

List do redakcji

**Współczesne wymagania stawiane terapii
elektrowstrząsowej**

Szanowny Redaktor Naczelny „Psychiatrii Polskiej”

Nie ulega wątpliwości, że elektrowstrząsy (EW) zajmują nadal ważne miejsce we współczesnym leczeniu psychiatrycznym. Rozwój psychofarmakoterapii znacznie ograniczył wskazania do ich stosowania. W dobie współczesnej stosuje się EW najczęściej w leczeniu pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, np. w katatonii, przy nasilonych tendencjach samobójczych w przebiegu ciężkiej depresji, w ostrej manii czy lekoopornej schizofrenii [1, 2, 3]. Istnieją jednak duże rozbieżności w zaleceniach i standardach stosowania EW opracowanych przez ekspertów w różnych krajach [1, 4, 5].

Od ostatniego opracowania standardów leczenia EW w Polsce w roku 1998 minęło 16 lat [6]. Od tego czasu doszło do ustalenia nowych zasad stosowania terapii EW w wielu krajach Europy oraz w USA. Nowoczesne standardy leczenia elektrowstrząsowego mają na celu zagwarantowanie wysokiej efektywności terapeutycznej i bezpieczeństwa tej metody z równoczesnym zachowaniem najlepiej pojętych interesów zdrowotnych oraz praw pacjenta. Opracowanie nowych polskich standardów dotyczących terapii EW jest zadaniem, które należy zrealizować w celu podniesienia efektywności i bezpieczeństwa tej metody leczenia w naszym kraju – szczególnie w dobie obowiązujących norm ISO oraz akredytacji. Stąd też chcielibyśmy podzielić się z innymi czytelnikami „Psychiatrii Polskiej” naszymi postulatami dotyczącymi tego rodzaju terapii.

Świadoma zgoda pacjenta na leczenie EW (informed consent)

Sprawą najbardziej pilną wśród wymienionych standardów jest ustalenie wzorca formularza świadomej zgody (informed consent) dla pacjenta, któremu proponuje się leczenie EW w naszym kraju [7]. Zgodnie z zasadami przyjętymi przez towarzystwa naukowe psychiatrów w USA czy większości krajów Europy, procedura uzyskiwania

od pacjenta świadomej zgody na leczenie elektrowstrząsowe wymaga przedstawienia mu nie tylko ustnej, ale i pisemnej informacji o formie leczenia, która jest mu proponowana. W warunkach polskich przedstawianie pacjentowi pisemnej informacji o terapii EW stosowane jest w niewielu ośrodkach. W dodatku formularze różnią się często zasadniczo treścią przekazywanych danych. Formularz świadomej zgody powinien obejmować sposób informowania pacjenta o istocie terapii EW i jej skuteczności oraz związanych z nią niebezpieczeństwach i potencjalnych objawach niepożądanych oraz innych najważniejszych okolicznościach towarzyszących terapii EW [1, 4, 5].

Powszechnie stosowana w kraju praktyka ograniczania informacji jedynie do formy ustnej jest niewystarczająca i naraża szpital, w którym wykonuje się zabiegi EW, jak i personel bezpośrednio zaangażowany w tę formę leczenia na konsekwencje prawne. Stąd też postulujemy podjęcie przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP) inicjatywy w celu opracowania polskiej wersji formularza świadomej zgody na tę terapię. Tego rodzaju tekst powinien być uznany za standardową wkładkę do historii choroby pacjentów kwalifikowanych i poddawanych zabiegom EW, obowiązującą we wszystkich instytucjach leczenia psychiatrycznego w Polsce.

Standardy dotyczące procedury wykonywania EW

Terapia EW jest skomplikowaną procedurą medyczną wymagającą przestrzegania szeregu kroków, jak np. rozważenie wskazań i przeciwwskazań tak psychiatrycznych, jak i somatycznych, przygotowanie pacjenta do zabiegu (wymagane badania diagnostyczne, ewentualna zmiana farmakoterapii), wykonanie procedury znieczulenia ogólnego i przeprowadzenie samego zabiegu EW (zadania odrębne i wspólne dla zespołu psychiatrycznego i anestezyjologicznego) oraz pozabiegowa opieka [8].

