizować] wszystko.*

K1: *Ja na przykład zaczęłam [przed podjęciem leczenia] kurs taki internetowy i dali mi możliwość ukończenia.*

ZWG 1 [pacjenci – potrzeby niezaspokojone]

M4: *Brakuje mi ogólnie zajęć jakichś edukacyjnych. Jesteśmy tutaj rok, są też młode osoby (...), dowiadujemy się rzeczy o sobie, walczymy z uzależnieniem, ale ten rok mógłby być poświęcony na jakąś naukę, na naukę języka, na jakieś dokształcanie się lekkie. Tu raz kolega zrobił sprawdzian gimnazjalny i to była dla nas frajda, że możemy jakoś pomyśleć, porozwiązywać coś.*

K2: *Ale jeszcze brakuje kursów. Ja mogę się kierować przykładem [z innego ośrodka]. Był kurs dla chętnych na widłaki [wózki widłowe], był kurs na przykład na projektowanie terenów zielonych i mam certyfikat. Miesiąc trwał ten kurs. Chodziliśmy na język angielski rozszerzony albo podstawowy. Też certyfikat. (...) W zdobywaniu później pracy każdy paperek się liczy. Tu właśnie mi tego brakuje. Myślę, że to by wielu z nas się przydało. Kurs gotowania, mi takich rzeczy brakuje, bez kitu.*

Zagadnienie niezaspokojonych potrzeb edukacyjnych pacjentów wiąże się z ich ogólną sytuacją zawodową. Każda historia jest inna i tym samym potrzeby pacjentów są zróżnicowane: niektórzy pacjenci pracowali przed rozpoczęciem terapii, są na zwolnieniu lekarskim, inni porzucili pracę przed podjęciem terapii. Jedni mają szansę wrócić do pracy po wyjściu z ośrodka, inni nie.

Terapeuci mają świadomość potrzeb edukacyjnych, są jednak zdania, że pierwszych kilka miesięcy w ośrodku stacjonarnym należy poświęcić na zaspokojenie potrzeb terapeutycznych związanych z radzeniem sobie z uzależnieniem i dopiero potem zacząć zaspokajać potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym.

FGI 6 [therapists – needs unmet at the first stage of therapy]

Therapist F2: *Our patients have the need to leave the clinic as early as possible. They need to start earning and meet friends and family. But from the point of view of therapy, we believe that is not justified. We want them here as long as possible learning to function and only then to leave for the outside. Meanwhile they have the need to leave as soon as possible and confront the world.*

Therapist F1: *Yes they have a chance for self-development (...) after about half a year. (...) Then we are all for it if someone wants to go to school or do some course like a driver's license or a forklift course or whatever.*

Moderator: *Have you got the funds for this or do they have to find them?*

Therapist F1: *They pay.*

Therapist M4: *They pay or the labour office has funds for that kind of thing.*

Moderator: *So do they go to the office themselves or do you go with them?*

Therapist F2: *No they go alone.*

Moderator: *And they do all the formalities themselves?*

Therapist F2: *They're big boys and girls now. (...) But there are some patients who have experience of these offices and are more together in life who support the patients who have never had anything to do with this kind of thing.*

Therapist F1: *But sometimes they do get this kind of project because we do everything for them so they have to go to the office, find the right room and get the right documents. That's the task they get to help them learn self-reliance.*

The patients' legal situation also may be a barrier – the time at the clinic is an opportunity to resolve many legal problems, and here support is essential. In some clinics one of the therapists is a probation officer who helps patients **resolve legal problems**.

FGI 2 [patients – needs met]

M2: *I had the opportunity to get treatment earlier when serving a sentence in the electronic monitoring system. There is a probation officer therapist who helped me write a lot of appeals to the court. There are a lot of people with problems of this kind.*

M6: *The stay here for people with cases in court for violence, theft or possession [drug] means milder sentences or conditional suspension of punishment.*

ZWG 6 [terapeuci – potrzeby niezaspokojone w początkowym okresie terapii]

Terapeutka 2: *Nasi pacjenci mają potrzebę jak najwcześniejszych wyjść z ośrodka, żeby podjąć pracę zarobkową, żeby spotkać się ze znajomymi, z rodziną. Od strony terapeutycznej uważamy, że to nie jest zasadne. Chcemy, żeby jak najdłużej tutaj byli, uczyli się funkcjonować i dopiero wychodzili na zewnątrz, natomiast oni mają potrzebę jak najwcześniej wychodzić i konfrontować się ze światem.*

Terapeutka 1: *Tak, mają możliwość samorozwoju (...), po pół roku mniej więcej. (...) Wtedy bardzo przychylnie patrzymy na to, jeżeli ktoś chce iść do szkoły albo zrobić jakiś kurs, na przykład prawa jazdy czy tam na wózki widłowe sobie wymyślają.*

Moderator: *To macie fundusze na to, czy oni sami muszą zapłacić?*

Terapeutka 1: *Sami.*

Terapeuta 4 (M): *Sami lub w urzędach pracy są fundusze na to.*

Moderator: *I to znowu, sami idą do urzędu pracy, czy idziecie Państwo z nimi?*

Terapeutka 2: *Nie, nie, sami.*

Moderator: *I sobie załatwiają?*

Terapeutka 2: *Duże dzieci to są. (...) Ale jest też część pacjentów, którzy w urzędach byli i są bardziej ogarnięci życiowo, i też wspierają tych pacjentów, którzy z takimi sytuacjami nigdy nie mieli do czynienia.*

Terapeutka 1: *Ale czasami takie zadanie dostają, bo się robiło wszystko za nich, to takie ma zadanie, żeby pójść do urzędu, żeby znaleźć pokój, który trzeba znaleźć, i jakieś tam dokumenty. Właśnie takie dostaje zadanie, żeby się uczył samodzielności.*

Barierą bywa również sytuacja prawna pacjentów – często pobyt w ośrodku to czas na rozwiązanie wielu problemów prawnych i tu wsparcie jest niezbędne. W niektórych ośrodkach jeden z terapeutów jest kuratorem i pomaga pacjentom w **rozwiązaniu problemów z prawem**.

ZWG 2 [pacjenci – potrzeby zaspokojone]

M2: *Miałem możliwość, lecząc się wcześniej, odbywać karę w systemie dozoru elektronicznego. Tu jest terapeuta, który jest kuratorem, pomagał pisać dużo pism do sądu, odwołań. Sporo jest osób, które mają [takie] problemy.*

M6: *Sam pobyt tutaj dla osób, które mają sprawy w toku za rozboje, kradzieże, posiadanie [narkotyków], sam pobyt tutaj zawsze daje niższe kary albo zawieszka [karę] warunkowo.*

FGI 3 [patients – needs unmet]

M5: *Sometimes people have very important pending court cases they have to attend personally as this will affect their future. [They do not get leave], which is explained by the short stay at the clinic, and this may lead to a longer stay in prison.*

M2: *There is also no chance of getting any legal support here at the clinic, whether it writing legal stuff or sorting out official stuff. There's no advice on this kind of thing.*

M3: *Though there is information in the brochure about this clinic about access to legal support, and that's not available.*

M5: *I'd expect some kind of legal support from a professional especially for criminal cases. At the beginning I did get legal advice from therapists who were not exactly qualified in terms of legal advice. So there is a lack of a resident professional at this site.*

Another important unsatisfied need in this group is **the stabilisation of the professional-housing situation**. Patients and therapists spoke about not everyone having somewhere to go following therapy.

FGI 3 [patients – needs unmet]

M1: [What is needed is] *a more comprehensive system of social re-adaptation, ensured shelter accommodation or hostels following completion of therapy and therapy too, of course. Patients need more active support from the clinic as at the moment they are left to their own devices.*

M3: *I'm a homeless person who has ended up here and in the middle of January next year I'm going to complete therapy and I'm thinking about where I'm going to live and what I'm going to do. And there is no support on the outside here. Finding work and somewhere to live.*

Moderator: *Can you stay here for a while after finding work?*

M2: *For 3 months. If you find work straight away, you have three months from the first day. But normally it doesn't happen like that as the work isn't there straight away.*

Therapists notice a lot of problems experienced by patients following therapy e.g. linked to gaining satisfactory work allowing them to get by and with finding support or the possibility of enjoying their free time.

ZWG 3 [pacjenci – potrzeby niezaspokojone]

M5: *Chodzi o to, że czasami ludzie mają do załatwienia bardzo ważne sprawy sądowe i trzeba osobiście na nie jechać, gdzie dana sprawa może zaważyć o przyszłości człowieka. [Nie dostaje się pozwolenia na wyjazd], co jest tłumaczone krótkim pobytem w ośrodku, a może to doprowadzić do zbyt długiego pobytu w więzieniu.*

M2: *Nie ma też możliwości żadnej pomocy prawnej tutaj w ośrodku, czy pisanie jakichś pism, czy w załatwianiu różnych rzeczy urzędowych. W takich rzeczach nie ma porady.*

M3: *Przy czym taka informacja jest w broszurce tego ośrodka terapii uzależnień, którą posiadamy, że jest dostęp do prawnika, którego brak.*

M5: *Ja bym oczekiwał jakiejś pomocy prawnej od fachowca, akurat ze sprawami karnymi. Ja tu na początku porady prawne otrzymywałem od terapeutów, którzy akurat nie są wykwalifikowani w kierunku poradnictwa prawnego. No brak fachowca, który byłby przypisany do tej placówki.*

Inną istotną i niezaspokojoną potrzebą w tej grupie jest **potrzeba ustabilizowania sytuacji zawodowo-mieszkaniowej**. Mówili o tym pacjenci – nie każdy z nich ma gdzie wrócić po terapii – oraz terapeuci.

