

## K O M E N T A R Z E – C O M M E N T A R I E S

**Zrobić to, co uważam, że byłoby najlepsze dla pacjenta***To do what I think is the best interest of patient*

SŁAWOMIR MURAWIEC

Centrum Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Nie będę więc odnosił się w tym komentarzu do kwestii prawnych, a rozwiązań dotyczących regulacji analogicznych sytuacji istniejących w innych krajach po prostu nie znam. W zamian chciałbym napisać, czemu tekst wydaje mi się ważny, a nawet bardzo ważny.

Bo trzeba dokumentować takie postawy, póki jeszcze ktoś je jeszcze prezentuje. Pisząc o wadze tego tekstu nie mam na myśli nawet konkretnej sytuacji w nim opisaney, lecz postawę, sposób myślenia, odpowiedzialność i postawę lekarza które znajdują w nim odzwierciedlenie.

W opisanym przypadku lekarz, angażując osobiste zasoby, wychodzi poza standardowy schemat postępowania, myśli na temat tego, co jest dla pacjentki najlepsze, ważne dla niego (i dla niej) jest przymierze terapeutyczne. Wydawałoby się to może że jest to czymś zwyczajnym. Ale czy na pewno?

Mam wrażenie, że obecnie niejedyn lekarz zadaje sobie pytanie, które zadawał sobie Thomas Anderson/Neo. Pytanie: *Czym jest Matrix?* *Matrix* jest światem, w którym pierwszoplanową rolę gra przestrzeganie algorytmów, zaleceń i procedur postępowania. Ważniejszą niż realny skutek leczenia pacjenta. *Matrix* jest światem w którym jeśli tylko „wykonanie procedur” przebiegało zgodnie z opracowanymi standardami, to „usługodawca” wywiązał się z „kontaktu” i jest najzupełniej w porządku. Nawet bez pytania, czy przyniosło to komukolwiek korzyści. *Matrix* nie jest światem stworzonym przez lekarzy, (wszystko jedno, czy zorientowanych biologicznie czy bardziej na relację z pacjentem), lecz jest tworzony przez programistów. *Matrix* jest także światem podwójnym, jak dwie rzeczywistości w której funkcjonują Pan Anderson i Neo. W jednej wszystko jest wygładzone i porządne i śliczne. Agenci tropią złodziei i oszustów. W drugiej jest dużo tego, co w terminologii anglojęzycznej ujmujemy jako *unmet needs*, niezaspokojonych, ciemnych potrzeb. Potrzeb finansowych, organizacyjnych i tych indywidualnych – emocjonalnych, związanych z potrzebami kontaktu i oparcia.

Z tego punktu widzenia uważam, że trzeba dokumentować takie postawy, zostawiające przestrzeń

na indywidualny kontakt z osobą leczoną, zostawiające miejsce na dostosowanie do jej potrzeb podejście, jak to zostało opisane w komentowanej pracy (póki jeszcze ktoś je prezentuje, choć na szczęście znam ciągle jeszcze wiele osób, które prezentują takie postawy). Postawy, które nie wynikają z zastosowania algorytmów, wytycznych i standardów. Oczywiście nie chodzi tu o fakt, że jest coś złego w stosowaniu algorytmów, wytycznych i standardów. Jest jednak bardzo niebezpieczne, kiedy w rękach programistów zamieniają się one w wyłączne narzędzia kanalizujące sposoby postępowania, a następnie w narzędzia kontroli i opresji.

Istnieje poważne niebezpieczeństwo, dla pacjentów i lekarzy, dla całej psychiatrii, że takie postawy jak opisana przez dr Chojnowskiego, będą silnie hamowane, lub nawet karane, na rzecz wystandaryzowanych sposobów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Prof. Jolanta Rabe-Jabłońska pisze w artykule „Czy psychiatrzy w przyszłości będą nadal potrzebni”? takie zdania: „Możliwy jest też inny, niepokojący obraz przyszłości, w którym większość działań w psychiatrii zostanie zoperacjonalizowana, diagnoza będzie wyłącznie sprawdzeniem spełnienia kryteriów włączających i wykluczających zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zaburzeń psychicznych, nasilenie objawów będzie oceniane tylko na podstawie punktacji uzyskanej przez pacjenta w odpowiednich skalach, a terapia będzie zaproponowana zgodnie ze standardami, algorytmami i wynikami metaanaliz” [...] Oczywiście nie każdy pacjent mieści się w standardzie postępowania, wielu wymaga „indywidualnego podejścia”, ale co to właściwie oznacza? Już obecnie większość działań diagnostyczno-terapeutycznych przebiega w psychiatrii tak, jak w przypadku pacjentów ze schorzeniami somatycznymi, czasami dzieje się „coś więcej”. Psychiatra bywa jedyną osobą, nawiązującą z pacjentem kontakt werbalno-emocjonalny, słuchającą go osobą, troszczącą się o jego samopoczucie i los, próbującą wpłynąć na rodzinę, otoczenie, przejmującą opiekę nad jego losem, życiem. Te wszystkie działania nie ujęte w procedury NFZ zapewne zanikną” [1].