Wyboru wymaga opracowanie zakresu badań wstępnych, które powinny być wykonane u pacjentów kwalifikowanych do EW (ma to swój określony wymiar finansowy), np. czy konieczna jest konsultacja internistyczna w sytuacji, gdy zakres oceny pokrywa się w znacznym zakresie z badaniem anestezyjologa wykonującego następne znieczulenie ogólne, czy konieczne jest badanie EEG w sytuacji, gdy w chwili obecnej nawet padaczka nie jest uznawana za przeciwwskazanie do wykonywania EW, czy konieczne jest oznaczenie poziomu cholinesterazy – w sytuacji, gdy anestezyjolog jest przygotowany do prowadzenia długotrwałej sztucznej wentylacji pacjenta itp.

Wykonywanie EW wymaga spełnienia warunków dotyczących sprzętu na stanowisku znieczulenia („osprzęt” anestezyjologiczny). Standardy obejmują też wymogi dotyczące wyposażenia w aparat konieczny do bezpiecznego wyzwolenia napadu (konwulsator z możliwością monitoringu EEG).

Ważne jest spełnienie warunków lokalowych wymaganych do tego typu terapii z zapewnieniem pokoju zabiegowego oraz sali intensywnego nadzoru po zabiegu EW.

Istnieją w naszym kraju akty prawne, które określają warunki, jakim powinny odpowiadać sale zabiegowe. Są one jednak zbyt ogólnikowe i nieuwzględniające specyfiki terapii EW [9].

Szkolenie personelu wykonującego elektrowstrząsy

W większości krajów europejskich, USA oraz Kanadzie istnieją programy szkolenia zespołów wykonujących EW. Dotyczą one lekarzy psychiatrów, anestezjologów, pielęgniarek psychiatrycznych i anestezjologicznych. Przebycie tego typu kursów upoważnia do uzyskania certyfikatów stanowiących potwierdzenie uprawnień do leczenia EW [1, 9]. W naszych warunkach dość często obserwuje się sytuacje, w których zabiegi EW wykonuje nieprzeszkolony lekarz stażysta delegowany do naciśnięcia guzika na elektrokonwulsatorze. W piśmiennictwie podnosi się, że obniżenie lub nawet brak efektywności leczenia, jak również obecność i nasilenie objawów niepożądanych, a czasem i powikłań w czasie EW, w dużej mierze wynika z niedostatecznego przeszkolenia personelu w tej formie terapii [1, 2, 4, 5].

Nie ulega wątpliwości potrzeba opracowania, również w naszym kraju, standardów szkolenia w tym zakresie. W programie specjalizacji z zakresu psychiatrii mieści się zapis o wymogu szkolenia lekarzy z zakresu EW [10]. Uważamy jednak, iż niesoznaczony jest wymóg współdziałania w przygotowaniu i przeprowadzeniu co najmniej 3 zabiegów elektrowstrząsowych w trakcie całych 5 lat specjalizacji (trzy zabiegi to nawet nie jest jedna pełna seria zabiegów u wybranego pacjenta). Elektrowstrząsy – będące praktycznie najważniejszą techniką fizykalnego leczenia w psychiatrii – wymagają (w celu nauczenia się ich poprawnego wykonywania) zdecydowanie większej ilości zajęć praktycznych, jak i szkolenia teoretycznego. W tym zakresie proponuje się stworzenie 2-3-dniowego kursu odbywającego się w kilku wybranych ośrodkach dydaktycznych.

