

einem Abbau von Ängsten gegenüber der Psychiatrie geführt und den selbstbewußten Umgang mit der Krise gefördert hätten.

Als sehr hilfreich für die Behandlung von Menschen mit Behandlungsvereinbarung erweist sich die schriftliche Fixierung von Erfahrungen bei Zwangsbehandlungen, z.B. erlebt eine Psychiatrie-Erfahrene Todesängste bei einer Zwangsinjektion, während sie mit Fixierung und

Isolierung weniger Probleme hat. Die eigenen Erlebnisse der Psychiatrie-Erfahrenen bei früheren Zwangsmaßnahmen, aber auch die Rückmeldung der Mitarbeiter über die damaligen Geschehnisse sind eine wichtige Basis für die in den Vereinbarungsgesprächen getroffenen Absprachen.

### Qualitätssicherung

Mit den Behandlungsvereinbarungen kommt es zu einer sehr konkreten Form der Nutzerkontrolle. Im Vereinbarungsgespräch wird den KlinikmitarbeiterInnen rückgemeldet, wie die PatientInnen die Behandlung erlebt haben, was für sie hilfreich war und welche Behandlungsbedingung sie als einschränkend, verletzend etc. empfunden haben. Damit wurde die Behandlungsvereinbarung unserer Klinik zu einem wichtigen Instrument im Rahmen des Qualitätsmanagements.

### Kontrolle

Bisher gibt es weder in der Klinik noch außerhalb ein Kontrollinstrument über die Einhaltung der in der Behandlungsvereinbarung getroffenen Absprachen während der Klinikaufenthalte. Wir können zwar sicher sein, daß größere Verletzungen unserer Absprachen bekannt und über den Verein Psychiatrie-Erfahrener in die Öffentlichkeit getragen würden. Dennoch wäre es sinnvoll, in der Klinik interne Kontrollinstrumente zur Verfügung zu haben, z.B. in Form einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung vier Wochen nach Entlassung des Patienten, der mit Behandlungsvereinbarung behandelt wurde.

### Veränderung von Behandlungsstandards

Durch die konkreten Wünsche und Forderungen, die die PatientInnen als NutzerInnen der Klinik in den Vereinbarungsgesprächen vorbringen und die Rückmeldung, die sie ihren Behandlern geben, verändern sich mit der Zeit Haltungen und längerfristig auch die Einstellung der MitarbeiterInnen in der Klinik. Insofern wirken die Behandlungsvereinbarungen über die noch sehr geringe Zahl von konkreten Vereinbarungen hinaus und haben durchaus Auswirkungen auf die Veränderung des Klinikalltags.

ANGELIKA DIETZ

## Umowa regulująca postępowanie lecznicze w psychiatrii - nowe sposoby radzenia sobie z kryzysami\*

Od roku 1994 pacjenci psychiatryczni z Bielefeld mają możliwość zawierania ze szpitalem pisemnych umów dotyczących przyjęcia do szpitala i metod stosowanego tam leczenia na wypadek, gdyby w przyszłości zaistniała konieczność leczenia psychiatrycznego.

W umowie regulującej postępowanie lecznicze zawarte są na piśmie wiążące ustalenia podjęte pomiędzy szpitalem i pacjentami psychiatrycznymi. Pacjent może określić osobę zaufania, która na wypadek przyszłego leczenia przejmie wszystkie sprawy, których on sam nie będzie mógł prowadzić. Umowa regulująca postępowanie lecznicze zawierana jest po wspólnych negocjacjach, w których udział bierze pacjent, osoba zaufania, lekarz naczelny odpowiedzialny za dany oddział, kierownictwo personelu pielęgniarskiego oddziału oraz kompetentny pracownik socjalny. Umowę podpisują osobiście wszyscy biorący udział w negocjacjach. Negocjacje odbywają się na oddziale, na którym miałyby miejsce ewentualne leczenie. Umowa regulująca postępowanie lecznicze jest sporządzana poza okresem leczenia stacjonarnego.

