



SPRAWOZDANIE Z BADANIA POSTRZEGANIA RELACJI Z PACJENTEM

SPECJALIŚCI

ŁÓDŹ 2022

Opracowanie: Kamil Brzeziński



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE.....	3
REALIZACJA I PRZEBIEG BADANIA	4
REZULTATY I WSNIOSKI.....	6
WNIOSKI OGÓLNE.....	7
WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI PRZED HOSPITALIZACJĄ.....	20
WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI W TRAKCIE HOSPITALIZACJI.....	27
WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI PO HOSPITALIZACJI	38
DODATKOWE SUGESTIE I REKOMENDACJE ZMIAN	43
WYBRANE DOBRE PRAKTYKI	53
GŁÓWNE REFLEKSJE BADACZY PROWADZĄCYCH WYWIADY	55
PODSUMOWANIE	58



WPROWADZENIE

Niniejsze sprawozdanie opracowane zostało w ramach projektu „Uzdrowiająca Moc Dobrej Relacji”, realizowanego z programu Aktywni Obywatele – Fundusz Regionalny przez Stowarzyszenie Młodzieży i Osób z Problemami Psychicznymi, Ich Rodzin i Przyjaciół „Pomost”. Celem głównym przedsięwzięcia jest wypracowanie schematu modelowej relacji pacjent – psychiatryczna opieka/ochrona zdrowia¹ i zachęcanie odpowiednich podmiotów (szpitali, poradni, lekarzy, psychiatrów, psychologów) do rozważania możliwości wdrożenia przynajmniej części wypracowanych rozwiązań i pomysłów lub przynajmniej przeanalizowania prezentowanych w sprawozdaniu wniosków. W tym celu zaplanowano wieloetapowe działania, a jednym z nich było badanie postrzegania relacji z pacjentami, w trzech momentach czasowych: przed, w trakcie i po hospitalizacji. Badanie przeprowadzone zostało za pomocą techniki indywidualnego wywiadu pogłębionego – w sumie zrealizowano piętnaście wywiadów z psychiatrami i psychologami pracującymi z osobami, które doświadczyły hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Cały proces badawczy inspirowany był partycypacyjnymi badaniami w działaniu, emancypacyjnymi badaniami niepełnosprawności, a także badaniami kontrolowanymi przez uczestników. Zgodnie z ideą badań partycypacyjnych w działaniu, chcieliśmy poszukać rozwiązania danego problemu społecznego – relacji między pacjentem a psychiatryczną opieką – przy szerokim udziale osób, których ten problem dotyczy. Zależało nam, aby nasze badanie było badaniem „z ludźmi i dla ludzi”, a nie badaniem „na ludziach”. W związku z powyższym, poza przedstawicielami opieki psychiatrycznej, wywiady realizowane były także z pacjentami oraz rodzicami i opiekunami osób, które doświadczyły hospitalizacji. W sumie zrealizowano dwadzieścia pogłębionych wywiadów indywidualnych z pacjentami oraz dziesięć wywiadów z rodzicami pacjentów. Wywiady – zgodnie z przyświecającą nam ideą – prowadzone były przez członków stowarzyszenia. Rozmowy z pacjentami prowadziły osoby, które wcześniej doświadczyły hospitalizacji, natomiast rozmowy z rodzicami pacjentów prowadzili inni rodzice, którzy kiedyś znajdowali się w podobnej sytuacji. Badacze, jak i badani rekrutowali się z

¹ W dalszej części tekstu wymiennie będziemy stosować terminy: psychiatryczna opieka lub psychiatryczna ochrona zdrowia.



szerokiego grona osób związanych ze stowarzyszeniem. Podobną procedurę zastosowano w przypadku badanych specjalistów, w tym przypadku w rolę badaczy prowadzących rozmowy wcielili się psychiatrzy i psychologowie współpracujący ze Stowarzyszeniem „Pomost” – każdy z nich zrealizował po pięć wywiadów z psychologami i/lub psychiatrami.

W niniejszym sprawozdaniu przedstawiamy najważniejsze ustalenia i odkrycia z badania postrzegania relacji z pacjentem przez specjalistów z obszaru opieki psychiatrycznej. Chcemy, aby opracowanie to dotarło do jak najszerszego grona odbiorców, dlatego też staraliśmy się je maksymalnie zsyntetyzować i uprościć. W pierwszej części przedstawiamy krótki opis naszego postępowania badawczego, następnie prezentujemy listę głównych rezultatów i wniosków oraz ich szczegółowe opisy wraz z wybranymi, ilustrującymi je cytatami. Całość domykamy refleksami i wnioskami badaczek i badaczy, którzy przeprowadzili wywiady oraz krótkim podsumowaniem.

Jednocześnie warto nadmienić, że niniejsze sprawozdanie jest jednym z trzech opracowań, które zostały przygotowane w ramach projektu i posłużyły do dalszych działań, w tym warsztatów dyskusyjnych, których celem jest wypracowanie wzoru finalnej wersji relacji pacjent – psychiatryczna opieka, która – mamy nadzieję – będzie tą uzdrawiającą relacją.

REALIZACJA I PRZEBIEG BADANIA

W momencie przygotowywania aplikacji o dofinansowanie projektu uznaliśmy, że poza realizacją wywiadów z osobami doświadczającymi hospitalizacji i ich rodzicami lub opiekunami, ważne jest dla nas także poznanie sposobu postrzegania relacji z pacjentem z perspektywy specjalistów – psychiatrów i psychologów. Zgodziliśmy się również, że podobnie jak miało to miejsce w przypadku autobadania, interesować nas będą opinie dotyczące trzech momentów tj. przed hospitalizacją, w trakcie oraz po pobycie w szpitalu². Chcieliśmy także, aby to specjaliści – zaprzyjaźnieni ze stowarzyszeniem psychiatrzy i psychologowie, przeprowadzili wywiady z przedstawicielami psychiatrycznej opieki zdrowia. Uznaliśmy, że ułatwi to ich realizację, gdyż łatwiej się rozmawia z osobą, która wywodzi się z tego samego środowiska. Mając na uwadze, że zaprzyjaźnieni ze stowarzyszeniem

² Zdajemy sobie sprawę, że dana osoba mogła być hospitalizowana kilkakrotnie, więc pytaliśmy zwykle o tą najważniejszą – najważniejszą dla naszego badanego lub najlepiej zapamiętaną hospitalizację.



