

W sprawie ambulatoryjnego leczenia uzależnień słów kilka z punktu widzenia psychoterapeuty

Mirosława Straburzyńska

Jeśli jesteśmy zgodni wszyscy, że uzależnienie od środków psychoaktywnych jest chorobą i jako taka wymaga specjalistycznego leczenia, to automatycznie musimy zgodzić się na to, że powinny tu obowiązywać te same standardy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych jak w przypadku każdego innego postępowania leczniczego wobec osoby chorej. Założenie to mieści się w opisie udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych rekomendowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

I tak w Vademecum 2011 świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozdziale : Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień czytamy:

„Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skierowane są do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie prowadzone jest ambulatoryjnie, w oddziałach dziennych lub szpitalnych”

Zarówno w poradni jak i w oddziałach dziennych czy stacjonarnych (szpitalach, ośrodkach) pacjent powinien mieć zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki oraz wyroby medyczne, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia) i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane w poradniach specjalistycznych lub innych komórkach organizacyjnych lecznictwa ambulatoryjnego przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje albo inną osobę, która uzyskała uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych.

W poradni leczenia uzależnień pacjent ma prawo do porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa, psychoterapeutę lub instruktora terapii uzależnień.

Tyle opis standardu leczenia uzależnień wynikający z oficjalnych dokumentów. Zacytowałam je, by w konfrontacji z wytycznymi podstawowego płatnika usług związanych z udzielaniem profesjonalnej

pomocy osobom uzależnionym krytycznie przyjrzeć się praktykom i naszej codzienności udzielania tej pomocy. Moje wątpliwości i dylematy nie dotyczą formalno- prawnej strony działalności poszczególnych placówek niosących pomoc osobom uzależnionym. Jestem pewna, że po tym względem działają one bez zarzutu, gdyż to jest najprostsze do skontrolowania przez poszczególnych płatników i dbałość o dokumentację, oraz zabezpieczenie programów leczniczych i pomocowych od tej strony świadczy o finansowym być, albo nie być tych programów i placówek. Moje wątpliwości dotyczą filozofii i etyki pracy personelu udzielającego pomocy medycznej, terapeutycznej czy wreszcie socjalnej osobom uzależnionym ze szczególnym uwzględnieniem uznania podmiotowości pacjentów w tym ich prawo do wyboru określonej oferty leczniczej i osoby lekarza czy terapeuty, która udziela świadczeń zdrowotnych w ramach tej samej placówki. Moje wątpliwości budzi także poziom aktualnego i faktycznego przygotowania merytorycznego zgodnego z najnowszymi osiągnięciami nauki i dobrych praktyk w tym zakresie. Nie jest dla nikogo tajemnicą, że przepełnione, skoncentrowane na osiągnięcie efektów finansowych programy leczenia uzależnień np. programy substytucyjne, z jednej strony nie zapewniają podstawowych potrzeb pacjentów w zakresie wysoko specjalistycznej opieki terapeutycznej, czy socjalnej, z drugiej, aby wypełnić wymogi wynikające z zarządzenia MZ stosują przymus uczestniczenia w zajęciach grupowych czy indywidualnych, które z terapią niewiele mają wspólnego, chociażby dlatego, że nie przestrzegają podstawowego warunku każdego procesu terapeutycznego, jakim jest dobrowolność. Kojarzą się raczej z formą oddziaływań służącej kontroli abstynencji i przestrzegania dyscypliny, która stała się swoistym biczem na pacjentów. Otrzymywanie leku dostosowanego do możliwości pacjentów, zwane w programach substytucyjnych „systemem” stało się przywilejem, czy nagrodą za „dobre sprawowanie”, co zdecydowanie nie sprzyja ujawnianiu przez nich trudności czy problemów związanych z ich chorobą. Są rozpatrywane, czy diagnozowane (często przez średni personel medyczny, który nie ma po temu uprawnień) nie jako objaw chorobowy, lecz przejaw złej woli czy krnąbrności pacjentów, którzy „dobierają” narkotyki i unikają kontaktu z personelem placówki postrzeganymi nie jako sprzymierzeńcy proponujący konkretne rozwiązania w problemach związanych z uzależnieniem lecz ci, którzy mogą pozbawić leku, czy przywilejów związanych z jego przyjmowaniem.

Język, którym na co dzień posługuje się personel programów leczenia uzależnień na w kontakcie z pacjentami nacechowany jest normatywnie i bardziej przypomina język zakładów resocjalizacyjnych niż ten obowiązujący w ochronie zdrowia. Nagminnym zjawiskiem jest jednostronne skracanie dystansu, które w wersji życzliwej dla pacjenta bywa po prostu protekcyjnością. Przykładem na to jest chwalenie pacjenta za robienie postępów w terapii, lub wyrażanie dezaprobaty, czy wręcz ganień, gdy zainteresowany się „nie leczy”, co sprowadza dorosłego człowieka do roli dziecka zależnego od mniej lub bardziej kompetentnego opiekuna i instytucji decydującej o jego być, albo nie być. Dla osoby uzależnionej pobyt w programie leczniczym jest tak postrzegany, często podtrzymywany przez samych

terapeutów, którzy wyrokujeją :” bez ośrodka, terapii, itp sobie nie poradzisz” zamiast formułować raczej rokowania w oparciu o dane kliniczne, a nie w oparciu o własne intuicje, czy przekonania wynikające z emocjonalnego stosunku do pacjenta. W wersji reprezentującej władzę i kontrolę skracanie dystansu bywa agresywne, obraźliwe, godzące w poczucie godności pacjenta, który żyjąc latami w poczuciu braku prawa do godności, często przybiera postawę obronną i w odwecie zachowuje się równie agresywnie , co często jest podstawą do relegowania go z programu. I jeszcze jedna rzecz nad którą warto się na koniec zastanowić. Ostatnimi czasy większość pacjentów uzależnionych zgłaszających się do leczenia to pacjenci, których pierwotnym problemem z jakim się zmagają są zaburzenia osobowości, które tak naprawdę najczęściej doprowadziły ich do narkotyków. W obliczu tego powszechnego już , jak sądzę, zjawiska epidemiologicznego, na aktualnej scenie narkotykowej, paląca kwestią staje się problem, który uważam za podstawowy do rozważań w gronie osób profesjonalnie zajmujących się pomocą osobom uzależnionym i używającym narkotyków, a mianowicie, ustawicznego kształcenia specjalistów (psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów) oraz powszechny obowiązek superwizowania swojej pracy przez zespoły terapeutyczne. To kwestia odpowiedzialności zawodowej, a więc także mieszcząca się w sferze etyki, a ponadto podstawa do tego, aby nasi pacjenci nie tylko przez nas samych, ale przez całe środowisko osób działających w ochronie zdrowia i na jego obrzeżach (np. pomocy społecznej) byli traktowani jak pełnoprawni świadczeniobiorcy profesjonalnych usług, a nasze placówki odpowiadały standardom i normom jakości wskazywanym przez płatników tych usług.

Mirosława Straburzyńska

specjalistka terapii uzależnień, superwizor z listy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, psychoterapeutka