Powtarzając, stajemy przed pytaniem: czy te wszystkie działania jak kontakt werbalno-emocjonalny, słuchanie jako osoba, troska o samopoczucie, życie i los jako nieujęte w ramach zakontraktowanych i wycenionych procedur – znikną? Czy lekarze, dla których taka postawa była oczywistością – znikną, wymrą lub będą zajęci spłacaniem kar nałożonych przez NFZ za przekraczanie procedur? Czy kontakt z lekarzem wykraczający poza procedurę będzie budził nieufność i podejrzenia odpowiednich władz regulacyjnych i kontrolujących?

Oczywiście ponieważ życie nie znosi próżni, dzieją się także procesy będące symetrycznym odbiciem opisanych powyżej. Lekarze psychiatrzy z własnej woli i za własne pieniądze kształcą umiejętności psychoterapeutyczne i kontaktu z pacjentem. Szybko odkrywając zresztą w praktyce jak bardzo jest to pomocne. Pacjenci organizują rozmaite grupy wsparcia, stowarzyszenia i organizacje, poszukują i wymieniają się informacjami w internecie. Gdyby samo stosowanie standardów i procedur wystarczało, nie byłoby w Internecie tylu medyczno-samopomocowych wątków. Te niezaspokojone potrzeby obu grup, lekarzy i pacjentów, znajdują swój wyraz w aktywności społeczności internetowych. Nie wyłącznie tam, ale między innymi właśnie tam.

Wracając jednak na koniec do pytania: *Czym jest Matrix?* Matrix posługuje się bardzo ważnymi pytaniami, takimi jak: Czy dane postępowanie jest zgodne z prawem? Czy odpowiednio gospodarujemy środkami publicznymi? Jest dla wszystkich oczywiste że powinniśmy postępować zgodnie z obowiązującym prawem. I że powinniśmy racjonalnie gospodarować środkami publicznymi. I tym możemy uzasadnić wszystko, każde postępowanie, także takie, które jest nieracjonalne, szkodliwe, a czasami wręcz zbrodnicze. Takie sformułowania o regulacjach prawnych, o konieczności kon-

troli wydawania pieniędzy ze środków publicznych brzmią niepodważalnie prawdziwie. Tak prawdziwie, że nie zastanawiamy się nad ich rzeczywistą wartością i skutkami posługiwania się nimi. Nad tym, czy po dekadzie ich wszechwładzy zmieniło się coś na lepsze w medycynie, w psychiatrii? Czy raczej brniemy w kolejne „schizofrenie lekooporne”. Czy poprawiła się dostępność do prawdziwej realnej pomocy psychiatrycznej? Czy niepodważalna konieczność racjonalnego wydawania środków publicznych nie kreuje rygoru i opresji, które nie służą ani rozwojowi psychiatrii, ani bardziej efektywnej opiece nad ludźmi, którzy zgłaszają się do nas po pomoc.

A przecież są jeszcze inne ważne pytania, które zadaje autor omawianej pracy. Co będzie najlepsze, dla danego indywidualnego pacjenta? Jak postąpić w tym konkretnym przypadku? Jak postąpić zgodnie z prawem, etyką i dobrem pacjenta? Co zrobić aby pomóc i nawiązać relację terapeutyczną? Jak użyć tego czego się nauczyłem i własnego doświadczenia w tej sytuacji? Jak być odpowiedzialnym za siebie i (czasowo) za drugą osobę? Jak zabezpieczyć pacjenta przed skutkami jego własnych, szkodliwych dla niego działań? Jak pozytywnie wpłynąć na życie i los tej konkretnej osoby, która przyszła do mnie prosząc o pomoc, jeszcze przed pójściem do szpitala, a która boi się skutków swoich własnych przyszłych decyzji?

