

Kilka uwag o procedurze pozyskiwania świadomej zgody w przypadku pacjentów kwalifikowanych do zabiegów elektrowstrząsowych

Some considerations about the procedure of informed consent in patients prepared for electroconvulsive treatment

Tomasz Zyss¹, Robert T. Hese², Andrzej Zięba¹,
Przemysław O. Jałowicki³, Włodzimierz Majewski³,
Ryszard Palugniok³

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

² Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach, ŚAM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. R. T. Hese

³ Katedra i Oddział Kliniczny Anestezjologii, Intensywnej Terapii
i Medycyny Ratunkowej w Katowicach, ŚAM w Katowicach
Kierownik: dr hab. n. med. P. O. Jałowicki

Summary. Electroconvulsive therapy (ECT) as a medical procedure of higher risk as well as a therapy evoking certain controversies requires strict obedience to the conditions of acquiring the patient's informed consent to the offered method of treatment. To acquire the patient's consent it is necessary to inform him/her about the different aspects of electroconvulsive therapy. The paper stresses that in the case of ECT therapy, the spoken information given to the patient seems insufficient. It is necessary to work out a Polish questionnaire for acquiring the patient's consent to electroconvulsive therapy and to apply it in all psychiatric institutions that carry out ECT procedures.

Słowa klucze: informowanie pacjenta, zgoda, zabiegi elektrowstrząsowe

Key words: informed consent, electroconvulsive treatment

Wstęp

Przy podejmowaniu każdej w pełni uzasadnionej interwencji lekarskiej – w tym również terapii EW – wymagane jest pozyskanie od pacjenta świadomej zgody na proponowane działanie. Zasada ta wynika z prawa pacjenta do samostanowienia i samodecydowania. Stąd też lekarz – działający nawet w dobrej wierze – musi zwracać uwagę na prawa pacjenta i je szanować. Ta zasada szacunku dla autonomii uzupełniła tradycyjne zasady etyki medycznej (zasada nieuszkodzenia i zasada dobroczynności)

i stała się fundamentem nowoczesnej „posthipokratesowej” bioetyki. Uzyskanie zgody stało się głównym wymogiem nowoczesnego prawa medycznego [1, 2].

Naczelną zasadą jest, iż pacjent jest podmiotem, a nie przedmiotem procesów diagnozowania i/lub terapii, że czynnie w nich uczestniczy i jest za nie współodpowiedzialny. Prawa przysługujące pacjentowi są odejściem od dawnej paternalistycznej medycyny, kiedy to tylko lekarz wiedział i decydował, co dla pacjenta jest najlepsze.

Oprócz samej zdolności pacjenta do wyrażenia zgody, warunkiem koniecznym do pozyskania prawomocnej zgody jest procedura poinformowania pacjenta, zakłada się bowiem, iż pacjent jest w stanie udzielić zgody w sytuacji, gdy uzyska informacje (nie tylko dotyczące zalet danej metody, ale również możliwych zagrożeń i powikłań) na temat proponowanej mu procedury medycznej.

Pozyskanie zgody obejmuje nie tylko tak inwazyjne zabiegi, jak np. operacje, lecz również iniekcje, pobranie krwi, biopsję, transfuzję, wykonanie zdjęcia RTG czy USG, poddanie zabiegom fizykoterapeutycznym, a nawet podawanie leków. Oczywiście nie każda procedura medyczna wymaga przeprowadzenia dosłownego informowania pacjenta i pozyskiwania od niego zgody [3]. Za fakt formalnej zgody pacjenta na poddanie się prostej procedurze medycznej, jaką jest np. zażywanie ordynowanych mu leków, może być uznana sama jego obecność na wizycie. Zakłada się, iż pacjent jest już zorientowany w zakresie stawianej diagnozy, miał już wcześniej przepisywane leki, zna ogólnie ich działanie i objawy uboczne, itp. Pewnego rodzaju umowa między lekarzem a pacjentem, której przedmiotem jest proces leczenia, rozpoczyna się od momentu wejścia pacjenta do gabinetu lekarskiego i udzielenia odpowiedzi na pytanie: „co panu dolega?”, „jak się pan/pani czuje?”. Tego rodzaju domniemana zgoda na leczenie, wynikająca z faktu samego pojawienia się pacjenta u lekarza, określana bywa pojęciem ogólnej zgody na leczenie, tzw. zgody blankietowej. Niekiedy taka zgoda nazywana była również dorozumianą (konkludentną): pacjent zgłasza się do lekarza, więc oczekuje jakiegoś leczenia [1]. Z czasem pojawił się jednak wymóg udzielania bardziej precyzyjnej zgody na leczenie. Tego rodzaju specyficzna lub określona zgoda wyrażana jest przez pacjenta już nie na ogólne leczenie, jakie lekarz prowadzący uzna za stosowne, lecz na poszczególne procedury lecznicze (w psychiatrii – leczenie farmakologiczne, psychoterapia, metody leczenia fizykalnego: zabiegi EW, stymulacja magnetyczna, fototerapia itp.). Według tej zasady zastosowanie u pacjenta nowej procedury winno być poprzedzone pozyskaniem nowej zgody. Najbardziej zaawansowaną postacią zgody jest zgoda świadoma lub wyrażona po poinformowaniu [1].

Informowanie pacjenta

Informowanie pacjenta poprzedzające uzyskanie od niego zgody określane jest w terminologii angielskiej jako „informed consent” (zgoda po poinformowaniu; pojęcie zgody wynikającej z poinformowania nie do końca pokrywa się jednak z pojęciem świadomej zgody). W polskim kodeksie etyki lekarskiej mowa jest o świadomym udziale pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia [4].

Procedura „informed consent” stwarza jednak skomplikowaną sytuację, „obiecując” pacjentowi oczekiwane pozytywne wyniki proponowanego leczenia. Należy przekazać

mu równocześnie informacje o możliwych objawach ubocznych, ryzyku powikłań i niepowodzenia, zanim uzyska się od niego zgodę na dane leczenie.

Zasady informowania pacjenta i pozyskiwania od niego zgody opisane zostały m.in. w Ustawie o zawodzie lekarza (jednolity tekst obwieszczony przez marszałka Sejmu RP z dnia 08.02.2002 r. Dz.U. Nr 21, poz. 204) [5].

Obowiązek informowania dotyczy każdego pacjenta, który jest w stanie je zrozumieć, niezależnie od jego zdolności do wyrażenia zgody – zgodnie z zasadą, iż każdy ma prawo wiedzieć, co się dzieje z jego osobą.

W artykule 31 ustęp 1 Ustawy o zawodzie lekarza podniesiono, iż lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich stosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

W ustępie 6 mowa jest o sytuacji, kiedy pacjent nie ukończył jeszcze 16 lat lub też jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. W takiej sytuacji lekarz odpowiednią informację udziela przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub też gdy porozumienie się z nim nie jest możliwe – opiekunowi faktycznemu pacjenta. Opiekunem faktycznym jest osoba mająca – bez obowiązku ustawowego – stałą pieczę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo swój stan psychiczny pieczy takiej wymaga (art. 31 ust. 8).

Prawo pacjenta do informacji wynika również z artykułu 19 ustęp 1 punkt 2 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [6]. Obejmuje: prawo do informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacja, której udziela lekarz, musi być dla pacjenta zrozumiała. Rzetelna i kompetentna informacja jest podstawą wyrażenia przez pacjenta zgody na postępowanie lecznicze.

