

Odpowiedź z komentarzami w sprawie:

„Stanowisko Stowarzyszenia MONAR w sprawie leczenia substytucyjnego”

dokument Stowarzyszenia MONAR do ściągnięcia (między innymi) z linku:

<http://www.monar.org/download.php?id=1525>

Odpowiadają i komentują psychiatry praktycy i naukowcy: Marcin Ziółkowski i Edward Jacek Gorzelańczyk z zarządu Stowarzyszenia Substytucyjnego Leczenia Uzależnień „MAR”.



W naszym odczuciu należy przyjąć z zadowoleniem, że wieloletni i aktywny przeciwnik leczenia substytucyjnego i leczenia biologicznego uzależnień jakim jest niewątpliwie MONAR przyjmuje, że leczenie substytucyjne jest dopuszczalne i możliwe - co więcej wypowiada się w tej sprawie w sposób wskazujący na głęboką wiedzę i doświadczenie dotyczące leczenia substytucyjnego.

Trudno nie zauważyć, że formułowane przez Specjalistów Stowarzyszenia MONAR zalecenia i postulaty dotyczące leczenia substytucyjnego przyjmują formę wytycznych lidera leczenia uzależnień w Polsce.

Z punktu widzenia osób zajmujących się praktycznie i naukowo leczeniem substytucyjnym chcielibyśmy się jednak odnieść do szczegółów swojego rodzaju manifestu MONAR o nazwie: „Stanowisko Stowarzyszenia MONAR w sprawie leczenia substytucyjnego” - taki dokument przedstawiono oficjalnie na: „II Ogólnopolska Konferencja Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Wektory zmian (KONSTANCIN–JEZIORNA, 6–8 października 2014)” oraz np. na stronie:

<http://www.monar.org/czytelnia/aktualnosci/stowarzyszenie-monar-wobec-leczenia-substytucyjnego> (2014-10-09) pod nazwą: „Stowarzyszenie MONAR wobec leczenia substytucyjnego”.

Zgodnie z wstępem do tego szczególnego dokumentu:

„Stowarzyszenie MONAR jest zaniepokojone sposobem prowadzenia w Polsce terapii substytucyjnej wobec osób uzależnionych od narkotyków. W naszym przekonaniu, przepisy określające metody tego leczenia coraz mniej odpowiadają współczesnym tendencjom w służbie zdrowia i kierunkom rozwoju tej formy interwencji leczniczej w innych krajach Unii Europejskiej. Podczas, gdy w większości krajów UE priorytetem jest zapewnienie jak najszerzego dostępu do leczenia substytucyjnego i najwyższej jego jakości – my zapewniamy terapię substytucyjną jedynie mieszkańcom wielkich miast, traktując ich na dodatek jak osoby ubezwłasnowolnione, ponieważ w odróżnieniu od wszystkich innych pacjentów, nie mogą oni otrzymać recepty na przyjmowany lek. Z tego powodu muszą latami zgłaszać się po niego do programu leczniczego.”

W naszym odczuciu niepokój dotyczący sceny leczenia uzależnień w Polsce nie powinien odnosić się jedynie do leczenia substytucyjnego - formy leczenia najlepiej potwierdzonej przez Medycynę opartą na faktach (ang. Evidence-based medicine, EBM). Natomiast należy się odnieść zwłaszcza do stwierdzenia sformułowanego przez Specjalistów MONAR: „my zapewniamy terapię substytucyjną jedynie mieszkańcom wielkich miast, traktując ich na dodatek jak osoby ubezwłasnowolnione, ponieważ w odróżnieniu od wszystkich innych pacjentów, nie mogą oni otrzymać recepty na przyjmowany lek. Z tego powodu muszą latami zgłaszać się po niego do programu leczniczego”. Nasuwa się pytania dotyczące określenia „My” - czyli kto - MONAR? Uważamy, że prawdą jest to iż leczenie substytucyjne jest niedofinansowane - co jest ważnym powodem jego ograniczeń i braku dostępności tej formy leczenia. Osoby które przygotowały stanowisko MONAR w sprawie leczenia substytucyjnego jakby nie przyjmowały, że uzależnienie jest przewlekłą, nawracającą i zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną nieuleczalną chorobą uwarunkowaną biologicznie z udowodnionymi zmianami strukturalnymi i funkcjonalnymi układu nerwowego. Jest to zatem choroba na całe życie co powoduje iż leczenie takich chorych jest bezterminowe. Rzeczywiście Pacjenci muszą zgłaszać się systematycznie do Poradni - jednak to czy otrzymają oni receptę czy otrzymują lek na miejscu nie zmieni ich sytuacji zdrowotnej. Trudno się zgodzić z zarzutem osób reprezentujących MONAR dotyczący zaobserwowanych przez nich praktyk związanych z leczeniem substytucyjnym, cytujemy: „traktując ich na dodatek jak osoby ubezwłasnowolnione”. Retoryka ta mija się z prawdą, ma wymiar propagandowy i pomija fakt uciążliwości i przewlekłości choroby a określenie „ubezwłasnowolnienie” zastosowane przez Specjalistów MONAR ma ściśle określony zakres pojęciowy - naszym zdaniem określenie to zostało w sposób nieuprawniony zastosowane w dokumencie: „Stanowisko Stowarzyszenia MONAR w sprawie leczenia substytucyjnego” i ma na celu jedynie