ZWG 3 [pacjenci – potrzeby niezaspokojone]

M1: [Potrzebny jest] *bardziej rozległy system readaptacji społecznej. Mieszkania readaptacyjne, hostele zapewnione po zakończeniu terapii, no terapia też. Aktywna pomoc placówki, bo tak na dobrą sprawę taki pacjent jest puszczony sam sobie.*

M3: *Jestem osobą bezdomną, która tutaj trafiła i w połowie stycznia przyszłego roku uda mi się ukończyć terapię, i zaczynam myśleć tak naprawdę, gdzie będę mieszkał, co będę robił. A tu nie ma czegoś takiego, pomocy na zewnątrz. Albo praca i wynajęcie sobie jakiegoś mieszkania.*

Moderator: *A tu przez pewien czas, jak znajdziecie pracę, to można jeszcze pomieszkać?*

M2: *Przez 3 miesiące. Jeżeli ktoś od razu znajdzie pracę, pierwszego dnia, to ma ten okres 3 miesięcy, ale zazwyczaj to tak się nie odbywa, że od razu pracę się ma.*

Terapeuci dostrzegają wiele problemów, których doświadczają ich pacjenci po terapii, np. związanych ze zdobyciem satysfakcjonującej pracy, umożliwiającej utrzymanie się, oraz ze znalezieniem wsparcia czy możliwościami atrakcyjnego spędzania czasu wolnego.

FGI 6 [therapists – needs unmet]

Therapist F1: *I see there are problems with supporting social adaptation. They do very well in the environment of the clinic where they learn new thing and know there way around. The first problems appear when it comes to life in the outside world (...) when they face finding a job and they don't get an agreement at it's cash-in-hand work. We teach them to live honestly, that everything is according to the law, and then it turns out they get some kind of zero-hours contract. And so we have a situation like we have now where a boy had an accident at work, doesn't get sick leave and how is he supposed to survive? (...) They earn not more than 1500 zlotys per month and they have to pay the bills and eat out of that. It's also very frustrating for them and I've heard people say: «now I have to work a whole month for 1500 zlotys when before I could just nick something once for the same money».*

FGI 4 [therapists – needs unmet]

Therapist M: *Basic material needs are not something we have much influence on and can do little apart from that we have a hostel where there is a limited number of beds. Later we try to help patients by the re-adaption accommodation that is in city X. But then it is not only our clinic participate in, there are different people from different clinics in Poland (...). These are two and three room flats with normally one person per room. Then they pay very little each – around 120 zlotys per month, plus electricity and gas. We have little room for manoeuvre here with flats but it seems to me patients shouldn't be going back to the old place they lived in.*

Recreational and cultural needs

The next group of needs might broadly be understood as recreational and cultural and include the desire to find free time for oneself. Inpatient clinics create relatively good conditions for sporting activities and patients appreciate this. Even if the clinic itself doesn't have enough space, it is possible to cooperate with nearby sports/recreation facilities.

FGI 3 [patients – needs met].

M2: *There are playing fields both for basketball and football, there are pool and table-tennis tables. We can't complain. We have a gym, which is definitely very useful.*

ZWG 6 [terapeuci – potrzeby niezaspokojone]

Terapeutka 1: *Pomoc w takiej adaptacji społecznej, tu widzę, że się pojawiają problemy. W warunkach ośrodkowych oni się wspaniale sprawdzają, tu się nauczą i wiedzą, jak się poruszać. Pierwsze problemy pojawiają się, jeśli chodzi o takie życie zewnętrzne (...), kiedy oni się zderzają z tym, że szukają pracy, nie dostają umowy i to jest praca na czarno. My ich uczymy, żeby żyli uczciwie, żeby wszystko było zgodne z prawem, a potem się okazuje, że się nie da, potem dostają jakąś umowę śmieciową. I jest taka sytuacja, którą mamy teraz, że chłopak miał wypadek w pracy, nie dostaje L4 i z czego ma żyć? (...) Zarabiają w porywach do 1500 złotych i z tego muszą się wyżywić i mieszkanie opłacić. To też jest dla nich takie frustrujące. Nieraz się spotkałam z tym jak mi mówią: «za 1500 złotych ja muszę teraz pracować, a za 1500 to ja miałem jeden „wałek” [chodzi o przekręt, kradzież] i nie musiałem się martwić o pieniądze».*

ZWG 4 [terapeuci – potrzeby niezaspokojone]

Terapeuta: *[Potrzeby] socjalno-bytowe – my tutaj mamy mały wpływ i możemy mało pomóc, poza tym, że mamy hostel, ale to jest ograniczona ilość miejsc. Staramy się potem pomóc pacjentom w ten sposób, że mieszkania takie readaptacyjne są w X (...) są cztery mieszkania. Ale to nie tylko nasz ośrodek nimi dysponuje, są różne osoby z różnych ośrodków w Polsce (...). To są dwu, trzypokojowe mieszkania, generalnie jedna osoba ma pokój. Oni bardzo mało wtedy płacą, około 120 złotych miesięcznie, plus opłaty za prąd i gaz. Tutaj mamy małe pole do manewru, mi się wydaje, że to byłaby dobra rzecz, żeby pacjenci nie wracali znów do swoich miejsc zamieszkania.*

Potrzeby rekreacyjne i kulturalne

Kolejną grupą potrzeb są szeroko rozumiane potrzeby rekreacyjne i kulturalne, w tym potrzeba znalezienia czasu wolnego dla siebie. Ośrodki stacjonarne stwarzają stosunkowo dobre warunki do zajęć sportowych i pacjenci to sobie cenią. Nawet jeśli sam ośrodek nie ma wystarczająco dużo przestrzeni, placówki nawiązują współpracę z okolicznymi obiektami sportowo-rekreacyjnymi.

ZWG 3 [pacjenci – potrzeby zaspokojone]

M2: *Są boiska zarówno do koszykówki, jak i do piłki nożnej, mamy stół do bilarda, do ping-ponga. Nie możemy narzekać. Siłownię mamy, która na pewno jest bardzo przydatna.*

FGI 6 [therapists on sports activities]

Therapist F1: *We have playing fields on site where they can let off steam. Physical exercise and sports are very supportive in the therapy process and there is also a gym so it all looks rather good.*

At the same time, patients at the inpatient clinics indicate the lack of free time and time for themselves in the busy and over-structured daily schedule.

FGI 2 [patients – needs unmet]

M4: *We have too little time for ourselves (...). There is a lack of free time to sit down and have a rest.*

M1: *I have no time for myself. I'm lacking it very often. I know (...) there are pluses and minuses so that we don't think about drugs and the like, but maybe sometimes could do with free time half an hour a day just to sit down and do nothing.*

F1: *There is a lack of time to read books and generally very little time for oneself. (...) There could be one day a week more free, because you feel tired after Sunday. I get the impression the week never ends as there is no day when you can just lie back, watch films and relax (...) you're always feeling you are in the works. It's probably supposed to be like that because it's designed that way.*

Another need expressed in this group is **the need for access to culture in general**. Both patients and therapists indicate the limitations in the opportunities to satisfy this need.

FGI 2 [patients – needs met as well as patients' initiatives]

M1: *Theatre or something? There isn't any. I was talking about this only yesterday with the therapist as she suggested going to the theatre and we might find something for free. I got the idea of going to a cabaret and she said that if I found something for free (...) then we'd only have to pay for the public transport to get there.*

F1: *The problem is not everyone can afford to go to the cinema though we do have the chance to watch films here selected by the board [of therapeutic community] following consultation as it were.*

F1: *We have the news in the schedule every day. We watch that and there is also the library, which is quite extensive and we has access to that.*

ZWG 6 [terapeuci o zajęciach sportowych]

Terapeutka 1: *Na terenie są boiska, gdzie mogą rozładowywać różne napięcia, emocje. Wysiłek fizyczny i te zajęcia sportowe są bardzo pomocne w procesie terapii, też jest siłownia, jakoś tak to wszystko fajnie wygląda.*

Jednocześnie pacjenci ośrodków stacjonarnych wskazują na zbyt małą ilość czasu wolnego, czasu dla siebie, na przepełniony i zbyt ustrukturyzowany rozkład dnia.

