

Piotr Bakula

„Regulaminy ośrodków a prawa człowieka i pacjenta”

W czasie rozmów ze słuchaczami w ramach szkolenia w procesie certyfikacji, przyglądaliśmy się prawom pacjenta odbywającego terapię stacjonarną. Regulaminy ośrodków stacjonarnych są określone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w Sprawie Regulaminów Stacjonarnych Zakładów Lecznictwa Odwykowego oraz Domów Pomocy Społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu z dnia 6 maja 1983. Samo rozporządzenie, aczkolwiek już trochę anachroniczne stanowi wzór humanistycznego i podmiotowego traktowania pacjenta w porównaniu do regulaminów ośrodków tworzonych na jego podstawie. Zastanawiam się, czy regulamin oddziału nie powinien być tylko ogólnym opisem norm funkcjonowania społecznego w czasie pobytu w nim pacjenta, bez szczegółowego wnikania w normy i zasady wynikające z kontraktu. Czy nie powinien dotyczyć głównie spraw związanych z byciem w ośrodku, tj. godzinami posiłków, godzinami zajęć, odwiedzin, ale tak sformułowany, by nie łamał Karty Praw Pacjenta, Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego i konstytucji. Taki regulamin ma prawo wymagać od pacjenta pewnych zachowań. Natomiast sprawy związane z procesem terapii, jego uwarunkowaniami, wprowadzanymi zmianami w funkcjonowaniu pacjenta powinny być regulowane kontraktem terapeutycznym. Kontrakt terapeutyczny jest swego rodzaju umową, pomiędzy terapeutą/lekarzem, gdzie podmiotem wokół którego jest konstruowany to pacjent. Kontrakt może zawierać zalecenia, zgodne z procesem terapii, na które pacjent może, choć nie musi się zgodzić. Jego opór traktowany jest jako przejaw manipulacji alkoholowej i w związku z tym, pacjent zmuszany jest do bezwzględnej korekty zachowań. Możemy też roznieć opór jako wyzwanie motywacyjne i wtedy pracować będziemy w kierunku zwiększania motywacji do zmiany, poszerzania rozbieżności i możliwości wyboru. Pierwsze podejście wpisuje się w nurt myślenia o „alkoholiku” w kategoriach naprawiania przez terapeuta jego życia dowolnymi środkami, łącznie z zastosowaniem przeróżnych kar za objaw choroby, zmieniania pacjenta wbrew jego woli, narzucając mu swoje czyli terapeuty widzenie świata. Przypomina trochę myślenie o osobach uzależnionych jak o „braciach mniejszych”, zagubionych istotach. Wszak można uznać, że czytanie gazet, oglądanie telewizji, słuchanie muzyki stanowi zagrożenie dla procesu trzeźwienia, natomiast „snucie” się po korytarzu oddziału z nakazaną przez terapeuta lekturą jest czynnością sprzyjającą trzeźwieniu. Zastanawiam się, czy w tym podejściu terapeuta buduje przypadkiem swojego autorytetu na systemie zakazów i nakazów, zostawiając wytłumaczenie ewentualnych porażek terapeutycznych niestosowaniem się do zaleceń.

W drugim podejściu, zorientowanym na pracę z motywacją to pacjent odpowiada za własną terapię i tak naprawdę za własne życie. Może zastanawiać się nad ograniczeniami wynikłymi z procesu terapii, może je rozważać, zmagać się z nimi. Może uznać sensowność i zasadność niektórych z nich, z niektórymi może się nie zgadzać. Wiemy, że to trudniejsza dla terapeuty praca, natomiast pacjent w tym podejściu ma możliwość uwewnętrznienia i przyjęcia jako swoje warunków, zasad i metod leczenia.

Pragnę również zauważyć, że normy i zasady muszą stosować się do modelu leczenia jaki prezentuje placówka. Jasno określony każdy szczegół funkcjonowania pacjenta jest typowy dla modelu społeczności terapeutycznej. Tam leczenie odbywa

się praktycznie całą dobę i na jego wpływ ma każdy aspekt rozwijanych relacji społecznych, a zasady i normy są tworzone przez całą społeczność leczących się, przy minimalnym udziale kadry. Natomiast w ośrodkach kładących nacisk na ustrukturalizowaną psychoterapię uzależnień bez udziału społeczności terapeutycznej, nie można regulaminem wymusić respektowania narzucanych zbyt sztywnych norm bez ryzyka powstania oporu, „drugiego życia” lub pokazowego niekonstruktywnego dostosowania się