Z podanych ustaw wynika, iż tylko lekarz jest władny przekazać odpowiednie informacje o procedurach diagnostyki bądź terapii. W tej roli lekarz nie może być zastąpiony przez inny personel: psychologa, pielęgniarkę itp.

Przekazywane informacje o terapii EW powinny dotyczyć charakteru tej metody, korzyści i ryzyka z nią związanych, szczegółowej procedury leczniczej, działania EW, wyjaśnienia, dlaczego się je stosuje, a także sposobów leczenia alternatywnego i możliwości przerwania leczenia elektrowstrząsami w każdym momencie kuracji [7]. W przypadku EW trudno jest w pełni zrozumieć konieczność informowania pacjenta o alternatywnych metodach postępowania, gdyż technika ta stosowana jest zwykle jako terapia drugiego rzutu (drugiego wyboru) – gdy zawiodą metody farmakologiczne i ich kombinacje.

Brak jest bliższego sprecyzowania terminu „przystępna” informacja (jak w Ustawie o zawodzie lekarza) czy też „zrozumiała” (jak w Kodeksie etyki lekarskiej, artykuł 13.2.). Zapewne sformułowanie to dotyczy dopasowania treści rozmowy i przekazywanych informacji do wykształcenia pacjenta, stanu jego zdrowia fizycznego i psychicznego, czynników sytuacyjnych i innych. Sytuacja bliżej nieokreślonej „przystępności” informacji dla pacjenta rodzi jednak sytuację daleko idącej dowolności interpretacyjnej.

Oznacza to, iż w przypadku pozyskiwania zgody to lekarz psychiatra subiektywnie decyduje jakie informacje zostaną pacjentowi przekazane. Tym samym podejmuje on również decyzję, jakie informacje nie zostaną mu podane. Skąd wreszcie lekarz psychiatra ma wiedzieć i potrafić wybrać z całej mnogości informacji o zabiegach EW te dane, które są konieczne czy też wymagane do przeprowadzenia formalnego poinformowania pacjenta o tych zabiegach? Wydaje się, iż w przypadku chorych na schorzenia psychiatryczne i przygotowywanych do zastosowania zabiegów EW nie można zastosować przepisu o możliwości przemilczenia jakichś aspektów terapii. Praktyka taka dozwolona jest w sytuacjach wyjątkowych („przywilej terapeutyczny”), gdy rokowania są niekorzystne i równocześnie przemawia za tym dobro chorego [8].

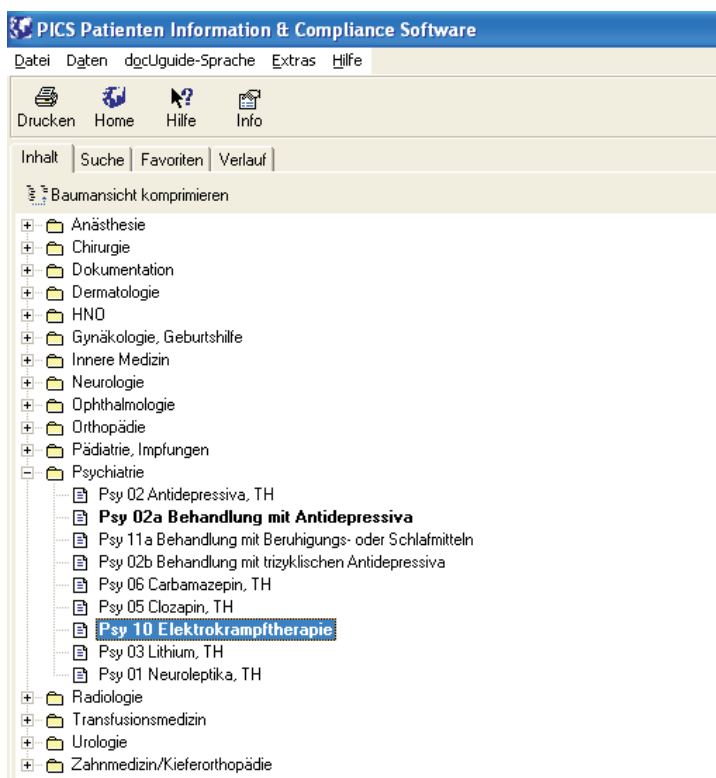
Pewnego rodzaju standardem w niektórych krajach są pisemne kwestionariusze, które zawierają niekiedy szczegółowe informacje dotyczące proponowanego pacjentowi zabiegu EW. W literaturze naukowej znaleźć można wzorce pisemnych formularzy informacji, które po przeczytaniu powinny być przez pacjenta podpisane. W Niemczech stosowane są kwestionariusze zawierające podstawowe informacje do wykorzystania w trakcie rozmowy wyjaśniającej z pacjentem. Na stronie www.proCompliance.de znaleźć można pokazowe wersje tych kwestionariuszy (jako ciekawostkę należy podać, iż firma proCompliance ma w swej ofercie z zakresu psychiatrii również kwestionariusze informacji dla pacjentów podejmujących leczenie lekami przeciwdepresyjnymi, neuroleptykami, litem, karbamazepiną czy kłozapiną) [9].

Kwestionariusz dla zabiegów EW został opracowany przez profesora dr. H.-J. Luderera. Pierwszy autor niniejszej pracy dokonał tłumaczenia i adaptacji tego kwestionariusza – jego polska wersja została zamieszczona na końcu artykułu i może stanowić propozycję do opracowania i przyjęcia standardowego druku informacji dla pacjenta, któremu proponowane jest poddanie się terapii EW.

Kwestionariusz informujący pacjenta o terapii elektrowstrząsowej oczywiście nie może zastąpić rozmowy wyjaśniającej między lekarzem a pacjentem; jest ona jego cennym uzupełnieniem. Ponadto po przeczytaniu kwestionariusza pacjent ma prawo zadać lekarzowi prowadzącemu pytania, które mu się nasunęły. Z kolei lekarz ma obowiązek odpowiedzieć na wszelkie pytania pacjenta.

Proponowane kwestionariusze zdają się stanowić pewnego rodzaju odpowiednik ulotek o lekach, z których pacjent może pozyskać szereg informacji dotyczących ordynowanego mu leku – niezależnie od informacji przekazanych mu przez lekarza. Ponadto konieczność zapoznania pacjenta nie tylko z ustną, lecz również pisemną informacją (tu: o proponowanej mu terapii EW) wynika z zasad prawidłowego prowadzenia badań klinicznych (GCP = Good Clinical Practice) [10]. Zasady GCP dotyczą stosowania nowych metod terapeutycznych w fazie badań klinicznych. Wydaje się jednak, iż ze względu na dość wyjątkowy charakter terapii EW – przekazywanie informacji pacjentom również w drodze pisemnego kwestionariusza powinno stać się także w Polsce obowiązującą regułą.