ZWG 2 [pacjenci – potrzeby niezaspokojone]

M4: *Mało mamy czasu dla siebie (...). Za mało wolnych chwil, żeby można było sobie usiąść i odpocząć.*

M1: *Ja nie mam czasu dla siebie. Brakuje go często gęsto. Wiadomo, (...) są plusy i minusy, wiadomo, byle nie myśleć o narkotykach i tak dalej, ale może by się czasami przydało z pół godziny dziennie, żeby sobie można było usiąść.*

K1: *Brak czasu na czytanie książek, w ogóle bardzo mało czasu dla siebie. (...) Mogłoby być coś takiego jak jeden dzień w tygodniu wolniejszy, bo niedziela jest taka, że się czujesz po niej zmęczony. Mam wrażenie, jakby ten tydzień się nie kończył, bo nie ma takiego dnia, kiedy możesz leżeć, oglądać filmy, odpoczywać, (...) ciągle czujesz, że jesteś w tym trybie. To pewnie jest tak pomyślane, żeby właśnie tak było.*

Inną potrzebą wymienianą w tej grupie jest **potrzeba dostępu do szeroko pojętej kultury**. Zarówno pacjenci, jak i terapeuci wskazują na ograniczenia możliwości jej zaspokojenia.

ZWG 2 [pacjenci – potrzeby zaspokojone oraz inicjatywa pacjentów]

M1: *Teatr, coś takiego? Tego nie ma. Właśnie rozmawiałem wczoraj z terapeutką o tym, bo ona wspominała, żeby wyjść do teatru, że może coś za darmo znajdziemy. Ja wpadłem na pomysł, żeby iść na kabaret, powiedziała, że jeżeli znajdę coś za darmo (...), to wtedy byśmy za bilety [na komunikację miejską] tylko zapłacili.*

K1: *Problem jest w tym, że nie każdy ma możliwość sfinansowania wyjazdu do kina, ale mamy możliwość oglądania tutaj filmów w soboty, które wybiera zarząd [społeczności terapeutycznej] jakby po konsultacji.*

K1: *Codziennie mamy w planie dnia wiadomości. Oglądamy i dodatkowo jeszcze jest biblioteka, niezłe zaopatrzone, do której mamy dostęp.*

FGI 1 [patients – needs unmet]

M6: *I think there are few typically cultural outings for example to the cinema, theatre or opera. Most of us never went to places like that, I don't know maybe because they were shy, but it is interesting after all.*

F2: *I reckon we were not shy. Only the problem is, there are few places we can go as poor people. We don't have any finances at all as a community, and what is free is unlikely to happen. But you are right, we really could do with some more of this.*

FGI 4 [therapists – needs partially met]

Therapist F (psychologist): *There isn't always enough money. (...) They go to some exhibitions or to the museum. (...) We don't have the chance to go to the theatre. I believe they ought to be experiencing that kind of thing as well. Totally different things they've hardly ever had any experience of.*

FGI 6 [therapists – needs unmet]

Therapist F2: *I feel the need to take part in entertainment as a general thing. Apart from therapeutic or sporting activities, going to the cinema, theatre, museum, the swimming pool, go-carting and so on. Our patients don't have the money to do this kind of thing. Most of them come from poor families, who don't work at all or have enormous debts and we as a clinic don't have the financing to offer them alternative forms of spending their free time. I think it would be a good idea to show them how they could spend their free time in a healthy way.*

Recreational and cultural needs are linked to the wider aspect of personal development – with the **need to develop interests and passions**, with the showing of alternative and attractive ways of spending free time. On the other hand, therapists have however noticed that of equal importance is learning how to live in monotony, even coping with boredom.

FGI 5 [therapist]

Therapist M: *The possibility of personal development sounds a little grand, though it is a basis, that they are beginning to recognise, in other words one's own resources and thanks to which developing what (...) interests them. I'm thinking about sport, study (...) literature, a few cultural things that we try to introduce them to. (...) Alternative activities. I'm thinking about something more be-*

ZWG 1 [pacjenci – potrzeby niezaspokojone]

M6: *Myszę, że mało jest wyjść typowo kulturalnych, na przykład do kina, do teatru, do opery. Większość z nas nie chodziła do takich miejsc, nie wiem, może się wstydzą, a to jest przecież ciekawe.*

K2: *Tak myślę, że się nie wstydzimy. Tylko problem jest tego typu, że jest mało takich placówek, gdzie my jako osoby biedne możemy pójść. Jako społeczność nie mamy jakichkolwiek finansów, a nie bardzo jest za darmo, więc rzadko się to zdarza. Ale rzeczywiście macz rację, to by się przydało.*

ZWG 4 [terapeuci – potrzeby częściowo zaspokojone]

Terapeutka (psycholog): *Nie zawsze jest tyle pieniędzy. (...) Jeżdżą na jakieś wystawy, chodzą do muzeum. (...) Nie mamy możliwości wyjścia do teatru. Ja uważam, że oni takich rzeczy też powinni doświadczyć. Takich totalnie innych, z którymi nie mieli prawie do czynienia.*

ZWG 6 [terapeuci – potrzeby niezaspokojone]

Terapeutka 2: *Ja widzę taką potrzebę uczestniczenia w szeroko pojętej rozrywce. Oprócz zajęć terapeutycznych czy sportowych, chodzenie do kina, do teatru, do muzeum, na basen, gokarty i tak dalej. Nasi pacjenci finansowo nie mają takich możliwości. Znaczna część z nich pochodzi z ubogich rodzin, w ogóle nie pracuje albo mają ogromne długi, my jako ośrodek też nie posiadamy dodatkowej puli [pieniędzy], żeby zaproponować im takie alternatywne sposoby spędzania wolnego czasu. Myślę, że mogłoby być dobrym pomysłem, żeby im pokazać, jak w zdrowy sposób można spędzać wolny czas.*

Potrzeby rekreacyjne i kulturalne wiążą się z szerszym aspektem rozwoju osobistego – z **potrzebą rozwijania pasji i zainteresowań**, z pokazaniem alternatywnych i atrakcyjnych sposobów spędzania czasu wolnego. Z drugiej strony, terapeuci zauważają jednak, że równie istotna jest nauka życia w monotonii, nawet radzenia sobie z nudą.

ZWG 5 [terapeuta]

Terapeuta: *Możliwość rozwoju osobistego to jest to, co tak trochę szumnie brzmi, natomiast to taka podstawa, którą oni zaczynają rozpoznawać, czyli własne zasoby, a dzięki temu rozwijanie tego, co (...) ich interesuje. Mam na myśli sport, naukę (...), literaturę, trochę rzeczy kulturalnych, które im próbujemy wprowadzać. (...) Zajęcia alternatywne. Mam na myśli coś więcej, pacjent uzależ-*

cause the dependent patient needs extreme experiences and if I don't supply him with those, then he is stuck. (...) Anyway, how does one teach a young person a desire for life, when you have taken away the most pleasant thing they've ever done? This is difficult here without certain tools. (...) Some start reading books, but it isn't that feeling. There is the gym, football, that cult of football here and basketball too. (...) However also, so as not to get them too excited, the patient here needs stability, stabilisation, rhythm and even boredom. (...) And monotony so that they can cope with it in the outside world, as nobody out there is going to guarantee them those extreme experiences.

Outpatient facilities

Needs directly related to the dependence therapy process

Patients' basic need, when receiving therapeutic help in outpatient facilities is **healthy, supportive, based on trust and acceptance therapeutic relationship**.

FGI 4 [patients – needs met]

F1: *The first thing is professional care both from therapists and psychiatrist. The second thing is companionship, contact with people who share similar problems and those who know their stuff on the subject. Third of all its some kind of understanding of not so much relapses but different approaches to care.*

M1: *I would also include [in the first place] professional care, it definitely gives me a lot, and that is what I needed. There is also the psychiatrist with whom the contact is very pleasant, which is important in the case of this kind of person, because we are confiding in them after all when it comes to some personal stuff. If that person were conservative and impersonal, then it would be hard for me to open up to him (...). Just like my friend said, that understanding is important because admitting one's various lapses is no stress (...). I don't know if I'd be so honest in all these therapies if I was worried that someone would kick me out of here because I could expect that if I admitted than I'd stop treatment and then it would be even worse.*

Despite the general agreement as to the importance of these needs, some patients still have a sense of lack as far as the intensity of the therapy is concerned.

niony potrzebuje ekstremalnych doznań, jeżeli ja mu nie zapewnię tych ekstremalnych doznań, to on jest w takim marazmie. (...) A zresztą, jak nauczyć młodego człowieka chęci do życia, jak mu się zabrało najprzyjemniejszą rzecz, jaką wykonywał? Tu jest to trudne bez pewnych narzędzi. (...) Niektórzy zaczynają czytać książki, ale to nie są te emocje. Jest siłownia, piłka nożna, ten kult piłki nożnej u nas, siatkówki też. (...) Natomiast też, żeby nie rozbuchać, pacjent tu potrzebuje stabilności, stabilizacji, rytmu, nawet nudy. (...) Monotonii, tego żeby umieć to przetrwać w świecie zewnętrznym, bo nikt mu na zewnątrz nie zagwarantuje tego [ekstremalnych doznań].