Zacznijmy od początku, czyli od procesu przyjmowania do terapii

Część pierwsza – przyjęcie do ośrodka

Jeden z ośrodków opisał kryteria przyjęcia do terapii jako „wstępną selekcję”. Już samo to sformułowanie ma przerażające historyczne odniesienia. „Wstępna selekcja” dotyczy min pacjentów obciążonymi chorobami somatycznymi, chorobą psychiczną, niezdolnością do wykonywania zajęć terapeutycznych. O ile jeszcze choroba psychiczna może być przeszkodą w korzystaniu z terapii oraz istnieją specjalne ośrodki terapeutyczne dla osób z podwójną diagnozą, to obciążenie chorobą somatyczną jest zdecydowanie niejasnym kryterium. Również niejasna jest niezdolność do wykonywania zajęć terapeutycznych, jak i czym ja mierzyć. Czy dotyczy to jedynie intelektu czy też innych zaburzeń. Pragnę przypomnieć, że część naszych pacjentów, może być wtórnymi, bądź funkcjonalnymi analfabetami. Kolejnym kryterium „selekcji” jest wykluczenie osób, które spożywały alkohol w ciągu ostatnich 5 dni lub przyjmowały środki zmieniające nastrój w przeciągu ostatnich 12 dni. Ograniczenie chyba martwe, ponieważ po pięciu dniach abstynencji od alkoholu praktycznie nie można sprawdzić jego używania. Nie mam również jasności, czy w sformułowaniu substancje zmieniające nastrój mieści się kawa, herbata, czekolada. Na koniec „wstępnej selekcji” ośrodek jeszcze raz podkreśla, że może odmówić przyjęcia osobom „niespełniającym kryteriów zdrowotnych, z niepełnosprawnością fizyczną i psychiczną. Myślę, że warto to w jakiś sposób uszczegółowić, tak by nie brzmiało to i nie było dyskryminacją osób z dysfunkcjami.

Część ośrodków wymaga przy przyjęciu potwierdzonego uczestnictwa w grupach AA, lub w Klubach Abstynenta. Rozumiem, że jest to związane z procesem nabywania wstępnej motywacji i nauki utrzymywania abstynencji. Jednak AA i Kluby Abstynenta nie są procedurą terapeutyczną lub medyczną. Zastanawiam się, czy można warunkować przyjęcia do ośrodka uczestnictwem w grupach samopomocowych. Może potraktujmy to jako zalecenie, sugestię. Może warto zachęcać, a nie nakazywać

Część druga – pobyt

Pobyt w ośrodku terapeutycznym obwarowany jest mnóstwem zakazów i nakazów, niektóre z nich łamią prawa konstytucyjne obywatela i łamią prawa pacjenta, niektóre są, niestety, w oczywisty sposób przemocowe. Przykłady:

„Zabronione jest posiadanie i korzystanie z telefonów komórkowych, własnego sprzętu RTV oraz wszelkiego rodzaju grzałek” – Zapis powielany w wielu regulaminach ośrodków. O ile jasny jest zakaz posiadania grzałek związany z bezpieczeństwem pożarowym, to zakaz posiadania telefonów komórkowych wydaje

się całkowicie bezzasadny. Wystarczy umówić się z pacjentami, na nie używanie telefonu na zajęciach terapeutycznych. Mam wątpliwość, czy rzeczywiście pacjent nie ma prawa skontaktować się z bliskimi, wtedy kiedy ma na to ochotę i wolny czas?. Wydaje się, że ma być to ochrona pacjenta przed światem zewnętrznym, ale czy on rzeczywiście takiej ochrony potrzebuje. Proces terapeutyczny wytrzyma konfrontację z 10 minutową rozmową z żoną, dziewczyną, dzieckiem. Kontakt z bliskimi, rozmowa, możliwość odbudowania relacji zakłóconych poprzez nałóg jest czynnikiem sprzyjającym zdrowieniu. Autorom tego zapisu pragnę przypomnieć, że mamy XXI wiek i posiadanie oraz korzystanie z telefonii komórkowej jest powszechne i jest naszym niezbywalnym prawem.