sugerowanie jakoby działania medyczne prowadzone przez Poradnie Leczenia Uzależnień prowadzące programy substytucyjne ograniczały wolność leczonych osób uzależnionych. Co więcej tego typu określenia wobec leczenia substytucyjnego sugerujące nieprawidłowe postępowanie z Pacjentem sformułowali Specjaliści MONAR - Instytucji, która nie ma znaczących tradycji leczenia substytucyjnego. W odróżnieniu od Specjalistów Stowarzyszenia MONAR uważamy, że wydawanie leku substytucyjnego osobom uzależnionym bezpośrednio w poradni jest szansą dla części Pacjentów na usystematyzowanie leczenia oraz ułatwia zapobieganie dobierania substancji psychoaktywnych niezalecanych przez lekarza. Uważamy, że zgłaszanie się Pacjenta do programu leczniczego nie wynika z tego czy Pacjent ma receptę czy nie, ale że sama natura uzależnienia (przewlekłość i nawrotowość) wymusza takie postępowanie - przynajmniej u części Pacjentów. Zgłaszanie się systematyczne do programu leczniczego jest też sposobem na zmniejszenie ryzyka przedawkowania i związanego z tym pogorszenia ogólnego stanu zdrowia, nawrotu objawów uzależnienia, skróceniem czasu remisji oraz zwiększeniem ryzyka zgonu Pacjenta. Lekarz leczący substytucyjnie osobę uzależnioną przyjmuje na siebie odpowiedzialność za zdrowie i życie Pacjenta, którego charakteryzują zachowania ryzykowne. Systematyczna ocena stanu klinicznego i ocena czy pozostaje on w remisji czy nastąpił nawrót objawów choroby jest podstawą powodzenia leczenia którego celem jest utrzymanie remisji. Obserwację nakierowaną na prawdopodobny nawrót objawów klinicznych uzależnienia u Pacjentów w poradni która prowadzi leczenie substytucyjne prowadzi nie tylko lekarz, ale także pielęgniarki oraz psychologowie i terapeuci uzależnień. Odpowiedzialność lekarza przy agresywnym leczeniu biologicznym jest znacząca. Zgodnie z danymi literaturowymi (Medycyna Oparta na Faktach) 50-75% osób z ciężkimi chorobami psychicznymi spełnia kryteria uzależnienia, 37% uzależnionych od alkoholu ma drugą chorobę psychiczną, 53% osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol ma drugą chorobę psychiczną, u osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych 29% jest uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Zatem problem jest niebanalny klinicznie - osoby uzależnione wymagają stałej, wysokospecjalistycznej opieki lekarskiej.

Brak skuteczności leczenia wynika między innymi z skrajnej demedycyzacji w organizacji opieki osób z ciężką chorobą jaką jest uzależnienie. Sporadyczny i bardziej formalny niż rzeczywisty (dostępność) kontakt z psychiatrą osoby uzależnionej - i to w większości psychiatry nie mającego doświadczenia w rozpoznawaniu i leczeniu uzależnień oraz rozpoznawaniu i leczeniu osób z podwójną diagnozą - skazuje osoby uzależnione na wzrost ryzyka pogorszenia stanu zdrowia, ryzyka zgonu, ryzyka epidemiologicznego i naraża system na straty finansowe. Demedycyzacja leczenia uzależnień ma głęboką tradycję w Polsce - w związku z tym leczenie uzależnień prowadzone jest w większości w naszym kraju przez osoby bez wykształcenia medycznego i właściwego przygotowania i ma to bardzo poważne konsekwencje dla polityki zdrowotnej - tu widzimy jeden z podstawowych problemów. Taki stan rzeczy powoduje, że niemożliwe jest wykorzystanie we właściwym zakresie dostępnej już obecnie farmakoterapii uzależnień oraz udokumentowanej faktami naukowymi psychoterapii i medycyny opartej na faktach (ang.

Evidence-based medicine, EBM). Zrozumienie iż uzależnienie jest chorobą mózgu ma podstawowe znaczenie dla przestrzegania praw pacjenta oraz przestrzegania kodeksu etyki lekarskiej, kodeksu terapeuty uzależnień i innych dokumentów mających znaczenie dla osób chorych i może przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu. Uważamy też, że konieczna jest zmiana arbitralnych i nieopartych na faktach działań obserwowanych w wielu ośrodkach zajmujących się osobami uzależnionymi na zasady oparte o EBM.