Stosowanie standardowych kwestionariuszy eliminuje problemy wynikające z jakichkolwiek niedopowiedzeń, pomyłek czy też niepoinformowania pacjenta o jakimś aspekcie terapii. Zyss w pracy z 1995 r. [11] przedstawił praktykę przeprowadzania procedury pozyskania zgody pacjenta w Krakowskiej Klinice Psychiatrii. Podał



Rys. 1. Okno programu PCS niemieckiej firmy proCompliance zawierającego elektroniczne wersje kwestionariuszy rozmaitych informacji dla pacjenta – w tym również dla pacjentów psychiatrycznych mających być poddanych terapii EW (tu: Elektrokrampftherapie)

wówczas, iż w klinice nie posługuje się pisemnym kwestionariuszem informacji dla pacjenta. Z pewnym dystansem odniósł się do formuły zawartej w kwestionariuszu „Consent for electrotherapy” Finka [12], z której wynikało, iż śmierć jest bardzo rzadkim następstwem zabiegów EW i występuje raz na 40 000 leczonych osób. Bardziej akceptowalna wydaje się treść niemieckiego kwestionariusza Luderera, który tę samą informację przedstawia w sposób bardziej łagodny dla pacjenta (nie tylko ze względu na inną proporcję liczbową): ryzyko wystąpienia zagrażających życiu powikłań wynosi około 1:50 000. W chwili obecnej wydaje się nam, iż wprowadzenie powszechnej zasady korzystania z odpowiednich kwestionariuszy informujących jest ze wszech miar zasadne. Zwyczajowy kwestionariusz powinien zawierać: opis metody leczniczej zwanej terapią elektrowstrząsową, wyjaśnienie, kiedy taka metoda jest stosowana i dlaczego jest właśnie pacjentowi proponowana, potwierdzenie skuteczności działania EW, opis objawów ubocznych, które mogą towarzyszyć zabiegom EW.

W przypadku osób nie potrafiących przeczytać pisemnej informacji (brak okularów, choroby oczu, analfabetyzm, niskie wykształcenie) zalecane jest, aby lekarz prowadzący przeczytał na głos tekst kwestionariusza w obecności pacjenta. Procedura odczytania

pacjentowi tekstu kwestionariusza powinna obowiązywać również w sytuacji występowania u pacjenta zaburzeń stanu psychicznego skutkujących osłabieniem kontaktu z otoczeniem (zaburzenia psychotyczne, zaburzenia świadomości).

Zabiegi EW mają potwierdzoną licznymi badaniami klinicznymi i wieloletnią praktyką skuteczność terapeutyczną [13]. Są metodą w pełni uznaną i stosowaną w przypadku istnienia odpowiednich wskazań. Indywidualne (tu: negatywne) nastawienie lekarza psychiatry do EW nie powinno skutkować sytuacją, w której nie będzie on informował pacjenta o możliwości zastosowania terapii EW lub też ją odradzał.

Pozyskiwanie zgody

Konieczność pozyskania zgody pacjenta na wykonanie zabiegu elektrowstrząsów wynika z licznych przepisów natury ogólnej [14].

Artykuł 32 Ustawy o zawodzie lekarza opisuje ogólne zasady udzielania zgody przez pacjenta [5]. I tak – lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić świadczeń zdrowotnych (a więc wszelkiego rodzaju formy terapii) dopiero po wyrażeniu zgody przez pacjenta (ustęp 1). Jest to tzw. zgoda własna.

W przypadku pacjentów małoletnich lub też niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody – wymagana jest zgoda ich przedstawicieli ustawowych (zgoda zastępcza), a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub gdy porozumienie z nim jest niemożliwe – potrzebna jest zgoda sądu opiekuńczego (ustęp 2). W razie konieczności przeprowadzenia badania (a więc już nie świadczeń zdrowotnych, w tym terapii) takiej osoby jak w ustępie 2 – zgodę może wyrazić sąd opiekuńczy (ustęp 3). W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę (zarówno na badanie, jak i na leczenie) wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania – konieczne jest dodatkowo uzyskanie jej zgody (ustęp 4). Podobną zgodę należy pozyskać również od pacjentów, którzy ukończyli 16 lat (ustęp 5.). Mówimy w tym momencie o tzw. zgodzie równoległej. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona, albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem sprzeciwiają się czynnościom medycznym (leczeniu), to – poza zgodą ich przedstawicieli ustawowych lub opiekunów prawnych – wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego. Sąd opiekuńczy może wydać zgodę na poddanie pacjenta czynnościom medycznym – nawet w przypadku niewyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego czy opiekuna faktycznego (ustęp 6). Ustawa w ustępie 7 stwierdza, iż zgoda pacjenta może być wyrażona ustnie. Swoją zgodę pacjent może wyrazić nawet poprzez swoje zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na istnienie u niego woli poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.

Jeżeli pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym – badanie lub udzielenie mu świadczenia (terapii) jawi się jako dopuszczalne (artykuł 33 ustęp 1). W takiej sytuacji lekarz powinien jednak w miarę możliwości skonsultować się z innym lekarzem

(ustęp 2) oraz ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta (ustęp 3).

O konieczności uzyskania zgody mówi również artykuł 19, ustęp 1, punkt 3 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [6]. Stwierdza on, iż pacjent ma prawo do wyrażenia zgody (lub odmowy) na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Uzyskanie zgody pacjenta jest główną podstawą legalności działania lekarskiego. Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest przestępstwem, które obwarowane jest sankcją karną – co wynika z artykułu 192 § 1 kodeksu karnego. Osoba wykonująca zabieg leczniczy bez zgody podlega karze grzywny, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2 – przy czym ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Część zasad związanych z wyrażaniem zgody na leczenie, lub też z jej odmową, została powtórzona w odpowiednich artykułach Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [15]. Artykuł 12 mówi, iż przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale też interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla niej uciążliwy. Wynika z tego, iż terapia farmakologiczna – jako mniej uciążliwa – będzie metodą leczenia pierwszego wyboru, a leczenie elektrowstrząsowe – jako bardziej obciążające, skomplikowane i obciążone większym ryzykiem – powinno być stosowane dopiero w razie niepowodzenia lub też niewystarczającej efektywności leczenia farmakologicznego. Pacjent powinien wiedzieć, iż podejmując leczenie psychiatryczne najpierw otrzyma odpowiednie leki i od razu nie będzie kierowany na zabiegi EW. Podnoszona przez niektórych autorów wyższa skuteczność biologiczna zabiegów EW nie jest wystarczająca do postawienia tezy, iż od decyzji lekarza powinno zależeć zastosowanie terapii EW jako formy leczenia „pierwszego rzutu”. Teza wyrażona w poprzednim zdaniu przez niektórych może być uznana za niesłuszną. W niektórych zaburzeniach psychicznych, jak złośliwa katatonia – zabiegi EW wymieniane są jako forma terapii pierwszego wyboru.

Jak zostało wyżej powiedziane – zwyczajowo zgoda na badanie lub np. leczenie farmakologiczne może być wyrażona ustnie, gestem lub sposobem zachowania (przyjściem na wizytę, zwróceniem się o objęcie leczeniem itp.). Zgoda tego rodzaju ma tzw. formę zwykłą. Istnieją jednak sytuacje, kiedy lekarz zobowiązany jest uzyskać pisemną zgodę pacjenta (forma pisemna). Do sytuacji takich należy zabieg operacyjny oraz inne metody diagnostyczne i terapeutyczne, które stwarzają podwyższone ryzyko dla pacjenta (artykuł 34, ustęp 1). Uznaje się powszechnie, iż zabieg elektrowstrząsowy jest właśnie zabiegiem podwyższonego ryzyka. Stąd też zgodę na zastosowanie takiej formy terapii pacjent musi wyrazić pisemnie. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, iż zgoda na leczenie EW jest zupełnie czymś innym niż wcześniejsza zgoda na leczenie szpitalne. Zgoda na leczenie w warunkach szpitalnych obejmuje jedynie odpowiednie leczenie farmakologiczne i nie rozciąga się na terapię EW. W przypadku proponowania pacjentowi poddania go terapii EW – konieczne jest pozyskanie od niego osobnej zgody.