Placówki ambulatoryjne

Potrzeby związane bezpośrednio z procesem terapii uzależnienia

Podstawową potrzebą pacjentów korzystających z pomocy terapeutycznej w poradniach ambulatoryjnych jest **potrzeba zdrowej, wspierającej i opartej na zaufaniu i akceptacji relacji terapeutycznej**.

ZWG 4 [pacjenci – potrzeby zaspokojone]

K1: *Pierwsza rzecz, to opieka fachowa i to zarówno terapeutów, jak i psychiatry. Druga rzecz, to towarzystwo, kontakt z osobami z podobnymi problemami i z osobami, które znają się na temacie. Po trzecie, to jakaś wyrozumiałość czy zrozumienie nie tyle do wpadek, ale do różnego podejścia do leczenia.*

M1: *Ja też bym umieścił [na pierwszym miejscu] opiekę fachową, na pewno to mi [dużo] daje i tego potrzebowałem. Jest i psychiatra, kontakt z nim jest bardzo przyjemny, to jest ważne w przypadku takich osób, bo my się jednak uzewnętrzniamy w przypadku jakichś intymnych spraw. Gdyby taka osoba była zachowawcza i gdzieś bezosobowa, no to ciężko byłoby mi się przed kimś takim uzewnętrznic (...). Tak samo jak koleżanka powiedziała, że [ważna jest] wyrozumiałość, bo nie stresuję się, przynajmniej do różnych moich potknięć (...). Nie wiem, czy taki byłbym szczery w tych wszystkich terapiach, gdybym się obawiał, że mnie ktoś stąd wywali, bo gdzieś miałbym przed oczami perspektywę, że jak się przyznam, to przestanę się leczyć, a wtedy będzie jeszcze gorzej.*

Pomimo generalnej zgody co do istotności tych potrzeb, niektórzy pacjenci mają jednak poczucie niedosytu, jeśli chodzi o intensywność terapii.

FGI 4 [patients – needs unmet]

F1: *First, the meetings are individual and are coming to an end after two years and so unfortunately we had to say goodbye though I felt I was full of open matters and needed to still work on them a little. Second, I personally was counting on more guidance or direction as to how to proceed and not to only analyse myself. I do that everyday. I know the therapist can't tell me what to do in my life decisions, so maybe I was expecting too much.*

M5: *I also think that one meeting per week is perhaps a bit too little. And I have to resort to forms of external support like meetings at the self-help programme. (...) And if it were to be one thing, then some kind of homework, literature. I do not know. If the time would be used, if there were an aim for that week. I miss that. The aims are only of the kind that make me think something, and sometimes I think and sometimes I don't and it seems to me that in my case once a week is not enough.*

Another expressed need is to gain **information about and access to other forms of support**, often not offered at the centre. This is a need associated on the one hand directly with the dependence therapy process and on the other with defining a group of needs; that is with the social functioning of patients in the course of and following therapy.

FGI 1 [patients – needs met]

M2: *If someone couldn't offer me help here, then he'd show me a place where I could get it. I never received a refusal to help, and when someone comes for help, then it is perhaps important, isn't it?*

FGI 2 [therapists – needs met]

Therapist F2: *Access to various specialists from various disciplines together with the possibility of information about gaining not only therapeutic but also social support.*

Therapist F1: *We refer them to the detox ward, to inpatient clinics and to other outpatient clinics as well. We sometimes send them to day care and to psychiatric wards. The activity is very varied.*

Therapist M1: *What is more, often we see the need that further work with the client takes place with the support of certain resources of which we do not dispose so we motivate the person to change sites.*

Thus, a matter frequently raised in the therapeutic team's discussions was the variety of the of-

ZWG 4 [pacjenci – potrzeby niezaspokojone]

K1: *Pierwsze, że spotkania są indywidualne i się kończą, bo mijają te dwa lata i niestety musieliśmy się pożegnać, chociaż czułam, że mam pełno rzeczy pootwieranych i przydałoby się nad nimi jeszcze trochę popracować. Dwa, że indywidualnie liczyłam na więcej rad czy pokierowania, jak postępować, a nie żebym tylko analizowała samą siebie. To robię na co dzień. Wiem, że terapeuta nie może mi powiedzieć rób tak, a nie tak w jakichś takich życiowych decyzjach, więc może oczekiwałam za dużo.*

M5: *Ja też uważam, że jedno spotkanie w tygodniu to chyba jest zbyt rzadko. No i muszę korzystać z form zewnętrznej pomocy, [chodzić na] mitingi na programie samopomocowym. (...) A jeżeli już miałyby być jedno, to jakieś zadania do domu, literatura. Nie wiem, żeby był wypełniony czas, żeby był cel na ten tydzień. Tęgo brakuje. Cele są tylko takie, żebym sobie coś pomyślał – a raz pomyślę, raz nie pomyślę i wydaje mi się, że w moim przypadku to za rzadko raz w tygodniu.*

Kolejną wyróżnioną potrzebą jest **potrzeba uzyskania informacji i dostępu do innych form wsparcia**, często nie oferowanych przez daną placówkę. Jest to potrzeba związana, z jednej strony, bezpośrednio z procesem terapii uzależnienia, a z drugiej – z kolejną wyróżnioną grupą potrzeb, tj. z funkcjonowaniem społecznym pacjentów w trakcie i po zakończeniu terapii.

ZWG 1 [pacjenci – potrzeby zaspokojone]

M2: *Jak tutaj mi ktoś nie mógł pomóc, to mi pokazywał miejsce, gdzie mogę znaleźć pomoc. Nigdy nie spotkałem się z odmową pomocy, a jak człowiek przychodzi po pomoc, to jest chyba ważne, nie?*

ZWG 2 [terapeuci – potrzeby zaspokojone]

Terapeutka 2: *Ja napisałam o dostępie do różnych specjalistów z różnych dziedzin, również ta możliwość informacji o uzyskaniu pomocy nie tylko terapeutycznej, ale również socjalnej.*

Terapeutka 1: *Kierujemy na oddział detoksykacji, do ośrodków stacjonarnych, do innych też poradni. Zdarza się nam na oddziały dzienne kierować, na psychiatryczne oddziały. Bardzo różne oddziaływanie.*

Terapeuta 1: *Mało tego, często widząc taką potrzebę, żeby dalsza praca z klientem odbywała się w oparciu o jakieś zasoby, którymi my nie dysponujemy, to my motywujemy tę osobę do zmiany miejsca [do zmiany placówki].*

Tym samym, kwestią często pojawiającą się w trakcie dyskusji w zespołach terapeutycznych

fer and comprehensive nature of therapy, so, within the framework of our study, we reached both sites that provided a very wide offer, and those that offered only individual therapy.

FGI 7 [therapists – needs unmet]

Therapist F2: *This clinic does not offer methadone substitution therapy.*

Therapist M: *We don't have a clinical psychiatrist, social worker and legal advice support.*

Therapist F1: *There is a lack of access to a social worker and psychiatrist and a lack of comprehensive care. Unfortunately we cannot guarantee everything, and we can only guarantee our availability. And that is sometimes not enough as group therapy is an important form of treatment that we find hard to run after hours [in the afternoons and evenings] as we'd have to stay after work hours.*

Therapist F2: *There's a lack of group therapy.*

According to therapists, an advantage of diverse activity is that the site does not lose contact with the client. It simply offers a range of support types depending on his dynamically changing situation (which is a result of the nature of the dependence).

FGI 8 [therapists – needs met]

Therapist F2: *I have the feeling that patients have guaranteed comprehensive care through individual therapy, group therapy, psychiatrist's consultations, employment advisor's support, legal support and therapeutic marathons not only concerning dependence but also a sort of personal development one could say. (...) I think that motivation in the case of dependence is unstable therefore patients expect a therapist's support in the practice and an understanding that is a dynamic matter. And in these undertakings, if the [patient] sets themselves some kind of aim, then work is needed in some direction to realise that aim.*

Needs related to social functioning in the course of and following therapy

When it comes to other needs associated with patients' social functioning, one such need is the **stabilisation of the professional-housing situation**.

Patients' professional situation is diverse with some still in education, some at work and others unemployed. Generally speaking, in their opin-

było zagadnienie różnorodności oferty oraz kompleksowości terapii, przy czym w ramach naszego badania dotarliśmy zarówno do placówek mających bardzo szeroką ofertę, jak i takich, które oferowały wyłącznie terapię indywidualną.