Specjaliści Stowarzyszenia MONAR wypowiadają się dalej w dokumencie w sprawie leczenia substytucyjnego: „Taki model terapii substytucyjnej był w pewnym stopniu skuteczny w latach 90-tych, ale dzisiaj stanowi kuriozum na tle obecnych rozwiązań europejskich, gdzie jedynie na początkowych etapach leczenie metadonem czy buprenorfiną odbywa się w oparciu o bezpośrednią dystrybucję leku. Potem pacjenci otrzymują recepty, które realizują w aptece - jak w każdej innej chorobie, szczególnie gdy jest ona przewlekła i wymaga długiego leczenia.”

Wobec tych też głoszonych przez Specjalistów ze Stowarzyszenia MONAR zadziwiający jest fakt, że właśnie w latach 90-tych XX wieku, niekwestionowany Lider na rynku uzależnień - Stowarzyszenie MONAR w sposób wysoce aktywny zwalczał leczenie substytucyjne - należy zatem przyjąć za postęp, że teraz tylko leczenie substytucyjne krytykuje - a nawet (choć tylko „w pewnym stopniu”) uznaje za skuteczne. Naszym zdaniem obecny system leczenia substytucyjnego oparty o programy którym stawia się wygórowane wymogi prawne jest skutkiem wcześniejszej skrajnej demedycyzacji w której to tle taka formuła prowadzenia leczenia biologicznego osób uzależnionych od opidów była możliwa do przyjęcia przez pozamedyczne środowisko kontrolujące kategorię UZALEŻNIENIE w Polsce.

Co prawda nie wiadomo co autorzy ogłoszonego stanowiska MONAR rozumieją jako skuteczność i nie wiadomo na jakiej podstawie oceniają, że: „dzisiaj stanowi kuriozum na tle obecnych rozwiązań europejskich, gdzie jedynie na początkowych etapach leczenie metadonem czy buprenorfiną odbywa się w oparciu o bezpośrednią dystrybucję leku.” Uważamy, że takie uogólnienia są nieuprawnione, np. w Niemczech system jest bardzo podobny jak w Polsce - różni się dofinansowaniem i liczbą oraz rozmieszczeniem programów substytucyjnych. Natomiast oczywistym wydaje się, że należy wypracować narzędzia obiektywnej oceny efektywności leczenia uzależnień (zarówno stacjonarnej jak i substytucyjnej - zgodne z EBM) i udostępnić w ośrodkach stacjonarnych profesjonalnie prowadzoną, bezpieczną, opartą na rzetelnej diagnostyce i opiece lekarskiej farmakoterapię prowadzoną w części przypadków w początkowym okresie leczenia na oddziałach detoksykacyjnych, których liczba jest w Polsce niewystarczająca i zmniejsza się. Co więcej na podstawie takiej obiektywnej oceny skuteczności leczenia uzależnień powinny być rozdzielane środki publiczne. Definicja skuteczności leczenia jest tu szczególnie istotna gdyż zgodnie z dostępnymi deklaracjami przedstawicieli MONAR procent wyleczeń uzależnień sięga 64% (<http://www.dziennikbałtycki.pl/artukul/978719,monar-polemizuje-z-raportem-na-temat-leczenia-osob-uzalezniionych-rozmowa-z-psychologiem,id,t.html>). Głoszenie

publiczne tego typu poglądów wpisuje się w skrajną demedykalizację nie tylko systemową, ale także mentalną i w naszym odczuciu nie ma żadnych naukowych podstaw. Zgodnie z obowiązującą wiedzą uzależnienie jest chorobą nieuleczalną - dlatego konieczna jest dyskusja i edukacja by ograniczyć rozpowszechnianie się podobnych do cytowanych powyżej informacji nie znajdujących potwierdzenia w EBM.

W oświadczeniu Specjalistów MONAR dowiadujemy się także, że:

„Przepisy regulujące leczenie substytucyjne w naszym kraju przedkładają nadmierną kontrolę zachowań pacjenta ponad umożliwienie mu powrotu do poprawnego społecznego funkcjonowania. Wypacza to sens tego leczenia i wysiłków pacjenta.”