Stosownie do zapisu w artykule 33 ustęp 3 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zabiegi EW znalazły się w wykazie – zawartym w rozporządzeniu ministra

zdrowia i opieki społecznej – świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Zgodnie z zapisem, stosowanie zabiegu EW wymaga zgody na piśmie wyrażonej przez samego pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

Podpis pacjenta – potwierdzający jego zgodę na przeprowadzenie zabiegów EW – musi znajdować się w dokumentacji lekarskiej: albo w historii choroby (pod zwykłą formułą mówiącą o wcześniejszym otrzymaniu informacji o EW), albo też w specjalnym kwestionariuszu (opisanym powyżej i zaprezentowanym pod koniec niniejszej pracy). Wydaje się zasadne, aby pacjent podpisywał zgodę na leczenie EW w obecności lekarza. Pytaniem jest, czy zamiast podpisu może wyrazić zgodę poprzez dokonanie odcisku kciuka – jak to jest prawnie dozwolone w przypadku składania oświadczenia woli. Niektórzy autorzy [16] wskazują na konieczność dokonania w dokumentacji wpisu samego lekarza, który potwierdza dopełnienie procedury informowania pacjenta i pozyskiwania od niego zgody (informed consent).

W przypadku terapii elektrowstrząsowej – zgoda pacjenta udzielana jest na jedną serię zabiegów EW. Zgoda udzielona przez pacjenta na EW nie rozciąga się na ewentualne przyszłe hospitalizacje i kolejne serie zabiegów. Podkreślenia wymaga, iż pacjent ma zawsze prawo do wycofania swej zgody na określone leczenie.

Problemem są pacjenci, u których istnieją pilne wskazania do zastosowania terapii EW, a którzy równocześnie nie wyrażają zgody na tego rodzaju leczenie. W Polsce zabiegów EW nie przeprowadza się w warunkach ambulatoryjnych, lecz w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej. Celem przyjęcia pacjenta do szpitala – bez jego zgody – czy to w trybie nagłym (artykuł 23 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), czy też wnioskowym (artykuł 29) nie jest sam fakt zabezpieczenia chorego i jego hospitalizacja, ale jego leczenie. Zgoda sądu opiekuńczego na przymusowe przyjęcie pacjenta do szpitala rozciąga się zasadniczo na takie formy leczenia, jak farmakoterapia, lecz już nie na terapię EW. Konieczność zastosowania zabiegów EW u pacjentów nie wyrażających na nie zgody zdaje się wymagać pozyskania osobnej zgody sądu opiekuńczego. Duża część autorów zajmuje jednak stanowisko, iż akurat w przypadku zabiegów EW – przy istnieniu sprzeciwu ze strony pacjenta – nie powinny być one wykonywane [17].

Wydaje się, iż lekarz powinien czynić starania, aby ostatecznie pozyskać odpowiednią zgodę od pacjenta, a nie na siłę i wbrew jego woli próbować poddać go zabiegom EW. Ponadto niektóre badania wskazują, iż lęk pacjenta przed poddaniem się zabiegom EW jest niepomyślnym predyktorem wyniku leczenia. Ponadto, o ile jeszcze łatwo wyobrazić sobie sytuację unieruchomienia i podania pod przymusem np. leków pod postacią iniekcji [18], o tyle trudno sobie wyobrazić stosowanie przymusu w przypadku dość czasochłonnego przygotowywania pacjenta do ich wykonania. Nawet przekonanie lekarza prowadzącego o skuteczności EW i istnienie medycznych wskazań do zastosowania zabiegów EW nie stanowi uzasadnienia dla wdrożenia tych zabiegów na siłę. Może to skutkować niepowetowanymi szkodami natury emocjonalnej i „spaleniem wszelkich mostów”, na jakich możliwe byłoby budowanie odpowiedniej relacji terapeutycznej [19]. Z drugiej jednak strony pacjent ma prawo oczekiwać, iż lekarz zastosuje wobec niego leczenie o jak najlepszej efektywności. Teoretycznie może się więc zdarzyć, iż wcześniej odmawiając zgody na leczenie EW – w okresie

późniejszym może mieć pretensje (włącznie z podjęciem odpowiednich kroków prawnych) do lekarza czy szpitala o zaniechanie wobec niego terapii EW. Może wówczas twierdzić, iż nie poddając go terapii EW dopuszczono się zaniedbania i niedopatrzania, gdyż mogło to opóźnić jego powrót do zdrowia [20]. Znane są również takie przypadki, gdy pacjenci, którzy formalnie nie wyrażają zgody na poddanie ich zabiegom EW, poddają się im – nie stwarzając większych oporów – jeszcze w okresie oczekiwania na formalną zgodę sądu opiekuńczego.

W przypadku takich chorób psychicznych, w przebiegu których dochodzi do zaburzeń świadomości, ograniczenia kontaktu z otoczeniem i niemożności udzielenia zgody (złośliwa katatonia, stupor depresyjny, głębsze upośledzenie umysłowe, stany maniakalne czy psychotyczne) konieczne staje się pozyskanie zgody na zabiegi EW od ustawowego przedstawiciela pacjenta. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – w przeciwieństwie do Ustawy o zawodzie lekarza – nie wymienia pojęcia osoby opiekuna faktycznego. Tym samym zgoda pozyskana od „zwykłego” krewnego pacjenta zdaje się nie mieć mocy prawnej. Gdy pacjent nie ma swego ustawowego przedstawiciela – zgody na leczenie EW może udzielić jedynie sąd rodzinny.

Opisana sytuacja zdaje się odpowiadać uzyskiwaniu zgody na hospitalizację w trybie wnioskowym. Nerozwizywanym problemem jest natomiast zastosowanie zabiegów EW analogicznie do trybu nagłego, tj. wykonanie pierwszego zabiegu – bez zgody pacjenta i bez zgody sądowej, a dopiero później wystąpienie z wnioskiem o zgodę sądu opiekuńczego. Można zadać sobie pytanie, czy rzeczywiście istnieją jakieś przesłanki medyczne do zastosowania tego rodzaju postępowania. W literaturze można znaleźć informacje o możliwości zastosowania takiego nagłego trybu poddania pacjenta zabiegom EW w przypadku ostrej złośliwej katatonii [21].

Pisemna zgoda przedstawiciela ustawowego jest wymagana również w przypadku kierowania na zabiegi EW osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej (analogicznie do zasad przyjmowania do szpitala psychiatrycznego zamieszczonych w artykule 22 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Gdy osoba małoletnia powyżej 16 roku życia lub osoba ubezwłasnowolniona całkowicie zdolne są do wyrażenia zgody – konieczne jest pozyskanie jej również od nich. W sytuacji gdy przedstawiciel ustawowy udzielił zgody, a EW sprzeciwia się sam pacjent – o zastosowaniu zabiegów powinien rozstrzygnąć sąd opiekuńczy. Ponownie jednak wracamy do sytuacji, kiedy powinno się odstąpić od procedury stosowania EW wbrew woli pacjenta [15].