W umowie ramowej poruszane są następujące kwestie: pożądana i niepożądana

ne kontakty w pierwszych dniach leczenia, sposób przyjęcia do szpitala, leczenie farmakologiczne, środki przymusu i sytuacja socjalna pacjenta, problem opieki nad dzieckiem itp.

W ciągu trzech lat, w którym to okresie zawieraliśmy umowy regulujące postępowanie lecznicze, przeprowadziliśmy łącznie 70 rozmów negocjacyjnych w sprawie umowy i zawarliśmy 66 umów z 58 osobami, przy czym 8 pacjentów zawarło już drugą tego rodzaju umowę. Na początku marca 1997 roku 55 umów regulujących postępowanie lecznicze posiadało moc wiążącą, 3 umowy zostały wcześniej zerwane, jedna za obopólnym porozumieniem, dwie natomiast jednostronnie przez pacjentów.

W pierwszym roku po wprowadzeniu umów regulujących postępowanie lecznicze duża część zainteresowanych tymi umowami rekrutowała się z kręgu stowarzyszeń pacjentów psychiatrycznych oraz grup samopomocowych. Obecnie z tego kręgu pochodzi tylko 1/5 pacjentów zawierających umowy, natomiast inni dowiadują się o tej możliwości przy okazji otrzymywania pomocy ambulatoryjnej, ze słyszenia, albo podczas leczenia szpitalnego. Charakterystyczne dla osób zawierających ze szpitalem umowy regulujące postępowanie lecznicze jest to, że mają one za sobą długoletnie bolesne doświadczenia związane z leczeniem psychiatrycznym, obejmujące

\* Wykład wygłoszony na VII Konferencji Kraków-Bethel, Kraków 1997

wielokrotne pobyty w szpitalu oraz leczenie przymusowe. Większość poznała nakazy sądowe, unieruchamianie i izolację. Mniej więcej 2/3 pacjentów, którzy zawarli umowę regulującą postępowanie lecznicze dokonało wyboru osoby zaufania. Jeśli osoba zaufania zostaje określona, to najczęściej jest to partner, brat lub siostra, przyjaciel, natomiast bardzo rzadko ktoś z rodziców lub opiekun prawny.

Głównymi tematami rozmów negocjacyjnych dotyczących umów było leczenie farmakologiczne oraz zapobieganie stosowaniu środków przymusu przy okazji ewentualnych przyjęć do szpitala. Spektrum intencji jest przy tym dość szerokie: i tak pewnej matce samotnie wychowującej pięcioletnie dziecko chodziło o dokładne określenie kroków, jakie zostaną przedsięwzięte w celu zapewnienia dziecku opieki, w przypadku gdyby ona sama, z powodu psychozy, musiała poddać się leczeniu szpitalnemu. W innej znów umowie chodziło głównie o sytuację społeczną pacjenta, a mianowicie o grożącą mu utratę mieszkania w przypadku następnego przyjęcia do szpitala. Pewna pacjentka, poprzez umowę regulującą postępowanie lecznicze, chciała sobie zagwarantować przyjęcie do szpitala. Wiedziała bowiem z doświadczenia, że w czasie ostrego kryzysu ciągle jeszcze sprawia wrażenie bardzo zrównoważonej, co dotychczas wprowadzało w błąd badających ją lekarzy, którzy odmawiali przyjęcia jej do szpitala.