Specjaliści MONAR nie precyzują, które to przepisy „Przedkładają nadmierną kontrolę zachowań pacjenta ponad umożliwienie mu powrotu do poprawnego społecznego funkcjonowania”. Natomiast uważamy, że najbardziej wypacza leczenie negacja biologicznych podstaw tej ciężkiej choroby i założenie iż można osiągnąć sukces terapeutyczny bez specjalistycznej opieki medycznej. W początkowej fazie głównym celem terapeutycznym jest przerwanie ciągu przyjmowania substancji psychoaktywnej - co jest trudne do osiągnięcia nie tylko z powodu samej natury uzależnienia polegającego na głębokim zaburzeniu funkcjonowania układu limbicznego kontrolującego układ nagrody czego skutkiem klinicznie są nasilone zaburzenia motywacji, ale także z powodu niewiedzy i braku przygotowania kadry medycznej (w tym lekarzy psychiatrów) i psychoterapeutycznej (często do dzisiaj wykluczającej leczenie biologiczne podczas leczenia biologicznego).

Z dokumentu ogłoszonego przez Specjalistów Stowarzyszenia MONAR dowiadujemy się także, że „Ogólną tendencją w organizacji służby zdrowia jest dążenie do tego, aby proces leczenia był jak najmniej kolidujący z prowadzeniem normalnego życia. Tego fundamentalnego postulatu nie da się pogodzić z obowiązkiem codziennego zgłaszania się po lek substytucyjny do punktu wydawania.”

Teza głoszona przez Specjalistów MONAR jest w naszym odczuciu sloganem - najbardziej nie daje się pogodzić obowiązków życia codziennego przy braku kontroli objawów uzależnienia - dopiero przy skutecznym, objawowym leczeniu farmakologicznym jest szansa na zbliżenie się do prawidłowego funkcjonowania. W naszym odczuciu ten „fundamentalny postulat” podnoszony przez Specjalistów ze Stowarzyszenia MONAR jest najskuteczniej niemożliwy do spełnienia podczas izolacji Pacjenta w ośrodku stacjonarnym na wiele miesięcy.

Specjaliści Stowarzyszenia MONAR wymieniają następujące postulaty: „Co prawda obowiązujące przepisy przewidują wydawanie „leku do domu” pacjentom, którzy pozostają odpowiednio długo w leczeniu, nie notują „wpadek” z substancjami nielegalnymi i uczestniczą w zajęciach psychoterapeutycznych. Jednakże kontrakty z NFZ, które przyznają świadczeniodawcom 4 punkty rozliczeniowe, gdy pacjent zgłasza się po lek i tylko 3 – jeśli w danym dniu zażywa lek w domu - powodują nastawienie realizatorów programów na utrzymywanie zależności pacjentów przez wydawanie im leków.”

Uważamy, że jeśli Stowarzyszenie MONAR ma takie dane dotyczące tego typu praktyk stosowanych przez poradnie prowadzące leczenie substytucyjne to powinien jej upublicznić z podaniem metodologii pozyskania informacji oraz podaniem konkretnych ośrodków stosujących takie praktyki - wówczas formułowanie takich wniosków nabierze charakteru wiarygodności. Przyjmowanie leku na miejscu czy w domu powinno być związane głównie ze stanem klinicznym Pacjenta i być wynikiem decyzji lekarza, który za leczenie substytucyjne odpowiada.

W dokumencie sformułowanym przez Specjalistów Stowarzyszenia MONAR możemy również przeczytać, że „Nie zapewniają równego dostępu do służby zdrowia. Należy też zwrócić uwagę na fakt, że obowiązujące przepisy, wbrew zasadzie dostępności, wykluczają całkowicie spośród leczonych substytucyjnie osoby niepełnosprawne ruchowo mieszkające poza miastami, gdzie leczenie substytucyjne jest prowadzone. O ile można wyobrazić sobie, że osoba w pełni sprawna ruchowo może podróżować codziennie od miejsca zamieszkania do programu substytucyjnego, o tyle trudno wymagać tego samego od osoby niepełnosprawnej.”

Użycie słowa „całkowicie” jest tutaj nieuprawnione z perspektywy praktyki. W programie, który prowadzimy mamy np. osoby z paraplegią czy syringomielgią, amputacjami kończyn - osoby ze znacznymi ograniczeniami motorycznymi które korzystają z powodzeniem z leczenia substytucyjnego - są to bardzo konkretni Pacjenci z udokumentowanym procesem leczenia - co więcej zmotywowani i zdyscyplinowani.

Z dokumentu Stowarzyszenia MONAR dowiadujemy się także, że „Leczenie oparte o programy generują również cały szereg innych negatywnych zjawisk społecznych. Jednym z nich jest trwałe przenoszenie się uzależnionych z miejsca zamieszkania do miasta, gdzie istnieje leczenie substytucyjne.”