Oczywiście część z przedstawionych powyżej rozważań prawnych nie zawsze znajduje praktyczne wykorzystanie. Wykonywanie zabiegów EW u pacjentów z orzeczoną choćby częściowym ubezwłasnowolnieniem wydaje się chyba dużą rzadkością.

Nie ma prawnej konieczności, aby lekarz informował rodzinę o kwalifikowaniu pacjenta do zabiegów EW. Przekazanie takiej informacji ma charakter bardziej zwyczajowy niż prawny. Niemniej jednak poinformowanie rodziny wydaje się praktyką godną zalecenia, można sobie bowiem wyobrazić sytuację, gdy rodzina nie poinformowana o celowości terapii EW może mieć żal do lekarza, że otrzymał zgodę na EW od pacjenta chorego psychicznie – wykorzystując jego brak rozeznania – a „ona nigdy by takiej zgody nie wyraziła”. Mimo wspomnianego braku umocowania prawnego,

rodzina może zgłaszać pretensje do szpitala, zwłaszcza w przypadku niepowodzenia terapii lub wystąpienia powikłań po EW. Może być jednak również sojusznikiem lekarza w pozyskaniu zgody pacjenta na zastosowanie terapii EW, który sam waha się lub nawet wzdrania się przed jej wyrażeniem.

Teoretyczne wydają się rozważania niektórych autorów dotyczące zastosowania zabiegów EW u pacjenta nie wyrażającego zgody (bądź też nie mogącego jej wyrazić) – przy równoczesnym braku zgody ustawowego opiekuna.

Janusz Krzyżowski [20] w swojej monografii podnosi dodatkowo problem, w jakim stopniu zgoda niektórych pacjentów może być w pełni świadoma, a w jakim jest automatyczną wypowiedzią podawaną przez pacjenta w określonym stanie chorobowym. Formalnie taki pacjent wyraża ustną zgodę na leczenie EW i może ją nawet potwierdzić pisemnie, lecz faktycznie nie musi być ona do końca świadoma. W takiej sytuacji niektórzy autorzy proponują uznanie tego rodzaju pacjentów za praktycznie nie wyrażających zgody na leczenie. Taka sytuacja rodziłaby konieczność wnioskowania o zgodę do sądu opiekuńczego. Wydaje się, iż opisana sytuacja byłaby najbardziej etyczną drogą doprowadzenia do zastosowania zabiegów EW u pacjentów, co do których świadomej zgody lekarz ma lub mógłby mieć wątpliwość. Podobnie sytuacja ma się również w przypadku, kiedy zgoda pacjenta wynika z patologicznych urojeniowych przesłanek.

Przepisy dopuszczają również sytuację, gdy pacjent, który początkowo wyrażał zgodę na zastosowanie zabiegów EW – później ją wycofuje. Wycofanie tej zgody może nastąpić tuż przed pierwszym zabiegiem EW (za namową osób postronnych), jak i po jednym lub kilku zabiegach (ze względu na objawy uboczne). Pacjent ma prawo do wycofania zgody bez konieczności wyjaśniania lekarzowi powodu swej decyzji. Wycofanie zgody na leczenie nie może skutkować żadnymi obostrzeniami czy represyjnymi zachowaniami ze strony personelu medycznego wobec pacjenta (à rebours również kierowanie pacjenta na zabiegi EW musi być związane z określonymi wskazaniami natury medycznej, a nie wynikać z przesłanek restrykcyjnych czy punitywanych). Metoda elektrowstrząsów jest formą terapii, a nie dyscyplinarnej kary, jak to przedstawił w *Locie nad kukulczym gniazdem* Ken Kesey. Pacjent odmawiający leczenia EW ma mieć zapewnione adekwatne i alternatywne leczenie.

Janusz Krzyżowski omawia również problem prawa pacjenta do otrzymania EW. Zdarzać się np. może, iż pacjent mający wcześniej pozytywne doświadczenia związane z terapią EW – przy kolejnym zachorowaniu będzie prosił o jej zastosowanie wcześniej niż sam lekarz będzie o to zabiegał. Czy lekarz powinien w takiej sytuacji zwlekać, sugerując konieczność wyczerpania możliwości związanych z farmakoterapią, czy też rozpocząć procedurę kwalifikowania pacjenta do zabiegów EW? Sytuacja taka rodzi problem związany ze stosowaniem zabiegów EW na życzenie. Z drugiej jednak strony – lekarz nie ma prawa odmówić pacjentowi efektywnego leczenia, o którego skuteczności sam pacjent jest głęboko przekonany. I tak według raportu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z 2001 r. prośba pacjenta o poddawanie go EW jest traktowana jako jedno ze wskazań do zastosowania EW [22].

Na koniec – warte wspomnienia jest prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności osobistej (artykuł 36, ustęp 1 Ustawy o zawodzie lekarza) [5]. Przy

wykonywaniu świadczeń zdrowotnych może uczestniczyć tylko niezbędny personel medyczny, a uczestnictwo innych osób wymaga zgody pacjenta i lekarza prowadzącego (ustęp 2). Zasada podana w ustępie 2 nie obowiązuje jednak w klinikach i szpitalach akademii medycznych lub innych medycznych jednostkach naukowo-badawczych uprawnionych do kształcenia studentów. Wykonanie zabiegu EW w obecności studentów trudno jest uznać za demonstrację o charakterze dydaktycznym bądź poznawczym. Jest on demonstracją terapeutyczną i w takiej sytuacji obecność studentów nie wymaga zgody pacjenta (ustęp 4).

Prawo do intymności i godności osobistej implikuje również inne problemy związane z sytuacją wykonywania zabiegów EW [23, 24, 25]. I tak, na oddziałach, na których wykonuje się EW, kolejny pacjent przygotowywany do zabiegu powinien być odseparowany od pacjenta (choćby parawanem), u którego właśnie zabieg został wykonany. Wynika to niekoniecznie z czynników związanych z samym zabiegiem, ale np. z przygotowaniem do niego (np. koniecznością wyjęcia protezy zębów itp.) i potrzebą stworzenia warunków intymności i poszanowania godności pacjenta. Widok pacjenta po zabiegu może również demotywowwać innego pacjenta do podtrzymywania zgody na EW.

Zgoda na zastosowanie technik anestezyjologicznych

Osobnym problemem, który wymaga na koniec omówienia, jest zagadnienie pozyskiwania zgody pacjenta na zastosowanie u niego technik anestezyjologicznych: (znieczulenia ogólnego = narkozy, oraz zwiotczenia). Należy zwrócić uwagę, iż są to zupełnie inne procedury medyczne niż sam zabieg EW – i to dodatkowo wykonywane przez lekarzy innych specjalności niż psychiatrę. Z drugiej jednak strony nie sposób wyobrazić sobie rozłącznego traktowania obu tych procedur.

Już od wielu dekad zabiegi EW nie są wykonywane bez znieczulenia, jednak najczęstsze możliwe powikłania towarzyszące EW wiążą się właśnie z zastosowaniem procedur anestezyjologicznych, a nie z samym elektrowstrząsem [26, 27]. Informowanie pacjenta i pozyskiwanie od niego zgody na zastosowanie znieczulenia opiera się na takich samych zasadach jak w przypadku samego zabiegu EW.