„Pacjent nie może posiadać gazet, książek, sprzętu audiowizualnego, telefonów komórkowych, narzędzi do pracy lub zabawy, grzałek oraz wszystkich innych rzeczy, które personel terapeutyczny uzna za przeszkadzające w procesie zdrowienia” Personel ośrodka zabrania posiadania gazet, książek, telefonów, narzędzi do pracy i zabawy oraz innych rzeczy, które sam uzna za przeszkadzające w procesie terapii. Przepis ten jest niezrozumiały, zdecydowanie niekonstytucyjny i daje prawo personelowi ośrodka do pełnej dowolności w interpretacji co przeszkadza, a co pomaga w terapii. Prawo do informacji jest jednym z podstawowych, konstytucyjnych praw obywatela. Myślę również, że posiadanie odtwarzacza mp3 z ulubioną muzyką może być dobrym sposobem na chwilę relaksu, pracę z napięciem, złością. Posiadanie przenośnego komputera, palmtopa, tableta może być zarówno sposobem na kontaktowanie ze światem – przecież przygotowujemy ich do powrotu do tego świata, jak i narzędziem do pisania prac związanych z procesem terapii – kolejny raz przypominam, że mamy XXI wiek i część osób woli pisać na klawiaturze niż na papierze.

„W Oddziale obowiązuje zakaz wszelkiego rodzaju gier, czytania prasy i książek nie związanych z problematyką alkoholową oraz słuchania radia i oglądania telewizji” Dość jawna cenzura i deprivacja informacyjna. Można domyślać się intencji, że informacje inne niż o alkoholu mogą demotywowwać pacjenta i odwracać jego uwagę od procesu terapeutycznego, ale polskie prawo stanowi, że pacjent może oglądać wiadomości, czytać gazety. Jeśli pacjent interesuje się wiadomościami ze świata, oznacza to, że budzą się jego zainteresowania. Zastanawiam się również, co szkodliwego jest w grze w szachy czy warcaby. Brydż też rozwija intelektualnie. Wiadomo, że gry stymulują mózg. Zrozumiałe jest, że na oddziale nie powinno uprawiać się gier hazardowych.

„Zabronione jest przebywanie mężczyzn w pokojach kobiet oraz kobiet w pokojach męskich, a także tworzenie bliskich, intymnych związków między pacjentami” Co do tworzenia bliskich intymnych związków mam jasność, chociaż pewnie lepiej, gdyby to było zawarte w kontrakcie terapeutycznym i jasno sprecyzowane i nie poprzedzone słowem „**zabronione jest**”. Można użyć innego, bardziej miękkiego słowa. Jeżeli zaś chodzi o „**przebywania w pokojach**” ze względu na inną płęć zamieszkującego, to po pierwsze – cóż złego jest w spotkaniu międzypłciowym naszych pacjentów, wszak to nie jest udział leczenia zaburzeń seksualnych. Po drugie, zajęcia grupowe są koedukacyjne i tam pacjenci różnopłciowi są w jednym pomieszczeniu przez dość długi czas. Po trzecie, zapis ten

traktuje wszystkich pacjentów jak osoby o heteroseksualnej orientacji, co jest dyskryminacją osób homoseksualnych.

„Dopuszcza się dostarczanie żywności pacjentom przez osoby spoza Ośrodka, ale musi być ona zgodna z zalecaną dietą i podlega kontroli przez dyżurną pielęgniarkę” Nie ma prawa nakazującego pacjentowi stosowania się do diety. Możemy i powinniśmy z nim rozmawiać o zdrowym odżywianiu się, motywować, pokazywać korzyści, ale nie jesteśmy w stanie wymusić na kimkolwiek zmiany żywienia poprzez nakaz. Jednym z praw człowieka jest wolność również do zwiększania sobie złego cholesterolu, lub do uszkodzenia swojej wątrobie. No i ten język **„Dopuszcza się dostarczanie żywności pacjentom przez osoby spoza Ośrodka.....** zupełnie jak z obwieszczenia o stanie wojennym.