psychiatrzy i psychologowie, sporadycznie uczestniczą w podobnych przedsięwzięciach, to w pierwszej kolejności musieliśmy wyposażyć ich w odpowiednie umiejętności i narzędzia. Chętne osoby do roli badacza wzięły udział w warsztacie szkoleniowym, w ramach którego specjalista ds. badań – osoba posiadająca doświadczenie w badaniach jakościowych – zaznajomił uczestników w wybranej technice badawczej oraz przedstawił pierwszą wersję narzędzia tj. scenariuszem pogłębionego wywiadu swobodnego. W czasie spotkania przyszli badacze, poza nabyciem nowych umiejętności w zakresie prowadzenia wywiadów, przekazali także swoje sugestie dotyczące narzędzia badawczego – scenariusza wywiadu. Następnie – w oparciu o wnioski z warsztatu – specjalista ds. badań przygotował ostateczną wersję scenariusza, a po zrekrutowaniu osób gotowych do wzięcia udziału w badaniu – osób badanych, rozpoczęła się faza terenowa. W ramach jej realizacji udało się przeprowadzić piętnaście wywiadów z psychiatrami (9 wywiadów) i psychologami (6 wywiadów). Każda z badanych osób posiadała doświadczenie w pracy w szpitalu psychiatrycznym. Wywiady, za zgodą osób badanych, była nagrywana, a w dalszej kolejności przygotowywane były transkrypcje. Przepisane rozmowy poddano szczegółowej analizie jakościowej, która przeprowadzona została przez specjalistę ds. badań za pomocą programu QDA Miner. Program ten umożliwia przeprowadzenie tzw. kodowania, czyli oznaczenia fragmentu tekstu daną etykietą, a w dalszej kolejności wyselekcjonowania wszystkich części wywiadów, którym przypisano dany kod i ich dalszą analizę. Wykorzystywane kody były zbieżne z kategoriami ze scenariusza wywiadu i zawartymi w nim tzw. dyspozycjami. Innymi słowy w wywiadach szukano fragmentów wypowiedzi, które dotyczyły potrzeb, wsparcia i relacji z lekarzami i pozostałym personelem medycznym przed hospitalizacją, w jej trakcie i po. Tak wyselekcjonowane części rozmów przeanalizowano, a efektem tej analizy jest niniejsze opracowanie, dodatkowo uzupełnione o refleksje i wnioski samych badaczy.

I choć uważamy, że uzyskane wnioski są bardzo ważne i zależałoby nam, aby opracowanie dotarło do jak najszerszego grona odbiorców, to jednocześnie pragniemy wyraźnie zaznaczyć, że jest to badanie o charakterze jakościowym, więc wnioski dotyczą tylko i wyłącznie przebadanej grupy. Mamy pełną świadomość, że poniżej przedstawiamy tylko pewną perspektywę, widzianą przez grupę specjalistów, z którymi rozmawialiśmy. Zatem zdajemy sobie sprawę, że wniosków nie należy generalizować i nie jest to diagnoza opieki



psychiatrycznej w Polsce, a nawet w naszym mieście, czyli Łodzi. Niemniej jednak liczymy, że opracowanie, jak i projekt stanowiąc będą przyczynek do dyskusji na temat kondycji opieki psychiatrycznej i relacji między pacjentami a specjalistami.

REZULTATY I WSNIOSKI

W tej części przedstawiamy rezultaty i wnioski z przeprowadzonych rozmów ze specjalistami w podziale na: wnioski ogólne, a także wnioski dotyczące sytuacji w poszczególnych momentach czasowych (przed, w trakcie i po hospitalizacji). Na końcu zamieszczamy dodatkowe sugestie i rekomendacje zmian. Natomiast poniżej w tabeli prezentujemy spis wszystkich wniosków i rekomendacji, które szczegółowo opisane zostały w tej części opracowania.

SPIS I PODZIAŁ WNIOSKÓW

WNIOSKI OGÓLNE

- Błędne koło i iluzja publicznej ochrony zdrowia
- Budowanie relacji w oparciu o poznanie (wysłuchanie), szacunek, empatia i zrozumienie – potrzeba ludzkiego kontaktu
- Lekarze z powołania
- Lekarz w roli „receptomatu”
- Korzyści z hospitalizacji (por. wniosek: Zachodnie wzorce, psychiatria środowiskowa i deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej)
- Trudne momenty związane z hospitalizacją

WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI PRZED HOSPITALIZACJĄ

- Potrzeba obecności, wysłuchania oraz informacji i wyjaśniania, a także wielostronnej akceptacji (rodzice, znajomi, lekarz i pozostali specjaliści)
- Potrzeba odbudowania/zbudowania poczucia bezpieczeństwa
- Potrzeby i oczekiwania rodziców: przedstawienie własnego punktu widzenia, szybka i trafna diagnoza oraz „naprawa dziecka”
- Psychoedukacja dla rodziców (por. wniosek: Edukacja społeczna i psychoedukacja)

WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI W TRAKCIE HOSPITALIZACJI



- Instrukcja przyjęcia do szpitala i wprowadzenie w kontekst szpitalny dla pacjenta i rodziny
- Profesjonalne przyjęcie do szpitala – w tym rozmowa z pacjentem, a także przekazanie mu szczegółowych informacji o dalszych działaniach
- Budowanie relacji – potrzeba kontaktu, bycia zauważonym, wysłuchanym i sprawczym
- Dodatkowe zajęcia w trakcie hospitalizacji
- Potrzeba wsparcia rodziców (głównie w przypadku, gdy osoba chorująca jest niepełnoletnia; por. wniosek: Edukacja społeczna i psychoedukacja)
- Zróżnicowane postawy personelu szpitalnego w stosunku do chorych

WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI PO HOSPITALIZACJI

- Zalecenia po hospitalizacji – głównie farmakoterapia (por. wybrane dobre praktyki)
- Niedostępność wsparcia ambulatoryjnego po wyjściu ze szpitala
- Słuchanie pacjenta w trakcie wizyt ambulatoryjnych
- Próżnia poszpitalna

DODATKOWE SUGESTIE I REKOMENDACJE ZMIAN

- Edukacja społeczna i psychoedukacja
- Mniej instytucji, mniej szpitala, więcej deinstytucjonalizacji i psychiatrii środowiskowej
- Kształcenie w zakresie empatycznej komunikacji

WNIOSKI OGÓLNE

Błędne koło i iluzja publicznej ochrony zdrowia

Niedofinansowanie i „punktoza NFZ-u” (konieczność pozyskania i rozliczenia punktów) sprawiają, że w publicznych placówkach – głównie ambulatoryjnych – narasta frustracja specjalistów. Innymi słowy w polskiej ochronie zdrowia dominuje raczej podejście „pro-formalności”, a nie „pro-pacjent”. Poza biurokracją, źródłem rozczarowania jest brak możliwości poświęcenia odpowiedniej ilości czasu na pacjenta, a także kwestia związana z wynagrodzeniami. Świadomość, że za podobną usługę „na rynku” specjalista może uzyskać kilkakrotnie wyższe wynagrodzenie sprawia, że część osób rezygnuje z pracy w instytucjach publicznych, a **część obniża – mniej lub bardziej świadomie – jakość świadczonych przez siebie usług**. Kolejną kwestią związaną z niedofinansowaniem jest **rotacyjność pracowników**,



co sprawia, że pacjent często zmuszony jest do **opowiadania swojej historii – często bolesnej – wiele razy**, gdyż „nowy” lekarz nie jest w stanie wszystkiego dowiedzieć się z dokumentacji medycznej. Niektórzy badani wskazywali, że osoby pracujące w szeroko rozumianej opiece psychiatrycznej powinny zarabiać na tyle dużo, aby mogły **pracować z poczucia misji, a nie z konieczności utrzymania się**. Bardzo ważnym problemem jest także **niska dostępność wczesnej opieki ambulatoryjnej** (konsultacji, interwencji), długi okres oczekiwania sprawia, że osoba, której można było pomóc w danym momencie ambulatoryjnie, ze względu na pogorszenie jej stanu, musi zostać hospitalizowana.