Zasadne i celowe jest poinformowanie o określonych aspektach zabiegu EW, zarówno przez lekarza psychiatrę, jak i anestezyjologa. Pisemny formularz może zawierać odpowiednie informacje psychiatryczne i anestezyjologiczne. W warunkach niemieckich pacjenci zapoznają się jednak z dwoma osobnymi formularzami informacji – jednym do zabiegów EW oraz drugim opisującym aspekty znieczulenia ogólnego i zwiotczania.

W przypadku pozyskiwania zgody powinna ona dotyczyć łącznie obu procedur, trudno bowiem przyjąć nonsensowną sytuację, w której pacjent daje zgodę na znieczulenie, a nie daje takiej zgody na same zabiegi EW. W obszarze abstrakcyjnych dywagacji jest również sytuacja zgody pacjenta na same, niemodyfikowane farmakologicznie, zabiegi EW, przy równoczesnym braku przyzwolenia na zastosowanie u niego znieczulenia.

Tym samym formuła zgody (w przypadku braku odpowiednich kwestionariuszy), która jest podpisywana przez pacjenta, powinna wymieniać razem obydwie procedury medyczne.

Несколько замечаний о процедуре получения сознательного согласия в случае пациентов, классифицированных к электрошоковой терапии

Содержание

Электрошоковая терапия, как процедура медицинского характера повышенного риска, которая то вызывает определенные контroversии, требует введения определенных условий получения согласия больного. Такое согласие пациента можно получить при предложении ему такого метода лечения. Получение такого согласия от больного требует информирование его о различных аспектах электрошоковой терапии.

В работе обращено особенное внимание на факт, что в случае ЭШ процедур, информация переданная пациенту устным путем в таких случаях, недостаточна. Появляется необходимость разработки польского глоссария согласия пациента на ЭШ процедуры и введения такого положения во всех психиатрических учреждениях проводящих такие вмешательства.

Einige Anmerkungen zur Erlangung einer bewussten Einwilligung im Falle der Patienten, die auf elektrokonvulsive Massnahmen vorbereitet werden

Zusammenfassung

Elektrokrampftherapie als Medizinverfahren mit erhöhtem Risiko und Therapie, die gewisse Kontroverse erweckt, erfordert eine genaue Befolgung der Bedingungen der Erlangung einer bewussten Einwilligung des Patienten, dem diese Behandlungsmethode vorgeschlagen wird. Die Erlangung einer Einwilligung vom Patienten hat zu Voraussetzung, ihn über verschiedene Aspekte der Elektrokrampftherapie zu informieren. In der Studie machte man darauf aufmerksam, dass im Falle der Elektrokrampftherapie die dem Patienten mündlich mitgeteilte Information als nicht ausreichend zu sein scheint. Man betonte die Notwendigkeit, den polnischen Fragebogen der Einwilligung des Patienten in die Elektrokrampfverfahren zu bearbeiten und ihn in allen psychiatrischen Zentren, die die Elektrokrampftherapie durchführen, einzusetzen.

Quelques remarques touchant la procédure d'obtenir le consentement des patients préparés à la thérapie de l'électrochoc

Résumé

L'électrochoc, comme procédure médicale du grand risque et thérapie évoquant certaines controverses, exige la stricte observation des conditions d'obtenir le consentement du patient.

Ce consentement impose au médecin le besoins d'informer le patient quant aux divers aspects de cette thérapie. Ce travail souligne que les informations verbales semblent insuffisantes. Les auteurs de cet article postulent l'élaboration du questionnaire polonais de ce consentement ainsi que sa mise en pratique dans tous les centres psychiatriques appliquant l'électrochoc.

Piśmiennictwo

1. Boratyńska M, Konieczniak P. *Standardy wykonywania zawodu lekarza*. W: Kubicki L, red. *Prawo medyczne*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003, s. 41–84.
2. Reiter-Theil S. *Autonomy and beneficence. Ethical issues in electroconvulsive therapy*. *Convuls. Ther.* 1992; 8: 237–244.
3. Kielanowski T, red. *Etyka i deontologia lekarska*. Warszawa: PZWL; 1985.

4. *Kodeks etyki lekarskiej z 02.01.2004 r.* (tekst zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy). http://www.prawoizdrowie.pl/publikacja/xtras/akt/projekty_ustaw/2004/kodeks_1.html
5. *Ustawa o zawodzie lekarza* (tekst obwieszczony przez marszałka Sejmu RP z dnia 08.02.2002 r. Dz.U. Nr 21, poz. 204).
6. *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej*. Dz. U. z 1991, Nr 91, poz. 208 z późniejszymi zmianami.
7. Stadland C, Heiden A, Nedopil N. *Rechtliche und ethische Aspekte bei der EKT Behandlung*. W. Baghai RC, Frey R, Kasper S, Möller HJ, red. *Elektrokonvulsionstherapie. Klinische und wissenschaftliche Aspekte*. Wien–New York: Springer Verlag; 2004, s. 169–180.
8. Salman C. *ECT and ethical psychiatry*. Am. J. Psychiatry 1977; 134: 1006–1009.
9. *Dokumentiere Patientenaufklärung. Basisinformation zum Aufklärungsgespräch. Elektrokrampftherapie (elektrokonwulsive Therapie, EKT)*. www.proCompliance.de
10. *Zasady prawidłowego prowadzenia badań klinicznych (Good Clinical Practice – GCP)*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej; 1998.
11. Zyss T. *Problemy etyczno-medyczne i prawne związane ze stosowaniem elektrowstrząsów*. Psychiatr. Pol. 1995; 1: 13–24.
12. Fink M. *Risks of convulsive therapy*. W: Fink M, red. *Convulsive therapy – theory and practice*. New York: Raven Press; 1985, s. 41–50.
13. Abrams R. *Electroconvulsive therapy*. Lake Bluff: Somatics Inc.; 1994.
14. *Rozporządzenie ministra zdrowia: Wykaz świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego*. Dz.U. 1995, nr 100, poz. 503.
15. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994*. Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535 z późniejszymi zmianami.
16. Nedopil N. *Behandlung zivilrechtlich untergebrachter psychiatrischer Patienten*. Krankenhauspsychiatrie 1992; 2: 91–92.
17. *American Psychiatric Association: Electroconvulsive therapy*. Task Force Report No. 1. Washington; 1978.
18. Nestorowicz M. *Przymus zabiegów lekarskich*. Polski Tyg. Lek. 1983; 38: 1045.
19. Mac Donald P. *Medical, ethical and legal considerations of electroconvulsive therapy*. Osgoode Hall Law Journal 1984; 22: 683–710.
20. Krzyżowski J. *Leczenie elektrowstrząsami. Zagadnienia organizacyjne, prawne i etyczne związane z leczeniem*. Warszawa: LogoScript; 1991, s. 182–187.
21. Kesey K. *Lot nad kukulczym gniazdem*. Warszawa: Da Capo; 1993.
22. *The practice of electroconvulsive therapy recommendations for treatment, training, and privileging*. A Task Force Report of the American Psychiatric Association; 2001.
23. Ottessen JO. *Ethics of electroconvulsive therapy*. Editorial. Convuls. Ther. 1992; 4: 233–236.
24. Leong GB, Eth S. *Legal and ethical issues in electroconvulsive therapy*. Psychiatr. Clin. North Am. 1991; 14: 1007–1020.
25. *Karta praw pacjenta – podstawowe unormowania prawne*. www.bpp.waw.pl/karta_praw_pacjenta.html
26. Gaines GY 3rd, Rees DL. *Anesthetic consideration for electroconvulsive therapy*. South Med. J. 1992; 85: 469–482.
27. Zhengnian D, White PF. *Anesthesia for electroconvulsive therapy*. Anesth. Analg. 2002; 94: 1351–1364.