W naszym odczuciu jest to patrzenie na problem w sposób jednostronny - z doświadczeń Poradni którą prowadzimy takie przeniesienie się w miejsce z większą dostępnością do miejsc pracy (duże miasto) bywa rozwiązaniem często korzystnym. Jeśli postulowane przez Specjalistów MONAR zjawisko występuje i w ocenie Stowarzyszenia MONAR niesie za sobą negatywne zjawiska społeczne to dobrze by zapoznać Czytelnika z twardymi faktami i sprecyzować jakie konkretne są to negatywne zjawiska. Postulujemy by Specjaliści MONAR wypunktowali i podali skalę (liczby) tych negatywnych zjawisk - w innym przypadku trudno postulowane tezy przyjąć i się do nich ustosunkować.

W dokumencie Stowarzyszenia MONAR zwrócono uwagę na to, że: „Jeszcze poważniejszym problemem wydaje się być stygmatyzacja osoby uzależnionej – związana z etykietą „narkomana na metadonie”. Wielu pacjentów programów substytucyjnych pozostaje bez wystarczających zabezpieczeń społecznych, powiększając grupę bezdomnych i bezrobotnych, w efekcie czego podlegają wtórnemu wykluczeniu społecznemu”.

W naszym odczuciu jest tu pomylenie skutków z przyczynami a określenie „wydaje” jak najbardziej przystające do postulatów Specjalistów ze Stowarzyszenia MONAR. Brak zabezpieczeń społecznych wynika głównie z wcześniejszych zachowań ryzykownych osób uzależnionych - w tym przestępczych wpisujących się w obraz kliniczny choroby. Pacjenci są bezdomni czy bezrobotni nie z powodu (jak to określają specjaliści z MONAR) związku z „etykietą „narkomana na metadonie”” lecz byli wykluczeni już wcześniej, zanim na program substytucyjny trafili. Co więcej właśnie leczenie w programie substytucyjnym dla wielu Pacjentów staje się przepustką do rozpoczęcia pracy i odgrywania ról społecznych - zamiast codziennego poszukiwania dostępu do substancji psychoaktywnych.

Specjaliści z Stowarzyszenia MONAR uważają, że obowiązujące przepisy: „Ignorują fakt, iż coraz większą grupę leczonych substytucyjnie stanowią pacjenci leczeni od wielu lat. ”

Należy zatem przypomnieć, że uzależnienie z samej natury jest przewlekłą i nieodwracalną chorobą - leczenie substytucyjne jest bezterminowe - specjaliści ze Stowarzyszenia MONAR nie dają tu konkretnej propozycji co zmienić w prawie (bądź co konkretnego w tym prawie dodać) - a na pewno nie uda się za pomocą regulacji prawnych zmienić faktów klinicznych przynależnych do choroby układu nerwowego jaką jest uzależnienie.

Z dokumentu Stowarzyszenia MONAR możemy się dowiedzieć także, że: „Terapia substytucyjna to proces wieloletni, a niektórzy pacjenci będą leczeni do końca życia.”

Z całą stanowczością reprezentujemy pogląd, że większość osób uzależnionych od opioidów wymaga leczenia substytucyjnego do końca życia - tak, że określenie „niektórzy” sugeruje iż leczenie większości osób uzależnionych od opioidów kończy się odstawieniem substytutu - co nie jest prawdą.

W dokumencie Stowarzyszenie MONAR znajdujemy ocenę dotyczącą leczenia substytucyjnego: „Powołane w latach 90-tych programy prowadzą pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie substytucyjne w ubiegłym stuleciu i nadal zgłaszają się po substytut. Otrzymują metadon pod warunkiem uczestnictwa w tzw. terapii, ale jak pokazuje doświadczenie, z tej terapii realnie nie korzystają, i w konsekwencji mają niewielkie szanse na rozwój osobisty”.

Z praktyki klinicznej naszej i naszych Kolegów wynika, że Pacjenci mogą korzystać z wspomaganie psychoterapeutycznego część z nich z takiej pomocy korzysta, część nie korzysta. Regulacje prawne w tym względzie nie rozwiążą problemu. Podstawowym celem leczenia substytucyjnego jest doprowadzenie do względnej równowagi fizjologicznej podstawowych mechanizmów kontrolujących czynności psychomotoryczne, emocjonalne, poznawcze i somatyczne (np. układu dokrewnego, układu moczowo-płciowego, układu pokarmowego) osób uzależnionych. Utrzymywanie w zakresie regulacji podstawowych czynności psychicznych i somatycznych może być podstawą do rozpoczęcia działań innych, np. psychoterapeutycznych. Dla części Pacjentów najważniejsze w rozwoju osobistym jest możliwość podjęcia pracy i tak motywują rezygnację z możliwości poddania się

oddziaływaniom psychoterapeutycznym. Wyjaśnienia przez Specjalistów MONAR wymaga też co rozumieją używając określenia „tzw. terapii”.

W dokumencie Stowarzyszenia MONAR podnoszony jest także kwestia: „Z drugiej strony wiadomo, że pewna część osób uzależnionych pozostających w programach metadonowych jest w nich dlatego, że z różnych powodów nie może lub nie chce decydować się na korzystanie z terapii.”.