### Wyniki negocjacji

Spore wrażenie robi fakt, jak wiele jest drobnych rzeczy, które mogą być bardzo pomocne dla pacjentów psychiatrycznych w czasie kryzysu. Problem w tym, że pacjentom w stanie ostrego kryzysu trudno jest te potrzeby wyartykułować, a pracownikom trudno jest je odgadnąć, zwłaszcza, że jednym rozmowy pomagają, u innych zaś prowadzą do pogłębienia kryzysu. Takie nieskomplikowane ustalenie, że jeszcze przed rozmową i badaniami wykony-

wanymi przez lekarza przyjmującego pacjentowi poda się posiłek, może w pewnych okolicznościach zapobiec nasileniu się objawów. Ciepła kąpiel na uspokojenie w pierwszych godzinach po przyjęciu, również w nocy, może doprowadzić do odprężenia pacjenta pozostającego w stanie silnego napięcia.

Zasadniczym warunkiem kształtowania się atmosfery zaufania jest pewność, że jedna strona nie zawiedzie drugiej. Dlatego też w umowie zagwarantowuje się wyłączenie obietnice, które rzeczywiście mogą być dotrzymane. Przykładowo - szpital może okazynie zapewnić opiekę indywidualną, ale w umowie regulującej postępowanie lecznicze nie może ona być wiążąco zagwarantowana w każdej sytuacji i przez całą dobę. Z tego powodu opieka indywidualna może być zagwarantowana w umowie wyłącznie w przypadku, jeśli członkowie rodziny i przyjaciele pacjenta wykażą zrozumienie i zapewnią w niej swój udział, co zostanie wpisane do umowy wraz z ich nazwiskami i numerami telefonów. W umowach dotyczących leczenia farmakologicznego musi się brać pod uwagę wpływ chorego na innych pacjentów. Jeśli na przykład jakiś pacjent odmawia przyjmowania wszelkich środków nasennych, to w umowie regulującej postępowanie lecznicze musi być określone, co robi on w nocy, kiedy nie może zasnąć, tak, by można było zapobiec przeszkadzaniu innym pacjentom.

Nie wszystkie negocjacje, dotyczące umów, doprowadziły do całkowitego pogodzenia życzeń i wymagań pacjentów z możliwościami szpitala. W tych właśnie umowach pisemnie zaznaczono różne punkty widzenia pacjenta i szpitala - w przypadkach tych chodziło o zasadniczą odmowę przyjmowania bardzo silnych środków neuroleptycznych oraz o zasadnicze odrzucenie takich metod, jak unieruchamianie i izolacja.

### Moc obowiązująca uzgodnień

Jak się rzekło, zasadniczym warunkiem kształtowania się atmosfery zaufania jest pewność, że jedna strona nie zawiedzie drugiej. We wstępie do umowy regulującej postępowanie lecznicze, pacjent i szpital oświadczają wspólnie:

- „Te uzgodnienia dotyczące postępowania leczniczego służą kształtowaniu wzajemnego zaufania. Zawierają one ważne wskazówki odnoszące się do indywidualnego leczenia. Zawarte uzgodnienia nie stanowią umowy o charakterze prawnym, jednakże w przypadku nieposzanowania bądź bezpodstawnego odstąpienia od tych uzgodnień można, w razie potrzeby, uznać popełnienie błędu w sztuce lekarskiej.

Szpital zobowiązuje się:

- dołożyć starań, by dotrzymane zostały konkretne uzgodnienia również w przypadku przyjmowania pacjentów podlegających hospitalizacji w ramach ustawy o ochronie zdrowia psychicznie chorych i opiece nad nimi,
- opierając się na dokumentacji zdać relację z podjętych działań, szczególnie w przypadku, gdy dotrzymanie uzgodnień przez klinikę okazało się niemożliwe. Od uzgodnień nie wolno odstępować, jeśli lekarz naczelny względnie zespół lekarski przedtem nie został ze sprawą zapoznany i nie wyraził zgody na odstąpienie. Jeżeli w jednostkowym przypadku szpital odstąpi od uzgodnień dotyczących leczenia, to musi to wyczerpująco uzasadnić i omówić z pacjentem, jeśli ów sobie tego życzy."