ZWG 7 [terapeuci – potrzeby niezaspokojone]

Terapeutka 2: *W tej poradni nie ma terapii substytucyjnej, metadonowej.*

Terapeuta: *Brak lekarza psychiatrii, brak pracownika socjalnego, brak poradnictwa prawnego.*

Terapeutka 1: *Brak dostępu do pracownika socjalnego i psychiatrii, brak kompleksowości opieki. Niestety nie możemy zagwarantować wszystkiego, możemy zagwarantować tylko i wyłącznie siebie. A to jest czasami za mało, ponieważ taką [ważną] też formą są grupy [terapia grupowa], które trudno nam jest prowadzić w dodatkowych [popołudniowych i wieczornych] godzinach, bo musielibyśmy zostawać po swoich godzinach pracy.*

Terapeutka 2: *Brak terapii grupowej.*

Zdaniem terapeutów zaletą różnorodności oddziaływań jest to, że placówka nie traci kontaktu z klientem – po prostu oferuje mu różnego typu pomoc w zależności od jego dynamicznie zmieniającej się sytuacji (co wynika z natury uzależnienia).

ZWG 8 [terapeuci – potrzeby zaspokojone]

Terapeutka 2: *Mam takie odczucie, że pacjenci mają gwarancję kompleksowej pomocy poprzez terapię indywidualną, terapię grupową, konsultacje z psychiatrą, z doradcą zawodowym, z prawnikiem, maratony terapeutyczne, nie tylko dotyczące uzależnienia, ale można powiedzieć takiego rozwoju osobistego. (...) Myślę, że motywacja w przypadku uzależnienia jest rzeczą chwiejną i że pacjenci oczekują, żeby terapeuta wspierał te działania, rozumiał, że to jest rzecz niestabilna. I w tych podjętych działaniach, jeśli [pacjent] obmyślił sobie jakiś cel, to [potrzebna jest] praca w takim kierunku, żeby ten cel zrealizować.*

Potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym w trakcie i po zakończeniu terapii

Jeśli chodzi o inne potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym pacjentów, jedną z nich jest **potrzeba ustabilizowania sytuacji zawodowo-mieszkaniowej**.

Sytuacja zawodowa pacjentów jest zróżnicowana, część z nich jest w trakcie studiów, część z nich pracuje, niektórzy są bezrobotni. Ogólnie biorąc,

ion individual therapy does not collide with work/study hours. Some patients in work and education do not require comprehensive care and in their opinion, the outpatient clinic ought to devote itself to dependence therapy exclusively.

FGI 4 [patients – needs met]

M6: *I've got work and as much education as I wanted to get as well.*

F1: *I'm looking for work on my own. When I had a meeting the therapist offered to schedule an appointment with an employment advisor.*

M1: *I've heard that there is stuff [employment advice] available here.*

M5: *If there were help in the form of employment or a problem with school, then it would distract us from the purpose. In my opinion, someone arrives here and doesn't always want to get treatment (...). There are institutions for that, employment offices and social support centres. So if there are problems with school, some contact for the youngest would be needed.*

On the other hand, therapists signal **the need to broaden the after-care offer** as there is a lack of hostel, employment advice and support with professional activation for the clients who don't have a job.

FGI 2 [therapists – needs unmet]

Therapist M3: *I mentioned there is a lack of something in the form of vocational counselling. Twice I've had clients who, I got the impression, do not really know how to write a CV and don't know how to present themselves to employers, to sell their skills. They also feel emotionally uncertain in these situations. They don't know where to seek work or how to go about it. Their emotional needs are met, but later they complete treatment without specific social skills. Turning to financial matters, when I sometimes observe how people read agreements, and sign agreements, how they use services and how disorientated they are on the market that functions today, then I get the impression that here also there is a lack of strictly social skills.*

FGI 8 [therapists – needs unmet]

Therapist F2: *There is a lack of after-care offer as far as I can tell. Patients complete the therapy process and they don't have an offer at all. We don't have a hostel or even a group where they could continue some work on further changes in their life here.*

w ich poczuciu terapia indywidualna nie koliduje z godzinami pracy/nauki. Niektórzy pacjenci pracujący lub uczący się nie potrzebują kompleksowej pomocy – w ich opinii poradnia powinna zajmować się przede wszystkim terapią uzależnienia.

ZWG 4 [pacjenci – potrzeby zaspokojone]

M6: *Pracę mam, edukację tyle, ile chciałem, też mam.*

K1: *Ja szukam na własną rękę. Chociaż jak byłam teraz na spotkaniu, to [terapeutka] zaproponowała mi jakieś spotkanie z doradcą zawodowym.*

M1: *Mi się obilo o uszy, że tu są takie rzeczy [dostępne – chodzi o doradcę zawodowego].*

M5: *Jakby tu była pomoc w postaci pracy, problemu ze szkołą, to odciągałoby to nas od głównego celu. Moim zdaniem, ktoś by przychodził i niekoniecznie chciałby się leczyć (...). Są instytucje, które się tym zajmują, są urzędy pracy, są miejsca pomocy społecznej. Może ze szkołą są problemy, tak, jakiś kontakt dla najmłodszych [byłby potrzebny].*

Z drugiej strony, terapeuci sygnalizują **potrzebę rozszerzenia oferty postrehabilitacyjnej**, ponieważ brak hostelu, brak doradztwa zawodowego i pomocy w aktywizacji zawodowej niepracujących klientów poradni.

ZWG 2 [terapeuci – potrzeby niezaspokojone]

Terapeuta 3: *Ja wspomniałem o tym, że brakuje czegoś na kształt doradztwa zawodowego. Dwa razy miałem klientów, którzy, odnosiłem wrażenie, nie za bardzo umieją pisać CV, nie bardzo umieją się przedstawić pracodawcy, wypunktować swoje zalety. Czują się też tak emocjonalnie niepewnie w tych sytuacjach, nie wiedzą, gdzie szukać pracy, jak szukać pracy. Ich potrzeby emocjonalne są zaspokajane, ale później oni wychodzą [kończą leczenie] i nie mają konkretnych umiejętności społecznych. Przechodzę też do kwestii finansowych – jak się czasami przyglądam temu, jak ci ludzie czytają umowy, jak podpisują umowy, jak korzystają z usług, jak są niezorientowani na rynku, który dzisiaj funkcjonuje, to mam wrażenie, że tutaj także brakuje umiejętności stricte społecznych.*

ZWG 8 [terapeuci – potrzeby niezaspokojone]

Terapeutka 2: *W moim odczuciu brak oferty takiej postrehabilitacyjnej. Czyli pacjenci kończą proces terapii i właściwie nie ma takiej oferty. Nie mamy żadnego hostelu czy nawet takiej grupy, gdzie mogliby kontynuować tutaj w poradni jakąś pracę nad kolejnymi zmianami w swoim życiu.*

Therapist M1: *I agree with you that in the wider sense there is a lack, but I have been running for several years post-rehab marathons, that is after-care counselling. Maybe it's not much, but it is something.*

Therapist F2: *In my opinion that is definitely too little even in the kind of projects where they can get training and education.*

Therapist M1: *I understand this is in the wider scope and not only for a marathon once a year.*

A part of the post rehabilitation process is to ensure the clients who do not have a family home or do not want to return there have a place to go. In the interviews, therapists voiced indications as regards the difficulties with finding clients to which the post rehabilitation offer could be directed. This however would seem to be linked to the unrealistically high threshold values of the re-adaption accommodation offer, which is effectively not fully realised.

FGI 5 [therapists – needs unmet]

Therapist F2: *The therapeutic support offer together with the post-rehab accommodation (...) satisfy needs and I'm even thinking about not writing a programme for next year because the offer maybe exceed the patients' needs (...) that's what we have with the post-rehab accommodation.*

Moderator: *But what? There are no takers for that accommodation?*

Therapist F2: *[There is a lack of takers] fulfilling the criteria. The accommodation is financed by the City Council and cannot house anyone who has arrived from another town, that's one thing. Two, we won't agree, following our bad experiences to take people who have not been through our centre under our care as unfortunately we have unhappy experiences with people of this kind (...). So we have a principle, that first someone coming back from the inpatient clinic has to attend our facility for half a year. So in general we have a problem with filling that accommodation.*

Therapist F1: *Often when someone comes to us in this half-year programme, then often they are self-reliant enough and want to develop so they don't take advantage of that accommodation. They have a partner and would rather rent their own space.*

Therapist F2: *Third, this is specifically accommodation for abstinent persons and not those in the methadone programme. It is profiled for persons at the after-care level.*

Terapeuta 1: *Pewnie w takim szerszym zakresie brakuje, to się zgadzam z tobą, tylko że ja od kilku lat prowadzę maratony postrehabilitacyjne, czyli takie spotkania pogrupowe. Może to jest mało, ale jakaś oferta jest.*

Terapeutka 2: *W moim poczuciu to jest zdecydowanie za mało, nawet w takich projektach, że mogą się doszkalać, kształcić.*

Terapeuta 1: *Rozumiem, że to w szerszym zakresie, a nie tylko na zasadzie maratonu raz na rok.*

Częścią procesu readaptacji jest zapewnienie mieszkań tym klientom, którzy nie mogą lub nie chcą wrócić do domów rodzinnych. W wywiadach pojawiły się głosy terapeutów wskazujące na trudności ze znalezieniem klientów, do których oferta mieszkań readaptacyjnych mogłaby być skierowana. Wydaje się to jednak przede wszystkim związane z nierealistycznie wysokimi warunkami programowymi oferty mieszkań readaptacyjnych, które w efekcie nie są w pełni wykorzystywane.