„Pacjent jest zobowiązany do poddania się kontroli abstynencji, na każde żądanie personelu, o każdej porze dnia i nocy” Specyfika pracy terapeutycznej wymusza na personelu procedury sprawdzające utrzymywanie abstynencji. To potrzebny zapis, tylko czy musi być podkreślone, że o każdej porze dnia i nocy. Ten zapis daje dużą swobodę stosowania niekoniecznie w poszanowaniu praw pacjenta. Przecież pacjent do rana nie wytrzeźwieje, a metabolity narkotyków i leków będą utrzymywać się w organizmie jeszcze przez tydzień. Oczywiście jeżeli stan pacjenta zagraża trzeźwości innych pacjentów, można go stosować, ale często (wiem to z relacji terapeutów i pacjentów) budzi się rutynowo cały oddział, bo osoba będąca na dyżurze nocnym nudziła się i chyba zapragnęła w jakiś sposób urozmaicić sobie długą noc. Deprywacja snu zdecydowanie nie sprzyja procesom poznawczym, których zaangażowanie jest niezbędne w terapii.

„Pacjent ma prawo do nieograniczonego kontaktu korespondencyjnego z osobami z zewnątrz w trakcie całego pobytu w Ośrodku, oraz rozmów telefonicznych w wyznaczonym czasie, chyba że inaczej zdecyduje terapeuta lub kierownictwo Ośrodka” W tym przypadku ośrodek nie kwestionuje konstytucyjnych praw pacjenta i obywatela, ale może je zawiesić decyzją kierownika lub terapeuty. Na jakich zasadach, za jakie przewinienia, nic więcej regulamin o tym nie mówi.

„Pacjent ma prawo do prowadzenia korespondencji z osobami i instytucjami ważnymi dla jego zdrowienia” Pacjent ma prawo konstytucyjne do prowadzenia korespondencji nie tylko z osobami ważnymi dla jego zdrowienia, ale ma prawo do korespondencji ze wszystkimi, do których zażyczy sobie korespondować. A na marginesie, zastanawiam się jakie są kryteria oceny ważności dla zdrowienia i kto o nich decyduje?

„Pacjent ma obowiązek podporządkowania się poleceniom terapeutów i Kierownika oddziału” Może w tym przypadku warto zmienić słowa „podporządkowanie i polecenia” i uściślić, o jakie obszary podporządkowania chodzi. Zapis ten jest całkowicie niezrozumiały i daje chyba jednak zbyt dużą dowolność personelowi ośrodka w jego interpretowaniu.

„Odwiedziny lub rozmowy telefoniczne mogą odbywać się tylko w wyjątkowych sytuacjach, za zgodą lekarza prowadzącego lub dyżuranta Ośrodka”. Humanizacja opieki zdrowotnej, upodmiotowienie pacjenta, to między innymi możliwość kontaktowania się z bliskimi osobami. Tutaj ograniczono to prawo do wyjątkowych przypadków i pozostawiono w gestii decyzji lekarza lub dyżuranta. A powinno być jasno określone w jakie dni i godziny pacjent ma prawo do odwiedzin.

Dwa poniższe zapisy pozostawię bez komentarza

„Spożywanie dodatkowych posiłków jest możliwe tylko za wiedzą i zgodą personelu”

„Pacjent może korzystać z kąpeli tylko za zgodą lekarza prowadzącego”

„Pacjent ma prawo do odmowy proponowanych badań medycznych oraz leczenia. Następstwa odmowy powinny być wyjaśnione pacjentowi” Na kilkanaście przejranych regulaminów tylko jeden ośrodek zamieścił powyższy wpis, inne ośrodki pisały o „konieczności poddania się badaniom i leczeniu, o bezwzględnej konieczności poddania się leczeniu, o konieczności przyjmowania” itd. Pacjent ma prawo odmówić poddania się badaniom, ma prawo odmówić przyjmowania leków, ma prawo odmówić poddania się zabiegom. Tak stanowi karta praw pacjenta, nikogo do niczego nie możemy przymusić. Możemy zachęcać, motywować, informować, są to wystarczające narzędzia jakimi dysponujemy, nie musimy nikogo uszczęśliwiać pozbawiając go autonomii. Uważam, że ten zapis paradoksalnie daje dużą możliwość pracy terapeutycznej. Przenosi decyzję o leczeniu na pacjenta, w trakcie terapii można się do tej decyzji odwoływać, tak by pacjent przynosił motywację z zewnętrznej, wymuszonej sytuacją, na motywację wewnętrzną, wzmacnianą potrzebami, zasobami i celami pacjenta