Swego rodzaju wtórnym efektem kondycji i jakości usług państwowej opieki medycznej są **wygórowane i nierealistyczne oczekiwania wobec opieki prywatnej**. Oczekiwania te mają głównie rodzice dzieci zmagających się z trudnościami psychicznymi, którzy oczekują szybkiej poprawy i wyleczenia.

- „To nie jest tak, że te instytucje są złe same w sobie, bo one nie są złe, one mają takie narzucone warunki od NFZ-u czy od państwa, że nie da się tego zrobić inaczej i ja jestem tego punktu świadomy, bo ja też próbowałem tam, jakieś tam rzeczy zrobić inaczej, ale się nie da wielu rzeczy zrobić, bo na przykład **musi być wyrobienie punktów, żeby się zgadzała kasa**, żeby się dało to całość utrzymać ten cały biznes. A punkty są takie, że są głodowe w jakiś tam sposób. W sensie płatności, czyli jakby, żeby zatrudnić ludzi, którzy mogliby pracować dłużej z pacjentem albo w ogóle więcej, to jest w zasadzie niewykonalne przy takiej wersji finansowania. Jest zamknięte koło w pewien sposób” (W_31).
- „...więc ja mam wrażenie, że te odgórne narzucenie jest takie, że bardzo ciężko jest stworzyć warunki, żeby było to **pro-pacjent**, a nie tylko **pro-formalność**” (W_31).
- „Stawki są już w ogóle, nie przystające do rynku i nikt nie chce za tyle pracować, a ci co pracują: lekarze i psycholodzy robią to <na odwal> i przepraszam, że tak mówię ale tak było, bo to widziałem, że to są osoby, które nie radziły sobie, gdzie indziej, ale tu mogły być, więc mogły sobie robić tego pacjenta w pięć, dziesięć minut i go olewać całkiem... Potrzebowałby bardzo drastycznego podniesienia finansowania, ale też liczne zmiany mentalności decydentów. Nastawionych bardziej pro-pacjent.” (W_31).



- „Myślę, że w pierwszej kolejności, potrzebna jest **dostępność takiej konsultacji**, o którą w tej chwili nie jest łatwo, bo znalezienie miejsca, gdzie dość szybko można skonsultować się z lekarzem jest już pewnym problemem. Czasami ten czas oczekiwania jest tak długi, że pacjent nie jest w stanie doczekać wizyty w poradni i dokonuje takich działań, które powodują, że znajduje się na przykład w Izbie Przyjęć Szpitala jakiegoś no niekoniecznie psychiatrycznego i tam dopiero jest udzielana pomoc” (W_32).
- „W niektórych z tych placówek, ...jeśli się potrzebuje jakiejś pomocy, to nie zawsze się trafia do tej samej osoby po raz kolejny. Jest **rotacja pracowników**, więc czasami jak do mnie trafiają podopieczni do poradni czy do oddziału, to często mówią..., opowiadania swojej historii wielu osobom, ponieważ za każdym razem, kiedy przychodzą, to już ktoś inny przyjmuje i ta osoba, no jakąś tam wiedzę pozyskuje z dokumentacji medycznej, ale i tak musimy o to wszystko jeszcze raz zapytać, czyli to też wymusza... wielokrotne powtarzanie i wtajemniczenie, wprowadzanie nowych osób w temat” (W_32).
- „Pewnie inaczej trochę jest w klinice, gdzie jest więcej lekarzy, gdzie są lekarze rezydenci, ale wiem też, że są oddziały, na których **pacjent widuje się z lekarzem dwa razy podczas pobytu** i nie ma możliwości w ogóle uzyskania informacji. Takie miewam też relacje. Wydaje mi się, że to jest już w ogóle niedopuszczalne, no ale tak podobno bywa też” (W_32).
- „No bo cóż można zrobić tak naprawdę w czasie jednej 20- czy 30-minutowej wizyty, tak jak przewiduje to NFZ raz na dwa miesiące. Trudno w tym czasie jednocześnie dowiedzieć się o stan pacjenta, zrobić psychoedukację, wskazać miejsce, w którym... wysłuchać osobno pacjenta, osobno rodzinę, udzielić wsparcia, wypisać recepty. Jeszcze to wszystko skrupulatnie odnotować w komputerze, wydrukować, podstemplować i włożyć do dokumentacji medycznej. No wiem, że to jest niemożliwe, albo jedno, albo drugie. Myślę, że wielu naszych, moich kolegów i ja **też jak nie mam czasu, ograniczam się tylko do roli rzeczywiście no medycznej**” (W_32).
- „Natomiast cały czas jeszcze słyszę, że no nie wiem, ...<ale spotykałam się z panią psycholog w poradni tam raz na miesiąc albo raz na trzy tygodnie, no bo nie miała



wcześniejszych terminów>, bo zainteresowanie jest tak duże, że tak sobie to wyobrażam, że po prostu pacjenci, żeby być równo traktowani, to są jakoś tam... Tak żeby mieć sesję tak co tydzień, no to czasem jest to luksus...” (W_37).

- „...to też jest jakiś tam kłopot w oddziałach często, że ci lekarze jednak się zmieniają... Pacjenci często narzekają, że czasem w tym samym pobycie mają kilku lekarzy prowadzących” (W_37).
- „Natomiast no jest grono pacjentów, które wiemy już w Izbie Przyjęć, że na ten moment nie wymaga hospitalizacji i to są pacjenci, którzy są kierowani wtedy do psychiatrii ambulatoryjnie. No i tutaj **czas oczekiwania** na wizytę często jest nadal długi, tak i stąd to są pacjenci, którzy często wracają później na Izbę Przyjęć, po jakimś czasie z tym samym problemem, tak naprawdę” (W_38).
- „...no ja mogę mówić tylko o tym, co słyszę od pacjentów tak, że i to jest dla mnie przerażające, że pacjentka mówi, matka pacjentki mówi: <Wie pani mówi, ona była w szpitalu dwa miesiące. Ja nie mogę sobie wyobrazić, że to jest prawda. I przez te dwa miesiące widziała się z lekarzem trzy razy. Przy czym za każdym razem to był inny lekarz rezydent...” (W_39).
- „W Łodzi to jest mało punktów i miejsc, gdzie można uzyskać bezpłatną, znaczy jakoś opłacaną przez Narodowy Fundusz terapię...” (W_40).
- „No wydaje mi się, że to, co można by było zmieniać, należałoby zmieniać, to jest **dostępność**, to znaczy mam wrażenie, że jeżeli pacjent dostaje informację, że najbliższa psychoterapia w ramach NFZ-tu jest za rok. No to mam wrażenie, że to jest kiepska informacja dla tego pacjenta. W takim sensie, że nawet jeżeli on ma wstępną jakąś motywację do tego, żeby coś ze sobą zrobić, to po takim telefonie mam wrażenie, że no albo odpuszcza albo szuka czegoś no powiedzmy w tym segmencie prywatnym, natomiast no umówmy się, to nie jest tanie, a powinno być intensywne, więc tym bardziej tutaj się tego nie robi na pół gwizdka” (W_41).
- „No największym problemem jest **brak dostępności bezpłatnej opieki**. W takim sensie, że nie wiem, czy powinniśmy się zajmować jakością tych usług, ale wydaje mi się, że można trafić bardzo różnie. To to sam okres oczekiwania i tak dalej. Wiadomo, że no do specjalisty na całym świecie to się czeka. No ale wydaje mi się, że nie da się