ZWG 5 [terapeuci – potrzeby niezaspokojone]

Terapeutka 2: *Oferta terapeutyczna razem z mieszkaniem readaptacyjnym (...) zaspokaja potrzeby, a wręcz zastanawiam się, czy pisać program na przyszły rok, bo oferta być może przewyższa potrzeby pacjentów (...), tak mamy z mieszkaniem readaptacyjnym.*

Moderator: *Ale co, nie ma chętnych na to mieszkanie?*

Terapeutka 2: *[Brak jest chętnych] spełniających kryteria. Mieszkanie jest finansowane przez Urząd Miasta i teoretycznie nie może tam mieszkać ktoś, kto przyjechał z innego miasta, to raz. Dwa, nie godzimy się, po naszych złych doświadczeniach, na przyjmowanie z biegu osób, które nie były w naszej poradni, pod naszą opieką, ponieważ niestety mamy przykre doświadczenia z takimi osobami (...). Więc mamy zasadę, że najpierw ktoś, jeżeli wraca z ośrodka, ma pół roku uczęszczać do nas [do poradni]. Generalnie mamy raczej problem z obsadzeniem tego mieszkania.*

Terapeutka 1: *Często jest tak, że jak ktoś przejdzie u nas ten program pół roku, to często jest na tyle samodzielny i tak chce rozwojowo pójść, że nie korzysta z tego mieszkania. Wynajmuje, ma związek [ma kogoś].*

Terapeutka 2: *Szczególnie, że jest to jednak mieszkanie pod kątem osób, które utrzymują abstynencję, a nie osób, które są w programie metadonowym. Jest sprofilowane [przeznaczone] dla osób, które są na poziomie postterapeutycznym.*

Recreational and cultural needs

The need to participate in culture is satisfied within the capacity of the site at certain facilities and sometimes the initiative comes from the patients.

FGI 1 [patients – need met]

M2: *The boss is very good. I went to him to get state money for the Kubrick exhibition. I kept at it until he came up with the money and he announced that if someone wants to take part, there is an outing.*

FGI 3 [patients – need partially met]

M2: *I believe that in my life there is too little of what you are talking about. Culture, entertainment and so on – I try to get it myself by keeping some kind of social contacts but it's a bit tough. The dependence filled my whole life and now when I try to control it, there's only a hole. And that's not so easy to fill.*

M1: *I have felt for a while now that I'm normally alive. I am also a disabled person, so I have a dual diagnosis. I recently received documentation and I'm taking advantage of disabled person's status – [free visits] to the zoo, some museums, that kind of thing. Also we get around with a friend and we went sightseeing to Czerwińsk. So it's a different world with different needs.*

Some outpatient clinic therapists try to stay aware of patients' needs of this kind and support them within the financial means of the site (which actually means the capacity to find sponsorship).

FGI 5 [therapists – need met]

Therapist F2: *Financial support for patients and financing cinema and theatre tickets as there are funds for certain things in after-care programmes. But there are things for which we'll have sponsorship e.g. a cinema.*

■ DISCUSSION

The ASK study explored the level of patients' need satisfaction in the system for the treatment and rehabilitation for drug dependence, in terms of the most basic needs and those that increase the patients' general wellbeing and their chances of therapeutic success.

Potrzeby rekreacyjne i kulturalne

Potrzeba uczestnictwa w kulturze jest w miarę możliwości placówki zaspokajana w niektórych poradniach, czasem inicjatywa wychodzi od pacjentów.

ZWG 1 [pacjenci – potrzeba zaspokojona]

M2: *Szef bardzo dobry. Przyleciałem do niego, żeby wysupłał państwowe pieniądze na wystawę Kubricka. Nudziłem, nudziłem i wysupłał państwowe pieniądze, ogłosił, że jak kto chce, to jest wycieczka.*

ZWG 3 [pacjenci – potrzeba częściowo zaspokojona]

M2: *Ja uważam, że w moim życiu jest za mało tego, o czym Pani mówi. Kultura, rozrywka i tak dalej, próbuję to sam łątać przez utrzymywanie jakichś kontaktów towarzyskich, ale mi to idzie wciąż opornie. Uzależnienie wypełniło całe życie i teraz, jak próbuję to ograniczać, to zostaje pustka. I to nie jest tak łatwo wypełnić.*

M1: *Ja od jakiegoś czasu czuję, że normalnie żyję. Jestem też osobą niepełnosprawną, mam podwójną diagnozę. Otrzymałem niedawno legitymację i korzystam z tego [statusu osoby niepełnosprawnej] – [darmowe wejścia] do zoo, jakiś muzeów, te sprawy. Dodatkowo jeszcze z kolegą jeździmy, ostatnio byliśmy w Czerwińsku pozwiedzać. Także zupełnie inny świat, inne potrzeby.*

Niektórzy terapeuci placówek ambulatoryjnych starają się mieć te potrzeby pacjentów na uwadze i wspierać ich w miarę możliwości finansowych placówki (co oznacza raczej umiejętność znalezienia sponsora).

ZWG 5 [terapeuci – potrzeba zaspokojona]

Terapeutka 2: *Pomoc finansowa pacjentom, finansowanie biletów do kina, do teatrów, bo na pewne rzeczy można dać w programach postterapeutycznych pieniądze, ale są rzeczy, do których będziemy mieli sponsora w postaci np. kina.*

■ OMÓWIENIE

W badaniu ASK pytano o poziom zaspokojenia potrzeb pacjentów systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków, zarówno o potrzeby najbardziej podstawowe, jak i o te, które zwiększają ogólny dobrostan pacjentów oraz zwiększają ich szanse na sukces terapeutyczny.

The most basic group constitutes of **needs directly linked to the dependence therapy process**, the need for security and trust in the therapeutic relationship, the development of self-awareness and the fostering of social skills. The level of satisfaction of needs of this kind seems quite high in the inpatient and also in the outpatient facilities. However, some patients indicated dissatisfaction with the intensity of individual sessions. Furthermore, like in other studies [9], patients of the inpatient clinics had the impression that the ties to the therapists could be deeper and closer, while the therapists emphasised the sense on closing the distance only in the final stages of therapy. Inpatients also signalled unsatisfied needs in the form of knowledge on the subject of dependence and its mechanisms. There was a lack of educational talks allowing a better understanding of the illness with which they are having to cope.

Another group of needs that emerged in the study is linked to **patients' social functioning during therapy and after**. The satisfaction of those needs increases patients chances of successful recovery. Outpatient treatment patients' opinions varied as those in work or education were of the opinion that individual therapy does not collide with their work/education time, and neither do they declare the need to gain more comprehensive care. In their opinion, the clinic ought to focus on dependence therapy alone. In the opinion of many patients, outpatient clinics provide access to forms of support not directly offered by them. On the other hand, some facilities taking part in the study only offered individual therapy, and did not even fully meet patients' needs in this narrow scope. The patients of these clinics did not have the opportunity to receive group therapy or take part in support groups, gain legal advice or social workers' support, have vocational counselling or other forms of professional activation. They were left to their own devices in this respect.

A specific, often unsatisfied need of inpatients is contact with the family. The lack of need satisfaction seems to arise due to the accepted therapeutic paradigm and not because of any real threat associated with dysfunction of the patients' families.

It is in a similarly limiting fashion that the therapists of inpatient clinics regard the mat-

Najbardziej podstawową grupą są **potrzeby związane bezpośrednio z procesem terapii uzależnienia**, a przede wszystkim potrzeba bezpieczeństwa i zaufania w relacji terapeutycznej, rozwijanie samoświadomości oraz zdobywanie umiejętności społecznych. Poziom zaspokojenia tych potrzeb wydaje się dosyć wysoki w ośrodkach stacjonarnych, a także w poradniach. Niektórzy pacjenci obu typów placówek wskazywali jednak na niesatysfakcjonującą ich intensywność sesji indywidualnych. Ponadto – podobnie jak w innych badaniach [9] – pacjenci ośrodków stacjonarnych mieli poczucie, że więź z terapeutami mogłaby być głębsza i bliższa, tymczasem terapeuci podkreślali celowość skracania dystansu dopiero w końcowych etapach terapii. Pacjenci ośrodków stacjonarnych sygnalizowali też niezaspokojenie potrzeby dużo bardziej podstawowej, a mianowicie potrzeby wiedzy na temat uzależnienia i jego mechanizmów. Brakowało im rozmów edukacyjnych, pozwalających lepiej zrozumieć chorobę, z którą się borykają.