Komisja akredytacyjna

Zadania komisji akredytacyjnej zostały najobszerniej opisane w dokumencie obowiązującym w Wielkiej Brytanii ujętym w zaleceniach NICE [4]. Spełnienie określonych wymogów pozwala uzyskać przez dany ośrodek certyfikatu uprawniającego do wykonywania EW. Zbliżenie Polski do standardów europejskich będzie również wymagało powołania komisji akredytacyjnej, która ustali, jakie krajowe ośrodki psychiatryczne spełniają wymogi niezbędne do uzyskania certyfikatów do prowadzenia terapii EW.

Uwagi końcowe

Ze względu na rzadsze stosowanie EW w naszym kraju w porównaniu z wieloma krajami Unii Europejskiej [11] wskazane byłoby stworzenie warunków do ich większego upowszechnienia, zgodnie z istniejącymi potrzebami klinicznymi. Należy zauważyć, że część ośrodków psychiatrycznych w Polsce nie stosuje EW ze względu na małą dostępność anestezjologów, brak nowoczesnych konwulsatorów, jak i innego niezbędnego sprzętu do wykonywania tej formy terapii. Musi budzić niepokój, że 10% do 20% chorych cierpiących z powodu depresji lekoopornej, często zagrożonych samobójstwem, pozbawionych jest skutecznej terapii, jaką mogłoby być dla nich leczenie EW.

Za pozytywne wydarzenie z okresu ostatnich lat można jednak uznać, iż zabiegi zostały uznane za procedurę wysokospecjalistyczną – refundowaną przez NFZ [12]. Pracy u podstaw wymagać będzie jednak zmiana nad uznaniem przez NFZ terapii EW nie jako metody wykonywanej ze wskazań życiowych, lecz jednej z wielu dostępnych, uznanych, rozpowszechnionych i stosowanych w określonym momencie metod leczenia biologicznego w psychiatrii.

Robert T. Hese¹, Tomasz Zyss², Piotr Gorczyca³

¹ Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej

² Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

³ Oddział Kliniczny Psychiatrii ŚUM w Tarnowskich Górach

Piśmiennictwo

1. American Psychological Association. *The practice of electroconvulsive therapy. Recommendations for treatment, training, and privileging. A Task Force Report of the American Psychiatric Association*. Washington: American Psychological Association; 2001.
2. Abrams R. *Electroconvulsive therapy*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
3. Hese RT, Zyss T. *Leczenie elektrowstrząsowe oraz inne pokrewne metody stymulacji elektrycznej i magnetycznej*. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria*. Tom 3. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012, s. 234–243.
4. National Institute for Clinical Excellence. *Guidance on the use of electroconvulsive therapy. Technology Appraisal 59*. London: NICE; 2003.
5. Gazdag G, Takacs R, Ungvari G, Sienaert P. *The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the european union*. J. ECT 2012; 28: 4–6.
6. Pużyński S, Kalinowski A, Kiejna A, Koszewska I, Landowski J, Masiak M. i wsp. *Standardy i algorytmy postępowania terapeutycznego w zaburzeniach afektywnych*. Farmakoter. Psychiatr. Neurol. 1998; 2: 15–27.
7. Zyss T, Hese RT, Jałowicki PO, Majewski W, Paługniok R. *Kilka uwag o procedurze pozyskiwania świadomej zgody w przypadku pacjentów kwalifikowanych do zabiegów elektrowstrząsowych*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(6): 1113–1129.
8. Stańkowski K, Hese RT, Zyss T. *Praktyka leczenia elektrowstrząsami*. W: Hese R, Zyss T. red. *Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej*. Wrocław: Elsevier, Urban & Partner; 2007. s. 76–101.
9. Rozporządzenie MZ i OS z dnia 9 marca 2000, Dz. U. nr 20, poz. 254; 2000.
10. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. *Program specjalizacji w dziedzinie psychiatrii*. Warszawa: CMKP; 2014.
11. Palińska D, Gazdag G, Sobów T, Hese RT, Kłoszewska I. *Leczenie elektrowstrząsowe w Polsce w 2005 roku – wyniki ankiety przeprowadzonej w polskich szpitalach psychiatrycznych*. Psychiatr. Pol. 2008; 6: 825–839.
12. Zarządzenie Nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.