przemilczeć sytuacji, że jeżeli masz do czynienia na przykład z wizytą psychiatryczną na NFZ, to mniej więcej lekarz zarabia na takiej wizycie, w cudzysłowie zarabia, bo rozumiem, że nie tylko rozmawiamy o pieniądzach, ale wydaje mi się, że ten kontekst jest ważny...” (W_41).

- „Znane są mi też ponad roczne terminy takie od pierwszych objawów do pierwszej konsultacji lekarskiej” (W_42).
- „No bo inne ma możliwości pacjent mieszkający w mieście Łodzi, a inne pacjent mieszkający w mieście, nie wiem, Kutno, Rawa Mazowiecka, gdzie czasami jedynym punktem wsparcia jest poradnia psychologiczno-pedagogiczna, która często ma niedobory personelu i tam uzyskać jakąś regularną opiekę psychologiczną, no to marzenie ściętej głowy, nie” (W_43).
- „No myślę, że tak wiesz, no, rekapitulując no, to ta **dostępność wczesnej interwencji**. Naprawdę by to znacznie ograniczyło konieczność hospitalizacji, bo czasami trafiają do mnie pacjenci z myślami i tendencjami, a tak naprawdę cały proces trwa 2, 3, 4 lata. A gdyby trafili 4 lata wcześniej, to prawdopodobnie nie byłoby w ogóle w ogóle takiego pomysłu, żeby gdzieś tam ten szpital był na horyzoncie, bo to są zupełnie innego rodzaju problemy” (W_43).
- „Tak naprawdę brakuje specjalistów, ale też brakuje psychologów w szkołach, żeby mogli tam pójść porozmawiać” (W_44).

Budowanie relacji w oparciu o poznanie (wysłuchanie), szacunek, empatia i zrozumienie – potrzeba ludzkiego kontaktu

Większość badanych mniej lub bardziej wprost nawiązywała do kwestii związanych z komunikacją, w tym w szczególności na brak czasu ze strony lekarzy na pogłębioną rozmowę z pacjentem. Obok niewystarczającej ilości czasu wskazywani także na niewystarczającą umiejętność komunikacyjnych lekarzy. Jednocześnie jako remedium podawano **ludzki kontakt**, który miałby polegać na gotowości lekarza do poświęcenia czasu pacjentowi, wysłuchania go, a także okazania empatii, zrozumienia i akceptacji. Dodatkowo w ramach, tak rozumianego kontaktu, lekarz powinien przekazać choremu niezbędne informacje, a także wyjaśnić mu jego sytuację oraz nakreślić plan działania. Wskazywano, że ważną kwestią w



ramach ludzkiego kontaktu jest **podmiotowe traktowanie pacjentów**, a także ludzie – zwyczajne zauważania i dostrzeganie pacjentów np. na szpitalnym korytarzu. Dodatkowo sugerowano, że kontakt między lekarzem a pacjentem powinien opierać się na **wzajemnym poznaniu i zaufaniu** – tak zbudowana relacja może istotną rolę jednego z czynników leczących.

- „To znaczy: poza taką wiedzą merytoryczną, która oczywiście jest potrzebna, ale no próbuję, żeby oni w ogóle naprzód mogli opowiedzieć swoją historię z czym przychodzą, co chcą..., zwykle go pytam: no ale w sumie, co tam było na początku, kiedy to się zaczęło, co pana czy panią sprowadziło, co się działo przedtem, jak doszło do tej sytuacji teraz, jak to się wszystko dzieje, **żeby chociaż móc trochę poznać gdzieś tam tą osobę**, żeby móc z nią złapać jakiś kontakt” (W_31).
- „Powiem tak: **wsparcie i empatia w szpitalach, miałem wrażenie, były czysto opcjonalne**. Jeżeli dany lekarz miał na to czas, chęci i siłę to tak, ale absolutnie nie było na to nacisku systemowego czy jakiegokolwiek...” (W_31).
- „Osoby, które do mnie trafiają, mają zwykle **ogromną potrzebę opowiedzenia** o tym, czego doświadczają - zarówno pacjenci, jak i rodziny. Podzielenia się tym doświadczeniem, tym lękiem, wątpliwościami co do tego, co się dzieje” (W_32).
- „**Cierpliwości myślę**, uprzejmości, takiej troski też, no żeby się lekarz zachowywał jak lekarz i traktował z szacunkiem tą osobę niezależnie od tego, ile jak może wydawać się, nie wiem, absurdalne, to co mówi czy dziwne” (W_32).
- „No dlatego ja co do zasady robię tak, że jak przychodzi do mnie pacjent, którego nie znam to jakby, no o ile on w pierwszych słowach nie zaczyna wypowiadać treści, które od razu wyglądają na chore psychicznie, czyli no jakieś treści urojeniowe czy coś innego, **to ja z nim rozmawiam nie o chorobie, tylko o nim**. I to ma takie, dwa takie walory, no po pierwsze często nasila jeszcze to ten, wiesz, to zdziwienie <właściwie co ja tutaj robię, jakiś obcy typ mnie odpytuje, no nie wiem, jaką ja szkołę skończyłem i czy mam dziewczynę albo chłopaka albo cokolwiek innego>, ale z drugiej strony to pewnie trochę jednak działa uspokajająco, <że ktoś chce mnie poznać, tak, chce ze mną porozmawiać. Często to jakby łagodzi ten problem, tak że jak trochę porozmawiamy,



tak po prostu ogólnie z takim założeniem, że właściwie nie mówimy o no jakby kłopotach, tylko mówimy o po prostu o człowieku” (W_33).