Drugą wyłonioną w badaniu grupą potrzeb są **potrzeby związane z funkcjonowaniem społecznym pacjentów w trakcie i po zakończeniu terapii**, których zaspokojenie zwiększa ich szanse na sukces terapeutyczny. Opinie pacjentów poradni są zróżnicowane. Pacjenci w trakcie studiów lub pracujący są zdania, że terapia indywidualna nie koliduje z godzinami pracy/nauki, nie zgłaszają też potrzeby uzyskania kompleksowej pomocy – w ich opinii poradnia powinna się zajmować przede wszystkim terapią uzależnienia. Ogólnie biorąc, w opinii wielu pacjentów poradnie zapewniają im dostęp do form wsparcia niegwarantowanych bezpośrednio przez placówki terapeutyczne. Z drugiej strony, niektóre placówki uczestniczące w badaniu oferowały wyłącznie terapię indywidualną – nawet w tym zakresie nie zaspokajając w pełni potrzeb pacjentów. Tym samym pacjenci tych poradni nie mieli szans skorzystać z terapii grupowej czy grup wsparcia, z konsultacji z prawnikiem czy pracownikiem socjalnym, z doradztwa zawodowego i innej pomocy w aktywizacji zawodowej – byli w tym zakresie pozostawieni sami sobie.

Specyficzną – często niezaspokojoną – potrzebą osób przebywających w ośrodku stacjonarnym jest potrzeba kontaktu z rodziną. Jej niezaspokojenie wydaje się wynikać z przyjętego paradygmatu terapeutycznego, a nie z realnego zagrożenia związanego z dysfunkcjonalnością rodzin pacjentów.

W podobnie ograniczający sposób terapeuci ośrodków stacjonarnych odnoszą się do kwestii

ter of fulfilling the broadly understood educational needs concerning both the continuation and completion of school and the gaining of additional professional qualifications. Satisfaction of these needs equips inpatients with specific resources that prepare them for good functioning once they leave the clinic, but also increase the indicators of them staying the course of the therapeutic programme [3, 7]. These needs are however treated as secondary in relation to the clinics' therapeutic functions and the chance to study or take professional courses only appears in the final stage of therapy and mainly at the patients' own initiative. Meanwhile, the supplementing of education or professional qualification already at the start of therapy could be treated as an express of the need for autonomy, self-reliance and also the emergence of a new hierarchy of values.

Furthermore, at some inpatient clinics there is a lack of support in resolving legal issues, and it would seem that meeting this group of needs ought to belong to the therapeutic priorities for patients whose whole lives are by definition in conflict with the law. Neglect of these issues could cause the wasting of the efforts of both therapists and patient, with the patient once more pushed towards criminal activity.

On the other hand, the interviewees signalled a need to intensify the efforts towards patients' more effective social reintegration, which in the view of patients and therapists of both types of sites is not being met. It is hard therefore to understand why so many rules in force in the inpatient clinics prevent work towards its satisfaction during the stay in the clinic (apart from at the final stage of therapy).

A part of the reintegration process is also to provide post rehabilitation accommodation for those clients who cannot or do not want to return to their family home [3, 7]. In this context it is surprising that there were outpatient treatment therapist's opinions in the interviews indicating difficulties with finding clients to which they could direct the post rehabilitation accommodation offer. However, these problems are a result of rather the unrealistically stringent threshold requirements to be allocated this kind of accommodation, and not the high level of patients' need satisfaction in this area.

The last needs group are **recreational needs** linked to participation in culture and the devel-

zaspokojenia szeroko rozumianych potrzeb edukacyjnych, dotyczących zarówno kontynuacji lub uzupełnienia wykształcenia, jak i zdobycia dodatkowych kwalifikacji zawodowych. Zaspokojenie tych potrzeb wyposaża pacjentów ośrodków stacjonarnych w konkretne zasoby, które przygotowują ich do dobrego funkcjonowania po opuszczeniu ośrodka, ale również podwyższa wskaźniki utrzymywania się w programie terapeutycznym [3, 7]. Potrzeby te traktowane są jednak jako drugorzędne w stosunku do funkcji terapeutycznej ośrodków, a możliwości nauki lub kursów zawodowych otwierają się w końcowym okresie terapii i głównie w ramach inicjatyw podjętych indywidualnie przez pacjentów. Tymczasem chęć uzupełnienia wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych już na początku terapii mogłaby być traktowana jako wyraz potrzeby autonomii, niezależności, ale także kształtowania się nowej hierarchii wartości.

Ponadto, w niektórych placówkach stacjonarnych brakuje wsparcia w rozwiązywaniu problemów prawnych – wydaje się, że zaspokojenie tej grupy potrzeb powinno należeć do priorytetów terapii pacjentów, których całe życie przebiega *ex definitione* w konflikcie z prawem. Zaniedbanie tych spraw może spowodować zmarnowanie wysiłków i terapeutów, i pacjenta, a pacjenta wepchnąć z powrotem na drogę przestępczości.

Z drugiej strony, w wywiadach sygnalizowana była potrzeba zintensyfikowania wysiłków w celu bardziej skutecznej readaptacji społecznej pacjentów, która w oczach i pacjentów, i terapeutów obu typów placówek nie jest zaspokajana. Trudno więc zrozumieć, dlaczego tak wiele reguł obowiązujących w placówkach stacjonarnych uniemożliwia pracę w kierunku jej zaspokojenia w czasie pobytu w ośrodku (poza końcowym etapem terapii).

Częścią procesu readaptacji jest też zapewnienie mieszkań readaptacyjnych tym klientom, którzy nie mogą lub nie chcą wrócić do domów rodzinnych [3, 7]. W tym kontekście zaskakujące jest to, że w wywiadach pojawiły się głosy terapeutów ambulatoryjnych wskazujące na trudności ze znalezieniem klientów, do których można by skierować ofertę mieszkań readaptacyjnych. Problemy te wynikają bardziej z nierealistycznie wysokich wymagań, jakie trzeba spełnić, by skorzystać z oferty mieszkań readaptacyjnych, niż z wysokiego poziomu zaspokojenia potrzeb pacjentów w tej dziedzinie.

Ostatnią grupą potrzeb są **potrzeby rekreacyjne** związane z uczestnictwem w kulturze oraz

opment of interests and passions, as the satisfaction of these needs increases the patients' general wellbeing. Some of these needs are, in the patients' opinion, over-satisfied. Inpatients describe the full schedule and indicate the tiring lack of free time for themselves. On the other hand, patients and therapists from both types of site draw attention to financial difficulties that prevent participation in what is generally understood as culture or the arts. According to therapists, this hampers the satisfaction of needs to develop interests and passions (needs mentioned only by the therapists) and learning of alternative and attractive ways of spending leisure time. There were also therapists who emphasised that equally important from to therapeutic point of view is learning how to live in monotony, and even coping with boredom. This indeed influences the matter of satisfaction with life following discharge from the clinic.

However, the study results have certain **limitations**. Above all, the study was conducted with use of the purposive qualitative sample due to financial restrictions. The results cannot therefore be generalised onto the whole population of patients seeking support in resolving problems associated with the use of illicit psychoactive substances. What is more, the study was realised in treatment and rehabilitation facilities in the course of therapy provision. In order to ensure participants' sense of anonymity, additional socio-demographic data (age, dependence type and treatment history) was not gathered. The place of study realisation could not however give participants a full sense of comfort and anonymity. Therefore, this may have led to only a partial articulation of certain needs and less than fully critical assessment of their fulfilment. However, the study aim was not to create a comprehensive, representative picture, but to identify a wide range of needs as possible and grasp the possibilities and limits of their satisfaction.

■ CONCLUSIONS

Scientific research conducted in many countries has demonstrated beyond all doubt that there is no therapeutic model adequate to the needs of all potential patients, hence the conclusion that, for the effectiveness of the system, it is essential to create a wide range of possibilities [15–18]. These should meet patients' specific needs, as failing to cope with the multiple problems re-

rozwijaniem pasji i zainteresowań – zaspokojenie tych potrzeb zwiększa ogólny dobrostan pacjentów. Niektóre z tych potrzeb są, zdaniem pacjentów, zaspokajane w nadmiarze; pacjenci ośrodków stacjonarnych opisują wypełniony grafik i wskazują na uciążliwy brak czasu dla siebie. Z drugiej strony, pacjenci i terapeuci obu typów placówek zwracają uwagę na trudności finansowe, które uniemożliwiają uczestniczenie w szeroko rozumianej kulturze. Zdaniem terapeutów ogranicza to zaspokojenie potrzeby rozwijania pasji i zainteresowań (potrzeby wymienianej wyłącznie przez terapeutów) oraz naukę alternatywnych i atrakcyjnych sposobów spędzania czasu wolnego. Byli też terapeuci, którzy podkreślali, że równie istotna z punktu widzenia terapii jest nauka życia w monotonii, nawet radzenia sobie z nudą. Przekłada się to bowiem na kwestię zadowolenia z życia po wyjściu z ośrodka.