Dla uściślenia - proponujemy stosować określenie programy substytucyjne (określenie program metadonowy sugeruje, że w leczeniu substytucyjnym stosuje się jedynie metadon - a nie jest to prawdą). Nie rozumiemy też na jakiej podstawie Specjaliści ze Stowarzyszenia MONAR twierdzą, że Pacjenci „z różnych powodów nie może lub nie chce decydować się na korzystanie z terapii” - jaką „terapię” mają Specjaliści ze Stowarzyszenia "MONAR" na myśli? Dla uściślenia, zgodnie z danymi Medycyny Opartej na Faktach - głównym leczeniem osób uzależnionych od opioidów jest leczenie substytucyjne i ogólnopsychiatryczne a inne oddziaływanie mają charakter wspomagający.

Specjaliści ze Stowarzyszenia MONAR odnoszą się także do kwestii społecznych i ekonomicznych leczenia substytucyjnego: „Tej grupie bardziej potrzebne jest zapewnienie odpowiednich warunków socjalnych, na co - jak powiedziano - również mają niewielkie szanse. Wszystko to stawia to pod dużym znakiem zapytania zarówno ekonomiczny, jak i merytoryczny aspekt leczenia.”

Jak najbardziej zgadzamy się, że wspomaganie socjalne może zwiększyć szanse na skuteczność leczenia biologicznego osób uzależnionych - natomiast bez wyrównania podstawowych funkcji fizjologicznych jakiegokolwiek przeznaczonych środków na pomoc socjalną nie wpłyną na poprawę sytuacji Pacjentów. Użycie słowa „bardziej” w tym wypadku sugeruje, że ważniejsze w leczeniu są działania socjalne niż zupełnie podstawowe i ratujące zdrowie i życie działania medyczne - mamy w tej sprawie zasadniczo odmienny pogląd w porównaniu do Specjalistów ze Stowarzyszenia MONAR. W naszym głębokim przekonaniu działania socjalne powinny wspomagać działania medyczne.

„Stowarzyszenie MONAR postuluje zmiany w przepisach regulujących leczenie substytucyjne polegające na:

„Umożliwieniu prowadzenia leczenia przez odpowiednio przygotowanego lekarza psychiatrę, który w warunkach poradni leczenia uzależnień leczyłby farmakologicznie zakwalifikowanych do terapii pacjentów.”

Specjaliści ze Stowarzyszenia MONAR nie precyzują co to znaczy „odpowiednio przygotowanego lekarza psychiatrę” - czy oznacza to psychiatrę certyfikowanego? A jak certyfikowanego to według jakich kryteriów? Może rzeczywiście nadszedł czas by zmedykalizować kategorię UZLEŻNIENIE - stworzyć specjalizację lekarską z addyktologii,

rozszerzyć programy nauczania uzależnień na uczelniach medycznych, przesunąć środki publiczne na działania z udowodnioną naukowo skutecznością.

Stowarzyszenie MONAR informuje w dokumencie: „Zapewnieniu pacjentom pomocy terapeutycznej z wykorzystaniem produktów kontraktowych, jakimi dysponuje poradnia leczenia uzależnień.”

W naszym odczuciu Pacjenci taką pomoc psychoterapeutyczną mają zapewnioną zgodnie z obowiązującym prawem - prawem w którym znaczenie specjalistów uzależnień jest bardzo mocno osadzone i wymusza zwiększenie nakładów poradni leczenia uzależnień.

Stowarzyszenie MONAR wypowiada się także w kwestii farmakoterapii: „Stworzeniu korzystniejszych warunków finansowych (refundacja leku) dla stosowania bardziej nowoczesnego leku substytucyjnego, jakim jest suboxone”

Dla ścisłości Suboxone to preparat (jest w medycynie wyraźne rozróżnienie między lekiem a preparatem).

Dowiadujemy się także od specjalistów Stowarzyszenia MONAR w sprawie Suboxone: „który umożliwia ochronę przed dolegliwościami reakcji abstynencyjnej bez odurzenia, uniemożliwia „dobieranie” i nie powoduje organicznych problemów zdrowotnych.”