- „Taki to chyba potrzebuje na początku wiesz, nie wiem... **empatii**, wiesz, coś takiego, wiesz, dobrego, dobrej atmosfery, wiesz, takiego trochę ogarnięcia?” (W_33).
- „To jest też to, co ja widzę u takich pacjentów, zwłaszcza młodych, to bardzo dobrze robi im, jak się okazuje, że jest jakieś pole, które on może rozumieć jako wspólne. Czyli na przykład, nie wiem, powie, że się interesuje, nie wiem, muzyką na przykład, no to ja go zapytam jaką. A jak się dogadamy, że nie wiem, znamy jakiegoś wspólnego wykonawcę na przykład, to jest jakaś tam nitka albo mi powie, że sportem, że powie, że filmem, czymkolwiek powie to mogę spróbować się gdzieś tam, tak? Jak powie coś egzotycznego, no to się z nim nie dogadam, ale jak powie coś takiego bardziej ogólnego w sensie kultury czy sportu czy nauki no to w to mogę spróbować tak, czyli gdzieś tam próbuje takie, wiesz, takie nici porozumienia budować hmm...” (W_33).
- „Ja myślę, że właśnie, że lekarz jest obciążony poważną, taką misją bym powiedziała, że tak powinien to **poczucie bezpieczeństwa wzmocnić**. Tego ludzie oczekują, że coś doktor pomoże, że właśnie doktor pomoże” (W_36).
- „Często psycholog w szkole jest taką pierwszą osobą, która jeżeli to jest dobry człowiek budzący zaufanie, to młodzież zwraca się do takiej osoby. I tutaj jest właśnie taka rola też poza rodziną, jakiś takich właśnie osób w szkole bliskich, nauczycieli czasem, którzy wychwycą, że coś jest nie tak” (W_37).
- „**Rozmawiać przede wszystkim to rozmawiać** z tym młodym człowiekiem właśnie o tym, co się dzieje. Właśnie w ogóle zauważyć, że coś się dzieje, ale żeby to zauważyć, no to trzeba spędzać razem czas ze sobą...” (W_37).
- „Na pewno też **wymagają empatii**, tak. Pacjenci zazwyczaj z tego co słyszę, mówią, że najbardziej dla nich ważne jest, że lekarz jest empatyczny, że wysłucha. Słyszałam też wielu rodziców mówi, że lubi jak lekarz jest konkretny” (W_38).
- „...ja uważam, że jak rozmawiam z pacjentem, to dokładam wszelkich starań, że w tym momencie, tak jak teraz rozmawiamy, żeby pacjent miał poczucie, że on jest dla mnie bardzo ważny. Że ja jestem zainteresowana, że zainteresowana jego problemem, że robię wszystko, żeby zrozumieć jego problem i żeby mogła zbudować poczucie



bezpieczeństwa pacjenta, nawet mówiąc o tym, że no to o czym rozmawiamy jest tajemnicą, ale jeżeli powiesz mi, że masz myśli samobójcze, czy chcesz się zabić, to ja czuję się zwolniona z tego, tak? Żeby on to uznał” (W_39).

- „No wydaje mi się, że tak jak w każdym rodzaju projektu i tutaj nie jest inaczej, no po prostu trzeba mieć do siebie zaufanie i trzeba móc na siebie liczyć. To po pierwsze, a po drugie trzeba się trochę poznać, tak naprawdę no...” (W_41).
- „**Myślę, że to, co leczące jest i bardzo pomocne, no to jest kontakt w ogóle.** To jest coś takiego, że... Oczywiście, że też umówmy się, w takich realiach, no nie jest to możliwe, żeby być cały czas dostępny dla wszystkich pacjentów, no bo tych pacjentów jest dużo, a personelu jest mało, ale generalnie nawet taki, myślę, że przede wszystkim to, że... (tak sobie myślę tak na szybko i na gorąco) to jest to, co pomaga no to właśnie zauważenie pacjenta jako człowieka, ale na przykład, to bardzo brzmi górnolotnie, ale chodzi o to, że na przykład mówi się „dzień dobry” pacjentowi” (W_44).
- „Tak to w ogóle tak, że ty jesteś nadal bardzo wartościowym człowiekiem, tak? Możesz też wiele dać i wziąć, więc jakby tutaj, żeby ta **podmiotowość** dla nas, dla mnie chyba najbardziej bliska, że tu trzeba by było bardzo być uważnym, bo pacjenci też są na to bardzo... Myślę, że każdy z nas jest bardzo na to uważny, czy traktujemy osobę jako właśnie już F20, tak jak już się tak przypięłam do tego, czy traktujemy osoby jako osobę jako podmiot...” (W_44).
- „Chodzi tu o zwykłą **ludzką życzliwość** na oddziale, czyli żeby nie był tylko przedmiotem, którego się przesuwa z łóżka albo robi się procedury...” (W_45).
- „...więc myślę, że tutaj pracy mamy tylko sobie tak myślę, że w tym wszystkim najważniejszy to jest, jak ja to nazywam, **taki zwykły ludzki kontakt z pacjentem.** Nie na zasadzie kontakt za zamkniętymi drzwiami, tak, i z ograniczoną dostępnością, z bardzo ograniczoną. Tylko jeszcze taki najzwyklejszy ludzki kontakt człowieka z człowiekiem” (W_45).

Lekarze z powołania

Mimo znacznych niedofinansowań opieki zdrowia, w tym sfery wynagrodzeń, zdarzają się lekarze z tzw. powołania, czyli zaangażowani, empatyczni, dla których ważniejsze jest



podejście „pro-pacjent” niż „pro-formalności”. Aczkolwiek ich zaangażowanie często wiąże się z poświęceniem prywatnego czasu. Niemniej jednak, takie osoby, zwłaszcza na wyższych stanowiskach są niezmiernie potrzebne, gdyż stanowią **wzór dla młodych lekarzy i specjalistów**. A taki **wzór zaangażowania oraz empatycznego i humanistycznego podejścia**, przejawiającego się gotowością poświęcenia swojego czasu na rzecz pacjenta, jest bardzo ważny w psychiatrii, która ze względu na swój obszar, znacznie wyróżnia się od innych specjalizacji.