Otrzymano: 7.04.2005

Zrecenzowano: 11.05.2005

Przyjęto do druku: 6.06.2005

Adres: Klinika Psychiatrii Dorosłych
Katedry Psychiatrii CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

**ZGODA PACJENTA (INFORMED CONSENT)
Podstawowe informacje dla pacjenta dotyczące
wyrażenia zgody na zabiegi elektrowstrząsowe**

Projekt

pieczęć jednostki (Kliniki/Oddziału)



Szpital Uniwersytecki W Krakowie
Klinika Psychiatrii Dorosłych

Terapia elektrowstrząsowa

Drogi Pacjencie, droga Pacjentko,

Proponujemy zastosowanie u Pana/Pani terapii elektrowstrząsowej (w skrócie: EW). Zanim zaczniemy tę terapię – chcielibyśmy porozmawiać z Panem/Panią nie tylko o oczekiwanych efektach, lecz również o związanym z nią ryzyku i objawach ubocznych. Niniejszy dokument pozwoli Panu/Pani zapoznać się w spokoju ze wszystkimi aspektami proponowanej terapii. Odpowiedzi na ewentualne dalsze pytania możemy udzielić w trakcie wspólnej rozmowy wyjaśniającej.

Co to jest terapia elektrowstrząsowa?

Terapia elektrowstrząsowa polega na wywołaniu za pomocą stymulacji elektrycznej tzw. dużego napadu padaczkowego. Metoda ta została po raz pierwszy zastosowana w leczeniu zaburzeń psychicznych już w 1937 r. przez włoskich psychiatrów Bini i Cerletiego. Znana jest ona również pod nazwami terapii elektrostymulacyjnej, elektroszoku, terapii drgawkowej. Terapia elektrowstrząsowa była zastosowana już – z dużym powodzeniem – u tysięcy pacjentów z zaburzeniami natury psychicznej.

Kiedy konieczne jest zastosowanie terapii elektrowstrząsowej?

Terapia elektrowstrząsowa stosowana jest zwykle w przypadku:

- istnienia u pacjenta ciężkiej choroby psychicznej i
- sytuacji, kiedy ta choroba nie może być opanowana za pomocą nawet kilku leków lub innych odpowiednich metod terapeutycznych.

Leczeniem alternatywnym do proponowanej terapii elektrowstrząsowej jest dalsze prowadzenie dotychczasowej terapii farmakologicznej lub też zastosowanie innych odpowiednich leków. Lekarz prowadzący poinformuje Pana/Panią o możliwych metodach terapii w Państwa przypadku.

Jaka jest skuteczność elektrowstrząsów?

Skuteczność proponowanej terapii elektrowstrząsowej zależy głównie od samej choroby, na którą Pan/Pani cierpi. O prognozach zabiegów elektrowstrząsowych w Pana/Pani przypadku zostaniecie Państwo poinformowani przez lekarza prowadzącego.

Jakie badania są konieczne do wykonania przed zabiegami EW?

Przed rozpoczęciem leczenia elektrowstrząsowego lekarz prowadzący (lub też konsultujący lekarz internista) przeprowadzi dokładne badanie przedmiotowe. Zostanie pobrana krew na wymagane badania dodatkowe. Zostanie wykonane zdjęcie RTG klatki piersiowej oraz badanie tomografii komputerowej głowy. Końcowej oceny (w tym również oceny ryzyka samej narkozy) dokona lekarz anestezjolog.

ZGODA PACJENTA (INFORMED CONSENT)
Podstawowe informacje dla pacjenta dotyczące
wyrażenia zgody na zabiegi elektrowstrząsowe

W jaki sposób przeprowadzane są zabiegi elektrowstrząsowe?

Zabiegi elektrowstrząsowe wykonywane są zasadniczo w trakcie krótkotrwałej narkozy (uśpienia), oraz po podaniu tzw. leków zwiotczających mięśnie. W trakcie samego zabiegu pacjent śpi i nic nie czuje.

Rano, w dniu wykonywania zabiegów elektrowstrząsowych pacjent musi pozostać na czczo – tak samo jak przed każdym zabiegiem operacyjnym.

Na ramię zostanie założona manszeta aparatu do mierzenia ciśnienia krwi. Na głowie i na klatce piersiowej założone zostaną elektrody, które umożliwią monitorowanie pracy serca i mózgu w trakcie i po zabiegu.

Zastanie założone dożylne (wenflon), przez które lekarz anestezjolog lub pielęgniarka będą podawali odpowiednie leki. Pacjent otrzyma krótko działający lek nasenny, który wywoła narkozę. Inny z podawanych preparatów doprowadzi do zwiotczenia mięśni szkieletowych – zapobiegając wystąpieniu pewnych powikłań zabiegów elektrowstrząsowych. Możliwe jest podanie pacjentowi również innych wymaganych leków.

Sam zabieg elektrowstrząsowy polega na aplikowaniu krótkotrwałych impulsów elektrycznych, dzięki specjalnym elektrodom umiejscawianym na głowie pacjenta. Od decyzji lekarza prowadzącego zależy dobór miejsca stymulacji.

Sama stymulacja elektryczna prowadzi do wystąpienia pobudzenia tkanki nerwowej mózgu pod postacią tzw. napadu, którego czas trwania kontrolowany jest dzięki zapisowi EEG. Żeby uzyskać poprawę stanu zdrowia, konieczne jest, aby sam napad trwał przynajmniej 20 sekund. Lekarz prowadzący odpowiada za prawidłowe ustawienie parametrów prądu stymulującego.

Z reguły w trakcie jednej terapii elektrowstrząsowej przeprowadza się od 8 do 12 zabiegów. Te z kolei wykonuje się w odstępach 2-3-dniowych (np. w poniedziałek, środę i piątek).

Jakie objawy uboczne mogą wystąpić w trakcie wykonywania zabiegów EW?

Każdej terapii medycznej mogą towarzyszyć objawy uboczne. Mimo nienajlepszej konotacji i pewnych uprzedzeń – terapia elektrowstrząsowa jest zwykle dobrze tolerowana przez pacjentów. W przypadku osób w podeszłym wieku i kobiet w ciąży, terapia elektrowstrząsowa – pod pewnymi warunkami – oceniana jest jako bardziej bezpieczna metoda terapii niż leczenie farmakologiczne szczególnie w sytuacji konieczności stosowania wysokich dawek leków. Brak jest podstaw do obaw, jakoby zabiegi elektrowstrząsowe miały powodować trwałe zmiany w

osobowości, utrzymujące się zaburzenia pamięci czy też osłabienie sprawności umysłowej.