### Doświadczenia

Z 55 pacjentów posiadających ważne umowy, do początku marca 1997 roku 25 zostało poddanych leczeniu. Z tych 25 osób 18 było leczonych jednorazowo, natomiast 7 zostało przyjętych do szpitala więcej niż jeden raz. Łącznie do początku marca 1997 roku mogliśmy więc obserwo-

wać 38 epizodów leczniczych. Naszych doświadczeń nie można jeszcze uogólniać z powodu zbyt małej liczby przypadków. Jednakże z każdym następnym przyjęciem do szpitala osoby posiadającej umowę regulującą postępowanie lecznicze, nasila się wrażenie, że osoby mające taką umowę czują się znacznie pewniej w kontaktach ze szpitalem, jak również lepiej sobie radzą z własną chorobą. Pacjenci ci wydają się mieć większą pewność, że ich życzenia i zawarte uzgodnienia zostaną we właściwy sposób wypełnione. Zawarta umowa zapewnia im niejaki komfort psychiczny. W porę, już po pojawieniu się pierwszych objawów, zgłaszają się na leczenie. Dzięki temu przy leczeniu tych pacjentów prawie nie stosuje się środków przymusu. Jednocześnie zminimalizowane są traumatyczne przeżycia, będące dawniej udziałem bezpośredniego otoczenia pacjenta.

### Pozytywne oddziaływanie rozmów negocjacyjnych

Nasze doświadczenia z negocjacjami na temat umów są bardzo pozytywne: biorącym w nich udział pracownikom szpitala rozmowy te dają rzadką sposobność spotkania byłych pacjentów w stanie psychicznego zrównoważenia i omówienia z nimi ich wrażeń i obserwacji dotyczących wcześniejszych pobytów w szpitalu, a szczególnie przeżywania przez nich środków przymusu. Terapeuci poznają swych przyszłych pacjentów, ich życzenia, doświadczenia i ich cechy charakterystyczne, nie w stanie ostrego kryzysu, lecz podczas osobistej rozmowy, nacechowanej obustronnym szcunkiem i żywym zainteresowaniem efektami negocjacji. Dla pacjentów rozmowy te oznaczają nową konfrontację z własną chorobą, jak również z wcześniejszymi stadiami choroby i wspomnieniami z poprzednich pobytów w szpitalu. Jeden z pacjentów relacjonował nam, że już same rozmowy prowadziły u niego do redukcji lęków przed leczeniem psychiatrycznym i wzmacniały świadomą walkę z kryzysem.



Bardzo pomocne w leczeniu pacjentów posiadających umowę okazuje się pisemne utrwalenie doznań spowodowanych przez stosowanie środków przymusu. Przykładowo jedna z pacjentek przeżywa lęk przed śmiercią przy przymusowej iniekcji, natomiast ma mniejsze problemy z unieruchamianiem i izolacją. Przeżycia własne pacjentów przy stosowanych wcześniej środkach przymusu, jak również relacje pracowników na ten temat, są podstawą ustaleń podejmowanych w czasie rozmów negocjacyjnych.

### Zapewnienie jakości leczenia

Wraz z wprowadzeniem umów regulujących postępowanie lecznicze wchodzi w życie bardzo konkretna forma kontroli prowadzonej przez pacjentów. W czasie rozmów negocjacyjnych pracownicy szpitala dowiadują się, jakie są odczucia pacjentów w związku z postępowaniem leczniczym, co było dla nich pomocne i które elementy terapii odebrali jako restrykcyjne, traumatyzujące itp. Dzięki temu umowa regulująca postępowanie lecznicze staje się w naszym szpitalu ważnym instrumentem kierowania jakością leczenia.