Przydałby się ktoś, kto mógłby nas, jak doktor Chojnowski swoją pacjentkę, ochronić przed skutkami decyzji, tych podejmowanych przez nas i nie przez nas.

## PIŚMIENNICTWO

1. Rabe-Jabłońska J. Czy psychiatrzy w przyszłości będą nadal potrzebni? *Post Psychiatr Neurol.* 2010; 19: 339-340.

---

## Dlaczego psychiatrze potrzebna jest odwaga?

*Why does a psychiatrist need courage?*

MARTA ANCZEWSKA

I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Współczesna psychiatria, tak jak inne dziedziny medycyny zyskuje coraz większe możliwości diagnostyczne i farmakologiczne. W jej rozwój wpisana jest również komercjalizacja – coraz częściej leczenie staje się sprzedażą określonych usług, coraz większy wpływ na zakres świadczeń ma ubezpieczyciel. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera kształtowanie się

właściwej relacji pacjent – lekarz, stylu terapeutycznego, który uwzględnia współdecydowanie i partnerstwo w leczeniu. Praktyka kliniczna dowodzi, że w psychiatrii, w przeciwieństwie do innych dziedzin medycyny, zaangażowanie pacjenta w proces leczenia bywa znacznie utrudnione, wiąże się z pokonaniem bardzo indywidualizowanych barier. Często osiągnięcie tego celu

wymaga długotrwałej pracy terapeutycznej, jak również, w przypadkach skrajnych, sięgnięcia po środki przymusu dozwolone ustawowo.

W psychiatrii istotnym zagadnieniem jest kwestia władzy, opresyjności [1-3] oraz przedmiotowego traktowania pacjentów. Ryzyko tkwi w poziomie kontroli i stopniu zależności ze strony personelu – decydującego, posiadającego wiedzę i wpływ, reagującego paternalistycznie. Są to relacje ograniczające wzajemne zaufanie, a tym samym niespełniające podstawowych wymogów relacji terapeutycznej: autentyczności i zrozumienia.

Pod koniec XIX wieku Maria Montessori, lekarzka pracująca w Klinice Psychiatrycznej Uniwersytetu Rzymskiego, ogłosiła tezy poświęcone zagadnieniom pedagogiki specjalnej [4]. Zawarte w nich humanistyczne przesłanie dotyczące zindywidualizowanego podejścia wobec podopiecznych, poszanowania ich niezależności i swobody wyboru jest uniwersalne, odnosi się również do współpracy i kontaktu na osi pacjent – lekarz. Przy spełnieniu wymienionych warunków proces odzyskiwania zdrowia postępuje szybciej i sprawniej. Pacjenta traktuje się jako konsultanta, jego niepowtarzalne doświadczenia stają się dla specjalisty podstawą wyboru i zastosowania

skutecznego, zindywidualizowanego postępowania terapeutycznego [5].

W przedstawionym przez autora studium przypadku widać, jak zastosowanie dość kontrowersyjnego, z punktu widzenia przepisów prawa, rozwiązania przynosi pozytywny efekt. Przykład ten uczy, że poza wiedzą i kwalifikacjami potrzebna jest w uzasadnionych przypadkach odwaga do „przekroczenia barier”. Otwarte i przekraczające ramy tego komentarza pozostaje pytanie, na ile takie dylematy pacjenta i jego psychiatry będą obciążone kosztami emocjonalnymi i ich pochodnymi.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bracken P., Khalfa J., Thomas P. Recent translations of Foucault on mental health, *Current Opinion in Psychiatry*, 2007, 20, 605–608
2. Kelly B. D. The power gap: freedom, power and mental illness, *Social Science & Medicine*, 2006, 63, 2118–2128.
3. Roberts, M. The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault, *Nursing Philosophy*, 2005, 6, 33–42
4. Jordan, J. dostęp na stronie internetowej: TRENDY- uczenie w XXI wieku. Internetowy magazyn CODN nr 3/2005
5. Bertolote, J. M., Sartorius, N. WHO initiative of support to people disabled by mental illness: some issues and concepts to rehabilitation, *European Psychiatry*, 1996, 11 (Suppl 2), 56–59

---

## Nie zawsze trzeba płynąć pomiędzy Scyllą a Charybdą

*Not always one has to sail between Scylla and Charibdis*

TOMASZ SZAFRAŃSKI

III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

W nawiązaniu do artykułu dra Chojnowskiego chciałbym przytoczyć postanowienie Izby Cywilnej Sądu Najwyższego:

*Postanowienie z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05.* Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące.