Nie wiemy na podstawie jakich danych literaturowych i klinicznych specjaliści z Stowarzyszenia MONAR formułują takie postulaty. Zupełnie nieprofesjonalne jest w naszym odczuciu określenie „reakcja abstynencyjna”. Nie wiem też na jakiej podstawie Specjaliści z MONAR formułują tezę, że: Suboxone „uniemożliwia „dobieranie”” - innych substancji psychoaktywnych. Dobieranie innych substancji psychoaktywnych jest możliwe i praktykowane przez Pacjentów przy przyjmowaniu preparatu Suboxone a wypadnie z leczenia substytucyjnego wśród osób przyjmujących buprenorfinę jest większe w porównaniu do osób leczonych substytucyjnie metadonem. Zupełnie nie ma podstaw w świetle obowiązującej wiedzy stwierdzenie sformułowane przez specjalistów MONAR dotyczące preparatu Suboxone, że: „nie powoduje organicznych problemów zdrowotnych.” Warto zapoznać się z działaniami niepożądanymi leku buprenorfina (będącego składnikiem preparatu Suboxone) - lista tych oficjalnie wykazanych objawów to: nudności, zawroty głowy, wymioty, zaparcia, zwężenie źrenic, obniżenie ciśnienia tętniczego, pocenie się, ból głowy, zaburzenia oddychania, splątanie, zaburzenia snu, niepokój ruchowy, nadmierne uspokojenie, senność, duszność, suchość błony śluzowej jamy ustnej, osutka, uczucie zmęczenia, utrata łaknienia, objawy psychotyczne (omamy, uczucie lęku, koszmarne sny), pogorszenie koncentracji, zaburzenia mowy, uczucie zdrętwienia, zaburzenia równowagi, parestezje, zaburzenia widzenia, nieostre widzenie, uderzenia gorąca, zahamowanie ośrodka oddechowego, zgaga, zatrzymanie moczu, zaburzenia mikcji, nagłe zmiany nastroju, drgania mięśniowe i inne - zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego”. Są to jakościowo objawy niepożądane (w pewnym przybliżeniu) wspólne dla większości substancji opioidowych - w tym np. leku metadon.

Zatem publikowanie oficjalne takich sformułowań jak to zrobili specjaliści z MONAR, że Suboxone „uniemożliwia „dobieranie” i nie powoduje organicznych problemów zdrowotnych” jest nieprawdziwe a rozpowszechnianie takich informacji w oficjalnych dokumentach jest szkodliwe i niebezpieczne. Ponadto sama teza, że jeden preparat jest lepszy od drugiego w leczeniu substytucyjnym wynika z braku elementarnej wiedzy dotyczącej leczenia substytucyjnego - są Pacjenci którzy nie mogą przyjmować ani leku buprenorfina ani leku metadon. Wybór leku substytucyjnego ma być dostosowany do konkretnego Pacjenta i zalecony przez lekarza, który za taki wybór bierze odpowiedzialność - a regulacje prawne tego nie rozwiążą. W naszym odczuciu postulaty Specjalistów MONAR dotyczące leczenia farmakologicznego są nie poparte wiedzą fachową i ich rozpowszechnianie jest szkodliwe. Natomiast w pełni zgadzamy się ze Specjalistami ze Stowarzyszenia MONAR w sprawie konieczności zmiany wyceny przez NFZ leczenia substytucyjnego. O zmianę wyceny Stowarzyszenie „MAR” wnioskowało do NFZ i udało się zmianę wyceny uzyskać.

Specjaliści ze Stowarzyszenia MONAR wypowiadają się także w sprawie dostępności psychoterapii: „Udostępnieniu pacjentom leczenia substytucyjnego wszelkich innych form pomocy (takich jak leczenie stacjonarne”

W naszym odczuciu postulowanie czegoś co jest w nadmiarze udostępniane i realizowane w Polsce jest nieporozumieniem. Uważamy, że nie ma co tu postulować dostępności leczenia stacjonarnego skoro co trzeci Pacjent uzależniony leczenia stacjonarnego w Europie to Polak. Czy Specjaliści Stowarzyszenia MONAR mają na celu tak zmieniać prawo by jeszcze bardziej zwiększyć dostępność leczenia stacjonarnego uzależnień? Uważamy, że rozszerzanie dostępności leczenia stacjonarnego, drogiego (pochłaniającego ogromną część z całej puli środków na leczenie uzależnień) i które nie ma udokumentowanej skuteczności w EBM nie ma uzasadnienia medycznego i ekonomicznego i może skutkować jedynie zmniejszeniem dostępności do leczenia substytucyjnego. Co więcej leczenie stacjonarne, które izoluje Pacjenta od społeczeństwa na wiele miesięcy przeciwstawia się tezom wprowadzanej na Świecie psychiatrii środowiskowej. Tym bardziej tezy głoszone przez Specjalistów MONAR są zaskakujące, że Stowarzyszenie MONAR ma wieloletnią, ugruntowaną praktykę odrywania osoby uzależnionej od funkcjonowania w naturalnych warunkach społecznych. Jest to jeszcze tym bardziej zdumiewające z perspektywy deklaracji Specjalistów MONAR: „Ogólną tendencją w organizacji służby zdrowia jest dążenie do tego, aby proces leczenia był jak najmniej kolidujący z prowadzeniem normalnego życia. Tego fundamentalnego postulatu nie da się pogodzić z obowiązkiem codziennego zgłaszania się po lek substytucyjny do punktu wydawania.” - a jednocześnie założeniem leczenia stacjonarnego w ośrodkach MONAR jest całkowita izolacja osoby uzależnionej na wiele miesięcy. Jest tu w naszym odczuciu głęboka niespójność wewnętrzna postulatów i zarzutów formułowanych wobec leczenia substytucyjnego przy jednocześnie praktyce stosowanej przez MONAR, która takiej krytyce mogłaby być tym bardziej poddana. Ponadto uważamy, że właśnie ograniczenie leczenia stacjonarnego to sposób na uwolnienie środków umożliwiających zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego.