### Kontrola

Jak dotąd ani w szpitalu, ani też poza nim nie ma instrumentu kontrolującego przestrzeganie zawartych w umowie porozumień. Możemy być jednak pewni, że znacznie większe odstępstwa od naszych uzgodnień wyszłyby na światło dzienne i zostały podane do publicznej wiadomości przez stowarzyszenie pacjentów psychiatrycznych. Jednakże pożądany byłby jakiś wewnętrzny instrument kontrolny, np. w postaci wywiadów przeprowadzanych z pacjentami i pracownikami po czterech tygodniach od wypisania do domu pacjentów leczonych w oparciu o umowę regulującą postępowanie lecznicze.

### Zmiana standardów leczenia

Dzięki konkretnym życzeniom i wymaganiom, które pacjenci, jako użytkownicy szpitala, przekazują przy okazji negocjacji dotyczących umów oraz dzięki relacjom, którymi chorzy dzielą się ze swymi terapeutami, z biegiem czasu zmienia się nastawienie pracowników szpitala do pacjentów. W związku z tym uzgodnienia dotyczące postępowania leczniczego wykraczające poza nieliczne jeszcze konkretne ustalenia w

BARBARA HILDEBRANDT

## Neue Wege im Umgang mit Krisen

Mein Thema ist die Bielefelder Behandlungsvereinbarung, die seit dem 1.03.1994 in Bielefeld praktiziert wird, und die ich gemeinsam mit der Psychologin Frau Dietz vorstellen möchte. Inzwischen, nach gut drei Jahren, haben erstaunlich viele Kliniken in den unterschiedlichsten Bundesländern unser Modell für sich auf ihre Verhältnisse übertragen bzw. sind dabei, dies zu tun.

Inhaltlich geht es in der Behandlungsvereinbarung um die Möglichkeit, für uns Psychiatrie-Erfahrene schriftliche Vereinbarungen mit der Klinik Gilead IV zu treffen, über Aufnahme- und Behandlungsbedingungen für den Fall einer späteren psychiatrischen Behandlung. Gute Voraussetzung für diese Entwicklung war die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen. Psychiatrie-Seminare, ATRialoggespräche und Psychose-Seminare sind als Vorläufer der Behandlungsvereinbarung zu sehen. Der Impuls, zum ersten Kontaktgespräch im Herbst 93, ging von uns Psychiatrie-Erfahrenen und den Professionellen gleichermaßen aus. Die daraus entstandene Arbeitsgruppe paritätisch zusammengesetzt aus Mitgliedern der Bielefelder Selbsthilfegruppe und führenden Mitarbeitern der psychiatrischen Klinik Gilead IV, traf sich

regelmäßig über mehrere Monate zur ständigen Überarbeitung eines ersten schriftlichen ausgearbeiteten Formulars, genannt die Behandlungsvereinbarung.

Wie läuft ein Vereinbarungsgespräch ab? Der Psychiatrie-Erfahrene läßt sich nach seiner Entlassung aus der Klinik einen Termin für das Vereinbarungsgespräch geben. Beteiligt sind neben dem Betroffenen seine Vertrauensperson, soweit dies von ihm so gewünscht wird sowie der für die Station zuständige Oberarzt, die pflegerische Stationsleitung, ein Sozialarbeiter und die Koordinatorin. Die Vereinbarung findet auf der entsprechenden Sektorstation statt. Sie wird von allen am Gespräch Beteiligten unterschrieben. Die Gespräche dauern zwischen 60 und 150 Minuten. Vereinbarungen werden getroffen zu den Themen Kontakte, Aufnahme, medikamentöse Behandlung, Zwangsmaßnahmen und soziale Situation. Der Beitrag von Frau Dietz wird ausführlicher auf die Inhalte der Vereinbarungsgespräche eingehen.

Die Behandlungsvereinbarung bietet eine weitere Möglichkeit, neben anderen Maßnahmen, die Kommunikation zu verbessern und in Gang zu bringen zwischen Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen. Beide Seiten lernen einander zuzuhören und gegenseitige Akzeptanz zu entwickeln.

\* Vortrag gehalten auf VII. Symposium Bethel-Kraków, Kraków 1997