Artykuł powstał jako odpowiedź na zapytania studentów o rozdzźwięk pomiędzy nauczaniem przyszłych terapeutów a rzeczywistością w jakiej znajdują się nasi pacjenci. Nie wychowamy nowego pokolenia wrażliwych, humanistycznie zorientowanych pomagaczy, jeżeli dalej pozostawać będziemy w mentalnych okowach myślenia o pacjencie uzależnionym, jako o istocie, której możemy narzucać swoje prawa, zaznaczam, że nie zawsze zgodne z realnymi prawami. Myślę, że pacjenci również nie czują się dobrze w ośrodkach, w których regulaminy przypominają regulaminy koszar wojskowych. Pamiętajmy, że nasz pacjent znajduje się w bardzo trudnym momencie życia. Aby poradzić sobie z trudną, kryzysową sytuacją jest czasami w stanie zgodzić się na każde warunki jakie mu zaproponujemy. Ma też gotowość do podporządkowania się optyce terapeuty i przyjęcia prawie każdego ograniczenia, jako rzekomo sprzyjającego zmniejszeniu dolegliwości kryzysu. Tylko czy wykorzystywanie położenia pacjenta jest terapią czy też manipulacją

Model terapii oparty na zakazach, nakazach, deprywacji podstawowych potrzeb, przypomina model oddziaływań związanych z zasadami „prania mózgu”. Zasada „rozmróz, przekształć, otrzymaj produkt i zamróż ponownie” daje krótkoterminowe efekty, ale niszczy autonomię człowieka. Powoduje, że normy są heteronomiczne, bez możliwości lub z dużymi trudnościami do ich autonomizacji. Myślę też, że może powodować opór i próby „zmagania”, „walki” terapeuty z pacjentem.

A może problem regulaminów jest tak naprawdę wtórny i problemem jest kategoryzacja, system pojęć jakimi posługują się terapeuci. Materiał myślenia i język powodują ograniczenia i kształtują postawy. Może wystarczy zamienić pojęcia „alkoholik” „współuzależniona”, „narkoman”, „konfrontacja”, „dociśnięcie” na „pacjent z problemem alkoholowym”, „osoba z problemem uzależnienia partnera/partnerki”, „osoba z problemem używania substancji psychoaktywnych”, „wybór”, „decyzja”. Może warto zmienić język z „alkoholofobicznego” i „narkofobicznego” na język opisujący zjawisko, pozbawiony negatywnych konotacji.

Celem tego artykułu nie jest punktowanie poszczególnych zapisów regulaminów. Myślę, że warto rozpocząć dyskusję o miejscu i roli pacjenta uzależnionego w systemie leczenia, o jego prawach jako pacjenta i obywatela. Warto również zacząć się zastanawiać nad rolą terapeutów w procesie terapii, nad koniecznością zmiany perspektywy rozumienia przyczyn zaburzeń i środków jakich oprócz działań terapeutycznych używamy w procesie terapii. To pacjent jest podmiotem, zaś naszym zadaniem jest stworzenie mu warunków, miejsca i przestrzeni do prób powrotu do pełniejszego dobrostanu psychicznego. Miejsca w którym będzie się czuł na tyle bezpiecznie, że podejmie wysiłek zmiany. Przyszłym terapeutom jak mantrę powtarzam następujący zwrot „stwórz dla swojego pacjenta takie warunki, jakie ty chciałbyś mieć, gdybyś miał konieczność zwrócenia się o pomoc do terapeuty”

W ramach tego artykułu chciałbym na koniec zaproponować kilka pytań do dyskusji

- Jakie jest psychologiczne/medyczne/terapeutyczne uzasadnienie tak formułowanych regulaminów?

- W jaki sposób zapisy ograniczające swobody mają ułatwić proces terapeutyczny?

- Czy to pacjent ma kłopoty z zachowaniem się o Ośrodku, czy raczej terapeuta przypisuje pacjentom ewentualną skłonność do łamania norm?

- Czy zapisy regulaminów i kary za jego łamanie mogą tłumaczyć brak postępów w zdrowieniu

- Czy terapeuta dysponujący systemem kar i nagród jest dalej terapeutą, czy staje się nadzorcą zachowania?

- Czy przypadkiem praca w roli nadzorca nie jest karmieniem własnych, niezaspokojonych potrzeb, związanych raczej z pracą wychowawcy niż terapeuty

- Czy pisząc regulaminy, mamy obowiązek kierować się Kartą Praw Pacjenta, czy też mamy pełną dowolność w tej dziedzinie

Zapraszam do dyskusji

Wszystkie zapisy są autentyczne, skopiowane ze stron internetowych ośrodków.