Zgadza się natomiast ze specjalistami Stowarzyszenia MONAR, że „należy rozwijać programy redukcji szkód) zgodnie z ich indywidualnymi potrzebami i możliwościami.” - zwłaszcza, że leczenie substytucyjne jest jednym z ważnych filarów redukcji szkód.

Specjaliści ze Stowarzyszenia MONAR proponują zmiany na rynku medycznym uzależnień jak wybitni znawcy tej formy leczenia:

„Docelowo przewidujemy możliwość prowadzenia leczenia substytucyjnego przez odpowiednio przygotowanego lekarza rodzinnego/ lekarza internistę lub lekarza psychiatrę, który w warunkach poradni rodzinnej lub internistycznej leczyłby farmakologicznie zakwalifikowanych do terapii pacjentów pod warunkiem zapewnienia im dostępności do innych form pomocy terapeutycznej i socjalnej”

Nasuwa się pytanie - czy lekarz ma podejmować leczenie osoby uzależnionej tylko jak spełni warunek: „innych form pomocy terapeutycznej i socjalnej”? Z- tego sformułowania wynika, że Specjaliści MONAR uważają iż jak nie będzie spełniony ten warunek to lekarz nie ma podejmować się leczenia? Specjaliści MONAR postulują zatem by tak zmienić prawo, żeby lekarz nie mógł rozpocząć i kontynuować leczenia osoby uzależnionej?

Dokument Specjalistów Stowarzyszenia MONAR podsumowuje lista korzyści, które ma być skutkiem postulowanych zmian w prawie: „Proponowane przez nas zmiany zapewniłyby skuteczniejsze leczenie i rehabilitację uzależnionych, jak również:

1. Doprowadziłyby do zwiększenia dostępu do leczenia substytucyjnego i zrównałyby szanse chorych w różnych regionach Polski.
2. Umożliwiły pogodzenie uciążliwego obecnie sposobu leczenia z wykonywaniem obowiązków wynikających z prowadzenia normalnego życia (nauki, pracy, opieki nad dziećmi, itp.).
3. Zmniejszyłyby ekonomiczne koszty świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem substytucyjnym.
4. Chroniłyby pacjentów przed stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym, zapewniałyby im podmiotowość będącą warunkiem rozwoju osobistego.”

Nie zgadzamy się z tym, że postulowane (mało precyzyjnie i propagandowo sformułowane) przez Specjalistów Stowarzyszenia MONAR propozycje zmian w prawie doprowadzą do skutków postulowanych w punktach 1 do 4.

Reasumując - dokument upubliczniany przez Stowarzyszenie MONAR: „Stowarzyszenie MONAR wobec leczenia substytucyjnego” jest nieprecyzyjny, propagandowy, podaje mylące i nieprawdziwe informacje co może powodować nieporozumienia i wprowadzać w błąd Czytelnika dokumentu. Ponadto ten swoisty MANIFEST Stowarzyszenia MONAR ma w odczuciu niezorientowanego w sprawach uzależnień Czytelnika pokazać niekwestionowaną rolę lidera także w zakresie EBM dotyczącym leczenia substytucyjnego -

zatem warto, żeby Specjaliści z Stowarzyszenia MONAR takie dowody popierające ich tezy przedstawili.

Mamy nadzieję, na otwartą i merytoryczną dyskusję środowiska osób związanych z kategorią UZALEŻNIENIE - dyskusją opartą na faktach i zgodnych z wiedzą medyczną dotyczącą uzależnień - taka dyskusja jest możliwa np. na: Międzynarodowa, Interdyscyplinarna Konferencja - „Uzależnienia – Problem Cywilizacji XXI wieku” III Konferencja Stowarzyszenia Substytucyjnego Leczenia Uzależnień „MAR”

www.metadonowy.pl

dr hab., prof. CM UMK Marcin Ziółkowski
członek zarządu Stowarzyszenia „MAR”

dr hab., prof. CM UMK Edward Jacek Gorzelańczyk
prezes Stowarzyszenia „MAR”