- ...czyli jakby staram się rozmawiać z nimi, ale niestety potem siedzę i piszę, często zajmuje gabinet dłużej... uzupełniam tę dokumentację nieszczęsną, której nie lubię, bo ja papierów nie lubię. Ja z ludźmi mogę dobrze gadać, natomiast papierów nie lubię. **Zwykle próbuje na przód złapać jakieś porozumienie** czy jakiegokolwiek porozumienie...” (W_31).
- „Ja widziałem, że ona faktycznie **miała takie podejście do tych pacjentów, no że była w stanie z jednym siedzieć długo**, czy tam godzinę..., nikt za to nie płacił..., siedziała gadała i też to trochę przechodziło na tych lekarzy (młodszych – przyp. K.B.), którzy tam pracowali, bo ona była tam ordynatorem...” (W_31).
- „Powiem tak: wsparcie i empatia w szpitalach, miałem wrażenie, były czysto opcjonalne. Jeżeli dany lekarz miał na to czas, chęci i siłę to tak, ale absolutnie nie było na to nacisku systemowego czy jakiegokolwiek...” (W_31).
- „To jest jedno <od góry>, ale drugie <od góry>, którego celem jest kierownik, który jest w stanie, czy ktoś, ktoś kto jest **ordynatorem albo kierownikiem i jest w stanie przekazać, taki kawałek bardziej humanistycznego podejścia do pacjenta**. A to nie jest norma, bo większość, mimo wszystko, raczej ma podejście...Często są to bardzo dobrzy specjaliści w sensie wyedukowania, pracy naukowej i tak dalej, ale pacjent jest gdzieś tam. Na przód się ocenia te wszystkie leki, jak będą działa, a potem się ocenia kontakt z pacjentem” (W_31).
- „Ja myślę że, wiesz, jednak tak sobie wyobrażam, że **ja pracuję sobą**, tak? I myślę, że w ogóle każdy lekarz, czy terapeuta pracuje sobą w jakiś sposób, tak?” (W_33).
- „To jest też to, co ja widzę u takich pacjentów, zwłaszcza młodych, to **bardzo dobrze robi im, jak się okazuje, że jest jakieś pole, które on może rozumieć jako wspólne**.



Czyli na przykład, nie wiem, powie, że się interesuje, nie wiem, muzyką na przykład, no to ja go zapytam jaką. A jak się dogadamy, że nie wiem, znamy jakiegoś wspólnego wykonawcę na przykład, to jest jakaś tam nitka albo mi powie, że sportem, że powie, że filmem, czymkolwiek powie to mogę spróbować się gdzieś tam, tak? Jak powie coś egzotycznego, no to się z nim nie dogadam, ale jak powie coś takiego bardziej ogólnego w sensie kultury czy sportu czy nauki no to w to mogę spróbować tak, czyli gdzieś tam próbuje takie, wiesz, takie nici porozumienia budować hmm...” (W_33).

- „...dosyć łatwo, **żeby to dziecko się poczuło dobrze ze mną**. I często takie też miałam sygnały od dzieci, że <Pani doktor, a pójdzie pani ze mną do mojej mamy i jej wytłumaczy? > na przykład. Nawet to się zdarzyło chyba ze dwa, trzy razy, że taki był chłopczyk, który tak mnie prosił, że nie byłam mu w stanie odmówić” (W_36).
- „No na przykład ostatnio była pacjentka jedna, z którą rozmawiałam i mówiła, **że trafiła w szpitalu za pierwszym pobytom na fantastyczną panią doktor, która właśnie z nią rozmawiała i rozumiała ją, była empatyczna**, czyli mówiła o takim kontakcie, że to był dobry kontakt z nią” (W_37).
- „...w moim przekonaniu lekarz prawie w ogóle nie rozmawia z pacjentem, o tym jak on funkcjonuje psychicznie, emocjonalnie, czy jaką ma sytuację życiową, rodzinną. Oczywiście są wyjątki na szczęście, także **znam przykłady lekarzy, którzy dużo czasu poświęcają, ale najczęściej są to naprawdę wyjątki**” (W_40).

Lekarz w roli „receptomatu”

Część lekarzy psychiatrów ze względu na brak czasu lub niechęć i brak umiejętności komunikacyjnych przyjmuje rolę „receptomatu” – instytucji wystawiającej recepty w oparciu o zdawkowe przedstawienie trudności przez pacjenta – 5-minutową wizytę. Ten typ lekarza może stanowić pierwszy kraniec kontinuum, natomiast na ostatnim znajdują się lekarze z powołania, którzy są w stanie realizować ideę tzw. **ludzkiego kontaktu**, który przejawia się gotowością do poświęcenia czasu pacjentowi, wysłuchania go, a także przekazania mu rzeczowej i profesjonalnej informacji.

W tym miejscu warto też zwrócić uwagę na konieczność **zmiany – uproszczenie – języka**. Choć wskazywano, że część pacjentów – zwłaszcza młodych – czerpie dużo wiedzy



z internetu, ale nawet jeżeli posługują się terminami medycznymi warto zweryfikować, jak je rozumieją.

- „Natomiast to co chciałem zaznaczyć, nawet nie w kontekście pierwszej wizyty, w sensie co się dzieje przed nią tylko o tym, co się dzieje na wizycie. To znaczy mam absolutnie jasność, że duża część naszych kolegów traktuje te wizyty tak jakby.., koncentruje się na jednym wybranym wątku tego, co się dzieje z pacjentem. To znaczy, jeżeli przychodzi pacjent, jaki lek mu dobrać, żeby uznać, że wizyta się odbyła i możemy przyjąć następnego pacjenta, to znaczy mniej często interesuje nas kontekst, mniej często właśnie nawiązuje nas, interesuje nas nawiązanie kontaktu realnego z pacjentem, bo to wymaga czasu i pewnego też nakładu, no wysiłku, nakładu, no właśnie i to samo dotyczy rodziny, że to są kolejne 10, 15, 20 minut, a tego czasu rzeczywiście mamy tyle ile mamy i to często sprowadza się, że część lekarzy uznaje, że najlepsze są wizyty telefoniczne, bo wtedy można przez 5 minut przypisać receptę i uznać, że wszystko jest pod kontrolą” (W_41).

Korzyści z hospitalizacji (por. wniosek: Zachodnie wzorce, psychiatria środowiskowa i deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej)

Pomimo wskazywanych mankamentów związanych z pobytem w szpitalu, część badanych znajdowała argumenty podkreślające korzyści z hospitalizacji. Wspominano, że pobyt w szpitalu często po prostu **ratuje życie**. Hospitalizacja często **przynosi ulgę także rodzicom**, którzy zyskują pewność, że ich dziecko w szpitalu jest bezpieczne i nic sobie i nikomu innemu nie zrobi. Co więcej, dla części pacjentów – głównie dzieci i młodzieży, **szpital jest bezpiecznym miejscem**, w którym mogą nawiązać znajomości i przyjaźnie, a także tymczasowo wyrwać się z niekorzystnego środowiska rodzinnego.

- „...ale te historie z młodzieżówki, one najczęściej były takie, że... **oddział był na pewno potrzebny tym ludziom**, no bo jeżeli chcieli się zabijać, no to, **to uratowało im życie**, w taki czy inny sposób. Ale na pewno nie jest tak, że oni go wspominali jakoś super dobrze. Ale znowu to jest powiedzmy 70%. Myślę, że **30% znajdowało tam przyjaciół**, podobnych innych pacjentów. I oni wtedy, w tym się znajdowali bardzo dobrze i takie osoby często same chciały potem wracać do tego szpitala, bo oni po prostu znaleźli



bratnie dusze, ludzi którzy ich rozumieli i byli podobni i nie mówię o personelu bynajmniej tylko innych pacjentach” (W_31).