Wyniki badania mają jednak pewne **ograniczenia**. Przede wszystkim badanie przeprowadzono na celowej próbie jakościowej ze względu na ograniczenia finansowe. Wyniki nie mogą być więc uogólniane na całą populację pacjentów szukających pomocy w rozwiązaniu problemów związanych z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych. Co więcej, badanie realizowano w placówkach leczenia i rehabilitacji w trakcie trwania terapii. W trosce o zapewnienie uczestnikom poczucia anonimowości nie zbierano dodatkowych danych socjodemograficznych (wiek, rodzaj uzależnienia, historia leczenia). Miejsce realizacji badania nie mogło jednak dawać uczestnikom całkowitego poczucia komfortu i anonimowości. Tym samym mogło to prowadzić do niepełnego artykułowania niektórych potrzeb i nie w pełni krytycznej oceny ich zaspokojenia. Celem badania nie było jednak stworzenie kompleksowego, reprezentatywnego obrazu, lecz identyfikacja możliwie szerokiego wachlarza potrzeb oraz uchwycenie możliwości i ograniczeń w ich zaspokajaniu.

■ WNIOSKI

Badania naukowe realizowane w wielu krajach wykazały ponad wszelką wątpliwość, że nie istnieje moduł terapii adekwatny do potrzeb wszystkich potencjalnych pacjentów, stąd wniossek, że dla efektywności systemu konieczne jest stworzenie szerokiego wachlarza możliwości [15–18]. Powinny się one odnosić do specyficznych potrzeb pacjentów, ponieważ nieradzenie sobie z wielością problemów wynikają-

sulting from psychoactive substance abuse and dependence increases the probability of relapse. Patients participating in our study indicated both unsatisfied basic needs linked to the therapy intensity and depth of therapeutic relationship, as well as higher-level needs (equally important) associated with social functioning like family contacts, resolution of legal problems, education and the stabilisation of their accommodation and professional situation. The weakest link in the system is after-care. It is necessary to broaden this offer, eliminate access barriers to various forms of care, develop cooperation between facilities in order to ensure the continuity of care and strengthening of the social re-adaptation process, as well as change the assumptions of inpatient treatment therapeutic programmes in order to prepare patients for life beyond the clinic already at the early stages of therapy. Another significant work-direction is increasing patients' autonomy and their commitment to the treatment process. Finally, emergence from dependence should not be a sad process – it is worthwhile to provide patients with positive reinforcement, the opportunity to realise recreational needs and ensure access to culture. In the wide context concerning the adequacy of therapeutic measures to patients' needs, it is necessary to develop platforms serving the experience exchange within good practices – solutions and know-how that have been proven effective in specific facilities. To a certain extent, this article is supposed to serve this purpose.

cych z nadużywania substancji psychoaktywnych i uzależnienia zwiększa prawdopodobieństwo nawrotu. Pacjenci uczestniczący w naszym badaniu wskazywali zarówno na niezaspokojenie potrzeb najbardziej podstawowych, związanych z intensywnością terapii i głębokością więzi terapeutycznej, jak i na niezaspokojenie (równie istotnych) potrzeb wyższego rzędu, związanych z funkcjonowaniem społecznym – potrzeby kontaktu z rodziną, rozwiązania problemów prawnych, potrzeb edukacyjnych i ustabilizowania sytuacji mieszkaniowo-zawodowej. Najsłabszym ogniwem systemu jest opieka postrehabilitacyjna. Konieczne jest tu rozszerzenie oferty, eliminacja barier w dostępie do różnych form tej opieki, rozwijanie współpracy pomiędzy placówkami w celu zapewnienia ciągłości opieki i wzmocnienia procesu readaptacji społecznej oraz zmiana założeń terapeutycznych programów stacjonarnych, tak aby przygotowywać pacjentów do życia poza ośrodkiem już na wcześniejszych etapach terapii. Istotna jest też praca w kierunku zwiększenia autonomii pacjentów oraz ich zaangażowania w proces leczenia. Wreszcie – wychodzenie z uzależnienia nie powinno być procesem smutnym – warto dostarczać pacjentom pozytywnych wzmocnień, możliwości realizacji potrzeb rekreacyjnych i zapewniać dostęp do kultury. W szerokim kontekście adekwatności oddziaływań terapeutycznych do potrzeb pacjentów należy rozwijać platformy służące wymianie doświadczeń w zakresie dobrych praktyk – rozwiązań i pomysłów, które sprawdziły się w konkretnych placówkach. Temu w pewnym stopniu ma służyć ten artykuł.

Acknowledgment/Podziękowania

The study 'Adequacy of Drug Treatment System to the Needs of its Clients' was carried out in the Institute of Psychiatry and Neurology from October 2014 to November 2015.

The authors would like to thank all the therapeutic and rehabilitation facilities taking part in the study, and especially the therapists and patients who devoted the time to participate in our interviews.

Badanie „Adekwatność Systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w stosunku do potrzeb jego Klientów” (ASK) było realizowane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w okresie od października 2014 r. do listopada 2015 r.

Autorzy pragną wyrazić podziękowanie wszystkim placówkom terapeutycznym i rehabilitacyjnym uczestniczącym w badaniu, a szczególnie terapeutom i pacjentom, którzy poświęcili swój czas na uczestnictwo w wywiadach.

Conflict of interest/Konflikt interesów

None declared./Nie występuje.

Financial support/Finansowanie

The study: 'Adequacy of Drug Treatment System to the Needs of its Clients' was financed by the National Bureau for Drug Prevention.

Badanie „Adekwatność Systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w stosunku do potrzeb jego Klientów” (ASK) było finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Ethics/Etyka

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects, EU Directive (210/63/EU) on protection of animals used for scientific purposes, Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals and the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

Treści przedstawione w pracy są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, dyrektywami UE dotyczącymi ochrony zwierząt używanych do celów naukowych, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 r.

References/Piśmiennictwo

1. Obuchowski K. Potrzeby. In: Domański H, Morawski W, Mucha J, Ofierska M, Szacki J, Ziółkowski M (eds.). *Encyklopedia Socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 2000, 160-64.
2. McLellan AT, Weisner C. Achieving the public health and safety potential of substance abuse treatment: implications for patient referral, treatment 'matching', and outcome evaluation. In: Bickel WK, DeGrandpre RJ (eds.). *Drug Policy and Human Nature: Psychological Perspectives on the Prevention, Management, and Treatment of Illicit Drug Abuse*. New York: Plenum Press; 1996, 127-54.
3. Hser YI, Polinsky ML, Maglione M, Anglin MD. Matching Clients' Needs with Drug Treatment Services. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999; 16(4): 299-305.
4. Ball JC, Ross A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag; 1991.
5. Hubbard RL, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1 year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Psychology of Addictive Behaviors* 1997; 11: 261-78.
6. McLellan AT, Grissom GR, Zanis D, Randall M, Brill P, O'Brien CP. Problem-service 'matching' in addiction treatment. A prospective study in 4 programs. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 730-35.
7. Friedmann PD, Hendrickson JC, Gerstein DR, Zhang Z. The effect of matching comprehensive services to patients' needs on drug use improvement in addiction treatment. *Addiction* 2004; 99: 962-72.
8. Daley DC. Five perspectives on relapse in chemical dependency. In: Daley DC (ed.). *Relapse: Conceptual, Research and Clinical Perspectives*. New York: Haworth Press; 1988, 3-26.
9. Dąbrowska K. Potrzeby pacjentów lecznictwa uzależnień dotyczące relacji z terapeutami w oczach pacjentów i terapeutów. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 20(4): 377-94.
10. Joosten EAG, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CPF, de Jong CAJ. Effect of shared decision-making on therapeutic alliance in addiction health care. *Patient Preference and Adherence* 2008; 2: 277-85.
11. Joosten EAG, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CPF, De Jong CAJ. Shared decision-making: increases autonomy in substance dependent patients. *Substance Use and Misuse* 2011; 46(8): 1037-38.
12. Barbour R. *Doing Focus Groups*. London: SAGE Publications; 2007.
13. Wilson V. Focus groups: A useful qualitative method for educational research? *British Educational Research Journal* 1997; 23(2): 209-24.

14. Bieliński J, Iwińska K, Rosińska-Kordasiewicz A. Analiza danych jakościowych przy użyciu programów komputerowych. *ASK. Społeczeństwo. Badania. Metody* 2007; 16: 89-114.
15. Bergmark A. On treatment mechanisms – what can we learn from the COMBINE study? *Addiction* 2008; 103 (5): 703-5.
16. Babor TF, Steinberg K, Anton R, Del Boca F. Talk is cheap: Measuring drinking outcomes in clinical trials. *Journal of Studies on Alcohol* 2000; 61: 55-63.
17. Hesse M, Thylstrup B, Soegaard Nielsen A. Matching patients to treatments or matching interventions to needs? In: Kolind T, Thom B, Hunt G (eds.). *The SAGE handbook of drug and alcohol studies – Social Science approaches*. London, Thousand Oaks: SAGE; 2016, 287-301.
18. Klingemann H, Storbjörk J. The treatment response: Systemic features, paradigms and socio-cultural frameworks. In: Kolind T, Thom B, Hunt G (eds.). *The SAGE handbook of drug and alcohol studies – Social Science approaches*. London, Thousand Oaks: SAGE; 2016, 260-86.