Sprawa dotyczyła przetoczenia krwi u świadka Jehowy, ale w uzasadnieniu zawarta jest cała argumentacja dotycząca ochrony wolności, w tym także wolności życia prywatnego oraz autonomii dokonywanych wyborów. Tego, że jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o samym sobie,

w tym do wyboru metody leczenia. A oto istotny dla komentowanego tekstu fragment uzasadnienia.

Obowiązujące w Polsce unormowania dotyczące zgody pacjenta lub jej braku – mimo klimatu prawnego sprzyjającego uszanowaniu woli pacjenta – nie dotyczą bezpośrednio oświadczeń składanych *pro futuro*, choć podobne regulacje istnieją już w wielu krajach (*Patiententestament, testament de vie, living will, advanced directives*). Chodzi o przypadki oświadczeń woli pacjenta wyrażanych na wypadek utraty przytomności, polegających na określeniu przez pacjenta (tzw. pacjenta potencjalnego) woli dotyczącej postępowania lekarza wobec niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości. Niniejsza sprawa świadczy o tym, że oświadczenia takie składane są również w Polsce, co jest zrozumiałe także

dlatego, iż nie sposób formułować jakiegokolwiek zakazu ich składania. Z punktu widzenia prawa cywilnego są one klasycznymi oświadczeniami woli, materializującymi skorzystanie z przysługującego człowiekowi (pacjentowi) prawa wyboru (art. 60 i następane k.c.).

Zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że brak zgody pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążący i znosi odpowiedzialność karłą lub cywilną, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go. W piśmiennictwie podkreśla się, że sprzeciw pacjenta powinien być uwzględniany w szczególności wtedy, gdy został uzewnętrzniony w sposób wyraźny i jednoznaczny, ze świadomością dokonanego wyboru i przyjętych preferencji, zwłaszcza gdy związek czasowy między oświadczeniem a zabiegiem jest dostatecznie ścisły. Stanowisko takie znajduje potwierdzenie w *Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie*, podpisanej w Oviedo w dniu 4 kwietnia 1997 r. [1], która wprawdzie nie została jeszcze ratyfikowana, niemniej może stanowić istotną wskazówkę interpretacyjną. Zgodnie z art. 9 tej Konwencji, „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest ona w stanie wyrazić swej woli”.

Opisana pacjentka złożyła wszak z jednej strony oświadczenie *pro futuro*, z drugiej jednak strony – zgoda osób z zaburzeniami psychicznymi przełamywana

jest zbyt łatwo, a poza leczeniem bez zgody, mam przecież „ochronę rodziny przed zawieraniem związków małżeńskich” i możliwość „ubezwłasnowolnienia”, łącznie z pozbawieniem praw wyborczych. Widzimy jednocześnie jak także w tych aspektach na naszych oczach dzieją się pozytywne zmiany.

Chciałem też zwrócić uwagę, że „paternalistycznie” leczymy bez zgody i ubezwłasnowolniamy zawsze, żeby pomóc. Nigdy naszymi motywami nie są złość, sadyzm, lęk, chciwość i bezradność... Wreszcie, *last but not least*, w kontekście tej pracy warto zwrócić jeszcze uwagę, że dylemat: *leczenie w szpitalu – brak leczenia* jest czasem dylematem organizacyjnym, a nie faktycznym. Nie zawsze trzeba płynąć pomiędzy Scyllą a Charybdą, ale zgodnie z zasadą najmniejszej uciążliwości można obrać inny kurs. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ma takich możliwości tworzyć, jak rozumiem, coraz więcej (choć jestem trochę pesymistą, jak to będzie). Już teraz one jednak są – tylko wymagają, aby poświęcić choremu więcej czasu, częstszych spotkań itd. To bywa niemożliwe. Chyba że chory może je sobie kupić... No i jeszcze warto zdać sobie sprawę z tego, czym jest koszmar nieleczzonej psychozy! Cieszę się, że dr Chojnowski wybrał zasadę *widzę, słyszę i mówię*. Jak Odyseusz. Ten też chciał posłuchać, zamiast nie widzieć nie słyszeć, nie mówić.

## PIŚMIENNICTWO

1. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, podpisana w Oviedo w dniu 4 kwietnia 1997 r. Prawo i Medycyna. 1999; 3, s. 140-145. (<http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=71>. Dostęp: 5.06.2011).