- 75% wszystkich zabiegów elektrowstrząsowych nie towarzyszą jakiegokolwiek objawy uboczne. Oznacza to, iż po ustąpieniu krótkotrwałej narkozy ujawniają się wyłącznie pozytywne efekty terapii. Lekkie objawy uboczne występują u 23% pacjentów. U kolejnych 2% pacjentów ujawniają się poważne, lecz możliwe do opanowania powikłania. Ryzyko wystąpienia zagrażających życiu powikłań wynosi około 1:50.000. Oznacza to, iż leczenie elektrowstrząsowe zaliczone być może do bardzo bezpiecznych metod terapeutycznych.
- Liczni pacjenci po zabiegu odczuwają łagodne pobolewania mięśni, niektórzy skarżą się z kolei na zawroty i bóle głowy oraz nudności. Wymienione dolegliwości ustępują jednak zwykle w przeciągu 24 godzin.
- Inni pacjenci odczuwają z kolei przemijające pogorszenie sprawności pamięci. Wprowadzenie nowych urządzeń pracujących w technice tzw. impulsów szpilkowych spowodowało jednak, iż tego rodzaju objawy uboczne stały się rzadkie. Takie powikłanie jak stany splątania ujawniają się jedynie w pojedynczych przypadkach.
- W trakcie samego zabiegu elektrowstrząsowego mogą występować skoki ciśnienia krwi, zaburzenia rytmu serca oraz zaburzenia oddychania. Ich częstość występowania jest niska; najczęściej ujawniają się u pacjentów, u których już wcześniej występowały schorzenia bądź dolegliwości w obrębie układu sercowo-naczyniowego i/lub oddechowego. Objawy te ustępują często samoistnie lub też można je opanować standardowymi metodami terapeutycznymi.

W jakich przypadkach terapia elektrowstrząsowa nie powinna być wykonywana?

Głównym przeciwwskazaniem wykonania u danego pacjenta zabiegów elektrowstrząsowych są ciężkie schorzenia organiczne ośrodkowego układu nerwowego (mózgu). Do schorzeń tych zaliczyć należy podwyższone ciśnienie śródczaszkowe, zapalenie mózgu lub opon mózgowych, padaczkę, oraz stan po niedawno przeżytym udarze mózgu. Wykonywanie terapii elektrowstrząsowej odradzane jest również w przypadku ciężkich schorzeń serca, ciężkich zaburzeń w zakresie krzepnięcia krwi, przy wysokim nadciśnieniu i innych zaawansowanych chorobach somatycznych.

ZGODA PACJENTA (INFORMED CONSENT)
Podstawowe informacje dla pacjenta dotyczące
wyrażenia zgody na zabiegi elektrowstrząsowe

Aby wystarczająco wcześniej wykryć możliwe źródła zagrożenia, prosimy Pana/Panią o odpowiedzenie na wszystkie poniżej umieszczone pytania:

1. Czy cierpi Pana/Pani na **choroby wątroby, serca, nerek, płuc i układu krążenia?** nie tak

Jeżeli tak, to jakie tą są choroby:

2. Czy występowały u Pana/Pani **alergie lub reakcje nietolerancji** (np. na lateks, plaster, leki, określone pokarmy)? nie tak

3. Czy **zażywa** Pan/Pani regularnie jakieś **leki** (np. leki nasercowe, leki przeciwbólowe, preparaty hormonalne, leki hamujące krzepliwość krwi)? nie tak

Jeżeli tak, to jakie to są leki:

4. Czy kiedykolwiek wcześniej rozpoznano u Pana/Pani **schorzenia mózgu** (np. podwyższone ciśnienie śródczaszkowe, zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowych, padaczka)? nie tak

5. Czy kiedykolwiek wcześniej był Pan/Pani poddany/-a **operacji głowy?** nie tak

6. Czy kiedykolwiek wcześniej przebył/-a Pan/Pani **udar mózg lub krwawienie wewnątrzczaszkowe?** nie tak

7. Czy cierpi Pan/Pani na **zaburzenia krzepnięcia krwi** (np. skłonność do samoistnego występowania siniaków, silne i długotrwałe krwawienia w przypadku małego skaleczenia)? nie tak

7. Czy występuje u Pana/Pani **nadciśnienie?** nie tak

8. W przypadku **kobiet**:
 Czy jest Pani w ciąży? nie tak

Dlaczego niektórzy ludzie poddają terapię elektrowstrząsową krytyce?

Aż do połowy XX wieku terapia elektrowstrząsowa była jedyną skuteczną metodą stosowaną w psychiatrii. Początkowo zabiegi elektrowstrząsowe wykonywane były bez uśpienia i bez zwiótczenia mięśni. W okresie tym – znacznie częściej niż obecnie – występowały objawy uboczne i powikłania, w rodzaju bólów mięśniowych, a nawet złamań kości. Prawdopodobnie dlatego metoda ta budziła sprzeciw.

Również obecnie wiele osób sprzeciwia się stosowaniu zabiegów elektrowstrząsowych. Dla części z nich zabieg elektrowstrząsowy oznacza nie efektywną fizykalną metodę terapii psychiatrycznej, lecz anachroniczną metodę sprawowania kontroli nad pacjentem. Tego rodzaju stanowisko jest jednak trudne do zaakceptowania – nie istnieją żadne naukowe przesłanki, które pozwoliłyby na zakwestionowanie terapii elektrowstrząsowej.

Uwagi lekarza dotyczące rozmowy wyjaśniającej

(np. indywidualne ryzyko i możliwe komplikacje, dodatkowe interwencje, skutki, możliwe konsekwencje w przypadku odmowy lub odroczenia terminu rozpoczęcia terapii elektrowstrząsowej, przyczyny odmowy, dalsza opieka)

.....

miejsce/data/godzina

podpis lekarza

Wyrażenie zgody

ZGODA PACJENTA (INFORMED CONSENT)
Podstawowe informacje dla pacjenta dotyczące
wyrażenia zgody na zabiegi elektrowstrząsowe

- O szczegółach planowanej u mnie terapii elektrowstrząsowej mogłem/-am zapoznać się w rozmowie wyjaśniającej, którą przeprowadził/-a ze mną
 pan/pani doktor

Miałem/-am przy tym możliwość zadania wszystkich ważnych dla mnie pytań o przebieg i znaczenie terapii elektrowstrząsowej, ryzyko tej terapii i wynikające z niej objawy uboczne.

- Zrozumiałem/-am treść pisemnych „Podstawowych informacji ...”, jak również ustne wyjaśnienia lekarza prowadzącego. Otrzymałem/-am również wyczerpujące odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania.
- Nie mam żadnych dalszych pytań, czuję się wystarczająco dokładnie poinformowany/-a i po pozostawieniu mi odpowiedniego czasu na zastanowienie – wyrażam zgodę na planowaną u mnie terapię elektrowstrząsową.

.....
 miejsce/data/godzina

.....
 podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna prawnego

Tylko w przypadku odmowy terapii

Proponowane pacjentowi zabiegi elektrowstrząsowe zostały – po dokładnym objaśnieniu wszystkich zalet i wad terapii – przez niego odrzucone. Pacjent został dokładnie poinformowany o możliwych skutkach odmowy stosowania leczenia.

.....
 miejsce/data/godzina

.....
 podpis lekarza

.....
 podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna prawnego