- „I myślę, że to oczekiwanie szpitale spełniają, w taki czy inny sposób, takie bardzo podstawowe, żeby się nie powiesił, żeby się nie... nadużył tabletek, żeby nie rozwalił sobie głowy, jak jest w manii to komuś innemu. To spełnia, to takie absolutnie podstawowe, żeby przeżył. Natomiast takie oczekiwanie długotrwałego leczenia, to już zależy, to mam wrażenie, że takiej realnej pomocy, żeby wyprowadzić z tego, to chyba troszkę gorzej z tym, ciężiej” (W_31).
- „Na tych otwartych (oddziałach – przyp. K.B.), ale to też ja mam z takimi oddziałami akurat więcej do czynienia, że tak powiem, ale **wielu pacjentów mówi o tym, że się cieszą, że są w szpitalu, bo się czują bezpiecznie**. To też jest tak, że to nie zawsze jest tak, że to jest jakiś traumatyczny czas i są tacy pacjenci... no to się wiąże z rodzajem choroby, mają urojenia, boją się, że ktoś im coś zrobi, czują zagrożenie w miejscu pobytu czy w tym swoim środowisku, to dla tych pacjentów przyjęcie do szpitala jest z kolei takim odbarczeniem, że się znaleźli w innym środowisku, które już znają, bo tutaj już kiedyś byli. Mają wiedzę, że będą mieli pomoc. Wiedzą, że są jakoś w takim bezpiecznym azylu można powiedzieć na jakiś czas przynajmniej i to pacjenci sami mówią, że ja już się czuję lepiej. Nawet jeszcze przed zmianą powiedzmy leków, czy.. bo się tutaj czuję bezpieczne...” (W_34).
- „Czasem korzyścią jest to, że jest wyjęte, jakkolwiek źle to nie zabrzmiało, że swojego środowiska rodzinnego i może w pewien sposób odpocząć. Jeśli chodzi o **to wyjęcie z tego środowiska rodzinnego**, no to było smutne, zwłaszcza tam w Grudziądzu, bo byłam niejednokrotnie świadkiem właśnie takich sytuacji, gdzie dzieci nie chciały wracać do swoich domów rodzinnych, bo w oddziale było im lepiej niż w domu” (W_37).
- „Wydaje się, że no największa trudność jest w zmianie środowiska rodzinnego, w zmianie systemu rodzinnego i że dzieci zauważając to tak jakoś poszukują innego miejsca, w którym mogłyby się poczuć bezpiecznie. I niestety tutaj oddziały psychiatryczne są przepełnione dziećmi, które po prostu czują, że powrót do domu jest zbyt trudny. Natomiast szpital też nie jest miejscem, które mogłoby rozwiązać ich



trudności w domu i wtedy pozostają w szpitalu wiedząc, że to jest jakieś mniejsze zło” (W_38).

- „Ja myślę sobie, że to jest tak, jak słucham rodziców, którzy oddali dziecko do szpitala czy zostali zmuszeni oddać dziecko do szpitala, bo jakiś lekarz powiedział, że musi iść do szpitala, bo jak nie pójdzie, to się skończy tragicznie. To jest bardzo duża, z jednej strony **ulga dla rodziców**, bo dziecko jest pod opieką i że będzie zabezpieczone przed samobójstwem czy próbą samobójczą” (W_39).
- „No były też osoby, które bardzo sobie ceniły ten pobyt na oddziale i wręcz ciężko je było wypisać. Z jakiegoś powodu poza szpitalem czuły się niebezpiecznie, zagrożone...” (W_43).
- „I z takich aspektów psychologicznych to takiego, jeśli jest długo, jak na przykład jest długi pobyt nie wiem... dwa – trzy miesiące, to na przykład, takiego powrotu do... to jest trudne, do takiego życia poza tym szpitalem. I często się stykają z tym, że właściwie niewiele zmieniło się w rodzinie i wracają do tego wcześniejszego stanu. Może być to też kryzysowe, bo czasami mają taką nadzieję, że to zupełnie się zmieniło, a czasami się okazuje, że to się zupełnie nie zmieniło... I zdarzają się powroty do szpitala” (W_44).

Trudne momenty związane z hospitalizacją

Oprócz korzyści z hospitalizacją wiążą się także pewne trudne chwile. Jedną z nich jest konieczność korzystania z oddziałów dla dorosłych stosunkowo młodych ludzi, którzy ukończyli 18 rok życia. Jeden z badanych wskazał, że obserwacje i doświadczenia zbierane przez młodego człowieka na takim oddziale, mogą być dość trudnym przeżyciem. Również obserwacja osób, które są zapisane w pracy może być traumatycznym doświadczeniem. Z drugiej strony, trudnym momentem może być także konieczność wyjścia ze szpitala, w tej sytuacji szpital może być postrzegany jako „opiekująca się matką”, która przedwcześnie nakazuje usamodzielnienie.

- „Osoba, która skończyła 18 lat, nie znajduje się tam w dziale młodzieżowym, bo jak skończyła, to administracyjnie jest taki nakaz, że nie można przyjmować do działu młodzieżowego kogoś. W związku z tym ona trafia na **oddział dla dorosłych**. I nagle się zderza po prostu z gromadą ludzi, którzy mają problemy. I to jakie – najróżniejsze.



Chorują ileś lat na przykład i ich wygląd już i zachowanie często są dla tego nastolatka po prostu dramatycznie trudnym zjawiskiem do przeżycia” (W_36).

- „Tak, spotkanie z pacjentami jakimiś bardzo autodestrukcyjnymi, okaleczającymi się, tak. Czasem no zdarzają się przecież też sytuacje, że pacjent jest brany w pasy, czy na skutek tam... ma jakiś napad histeryczny czy inny, krzyczy, jest w oddziale poruszenie, jest zapinanie go w **pasy**, on krzyczy, tak więc wszyscy inni są tego świadkami. To jest dla wszystkich stres, i dla personelu i dla osoby, która oczywiście jest zapinana w pasy i dla obserwatorów, czyli dla innych pensjonariuszy, tak więc zderzenie z tą rzeczywistością też bywa trudne dla takich młodych ludzi” (W_37).
- „Myślę, że dla części pacjentów, to jest taki trudny moment przy wyjściu ze szpitala, zwłaszcza jeżeli to jest szpital, taki z leczeniem całodobowym, no często pacjenci mówią o tym, że się czują bezpiecznie jak są w szpitalu, a to jest taki moment, że tak jakoś pacjenci to przeżywają, że to jest taki **moment utraty tego poczucia bezpieczeństwa**, tak. Można sobie wyobrazić, że trochę **szpital jest, taką wielką matką**, którą, która wzięła pod opiekę i teraz jakby w odczuciu niektórych pacjentów przedwcześnie każe im być bardziej samodzielnymi” (W_42).

WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI PRZED HOSPITALIZACJĄ

Potrzeba obecności, wysłuchania oraz informacji i wyjaśniania, a także wielostronnej akceptacji (rodzice, znajomi, lekarz i pozostali specjaliści)

Jedną z głównych potrzeb przed hospitalizacją jest znalezienie odpowiedniego specjalisty, który będzie gotowy zaoferować swój czas i wysłuchać osoby, która zaczyna doświadczać pewnych niepokojących objawów. Ważne jest także otrzymanie informacji, które umożliwią zrozumienie sytuacji przez osobę, która zaczyna chorować. Istotne jest także okazanie jej zrozumienia przez innych. To zrozumienie społeczne można byłoby osiągnąć poprzez **edukowanie społeczeństwa** w zakresie szeroko rozumianej opieki zdrowia psychicznego, a także psychoedukację rodziny i bliskich – część rozmówców wskazywała na konieczność wsparcia rodziny i pracy z nią, w momencie rozpoczęcia leczenia/terapii przez jednego z członków rodziny. Jednocześnie podkreślano, że takie działania mają miejsce dość sporadycznie. W każdym razie **w początkowym okresie potrzebna jest obecność,**



wysłuchanie, a następnie wyjaśnienie sytuacji przez specjalistę np. czasami wystarczająca może się okazać normalizacja.

- „A w kontakcie z lekarzem no najczęściej myślę, że pacjenci... Ja myślę, no nie wiem czy tak faktycznie jest, że oczekują jakiejś takiej **przejrzystości też diagnozy, planu leczenia**, jak to długo potrwa, co będzie wdrażane i dlaczego? Jakie leki? No i poszanowania też prywatności” (W_32).
- „**Obecności i też jakieś obiektywizacji** tego, co się dzieje, bo część tych młodych ludzi przeżywa jakieś kłopoty czy kryzysy, które są normatywne i czasem właśnie ta obecność i taka **normalizacja** tego, że to co się dzieje, to ma prawo się tak dziać. To jest takim pierwszym i czasem wystarczającym, ważnym elementem czy aspektem, który może pomóc. Ale gdy to jest coś poważniejszego i wykracza poza jakiś tam taki normatywny kryzys to, to też obecność, że ten młody człowiek jest widziany, że jego sprawy są ważne dla kogoś dorosłego i często to tak jest” (W_37).
- „**Rozmawiać przede wszystkim to rozmawiać** z tym młodym człowiekiem właśnie o tym, co się dzieje. Właśnie w ogóle zauważyć, że coś się dzieje, ale żeby to zauważyć, no to trzeba spędzać razem czas ze sobą...” (W_37).
- „Myślę, że to jest też istotne. Dla dziecka, na pewno ważne jest **wysłuchanie**, nawet takich rzeczy, których inny dorosły do tej pory nie chciał wysłuchać, bądź nie miał czasu, bądź nie miał możliwości. Przyjęcie dziecka takim jakie jest, zobaczenie w nim pełni potencjału, nie tylko objawów. I myślę też, że ogólnie rozumiane przymierze terapeutyczne... Tak samo uważam, że jest ważna do tej pracy lekarza z pacjentem” (W_38).
- „No mam tutaj na myśli, w tej chwili młodych ludzi, bo mam relacje osób, które szukają pomocy psychologicznej, są na pograniczu młodości, znaczy dzieciństwa młodości, to najczęściej są 17- 25 lat ludzie, no to oni doświadczają wielu różnych problemów, objawów po prostu depresyjnych albo lękowych, albo związanych z uzależnieniami też i pytają się mnie często, gdzie mogą znaleźć pomoc za darmo psychologiczną, czyli że już mają potrzebę specjalisty. Pytają, czy jest ktoś, kto może porozmawiać z nimi po prostu najpierw i wydaje się, że oni chcą **najpierw konsultacji**, czyli żeby ktoś rozstrzygnął, jaka forma pomocy będzie im potrzebna. Czy tylko wsparcie



psychologiczne czy terapia, czy wręcz leczenie psychiatryczne, czy no i szukają kontaktów. To znaczy pytają o nazwisko, telefony, gdzie można taką pomoc uzyskać?” (W_40).

- „To w tym momencie rozumiem, że jak oni porozmawiają godzinę, bo tyle u mnie przynajmniej trwa, godzinę, pierwsza wizyta, godzinę czasami trochę dłużej, czasami krócej, w zależności od potrzeby. To oni mają, takie poczucie przynajmniej, że ja nie..., no nie wymyślę może mądrzejszego leku, ale że przynajmniej ja się zorientowałem i jakoś próbowałem to, próbowałem to, na tyle zgłębić, że on jest w stanie być przekonany, że ja, że ja zrobiłem na tyle dużo, że on jest spokojny, że ja się starałem to zrobić dobrze” (W_41).
- „Trochę idąc za tym, no to myślę, że jakiegoś zakotwiczenia też potrzebują. Myślę, że w jakimś zakresie **jakichś informacji, co się z nimi dzieje**, jakby to jeden wymiar. Drugi wymiar no właśnie jak mogą sobie pomóc? No część osób się jakoś bardzo interesuje diagnozą, inni się w ogóle tym nie interesują, w sensie diagnozą taką psychologiczną. Też myślę, że potrzebują jakoś zrozumienia w wymiarze no jakby takim społecznym, ze strony czy otoczenia, rodziny” (W_42).
- „...**żeby mieć z kim pogadać, żeby mieć rzeczową informację, której brakuje na tych wstępnych etapach**. Też te informacje są często niepełne, często są to ludzie nie do końca przygotowani do takiej pracy, czysto przypadkowe osoby, tak że nie ma takiego systemu, który... takiego punktu, do którego można się zgłosić. Powiedzieć mam problem taki i taki. A tam siedzi człowiek, który wie co dalej...” (W_43).
- „Oczekuje, że zostanie **wysłuchany**, że zostanie mu przedstawiony jasny plan, co z tym robimy, że zostanie pokierowany do dalszej opieki ambulatoryjnej, że nie poczuje się jakoś wypluty z tego szpitala i radź sobie człowieku dalej” (W_43).
- „Ale na przykład myślę, że jeżeli to są stany pośrednie albo stany, gdzie nie ma na przykład psychotycznych objawów, ale też jest to choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne tylko inne to ja myślę, że **pacjent potrzebuje obecności i informacji**, jeżeli już znajduje się w szpitalu, tak” (W_45).

Potrzeba odbudowania/zbudowania poczucia bezpieczeństwa



Kolejną potrzebą, która wiąże się z chęcią zrozumienia sytuacji jest potrzeba zbudowania lub odbudowania poczucia bezpieczeństwa. To możliwe jest m.in. w oparciu o informacje przekazywane przez specjalistów, a także stosunek specjalistów do chorego.

- „Potrzebuje, żeby mu pomóc to **poczucie bezpieczeństwa** odzyskać albo w ogóle uzyskać, bo są rodziny, w których tego poczucia bezpieczeństwa od momentu poczęcia dziecka jest bardzo mało...” (W_36).
- „...ja uważam, że jak rozmawiam z pacjentem, to dokładam wszelkich starań, że w tym momencie, tak jak teraz rozmawiamy, **żeby pacjent miał poczucie, że on jest dla mnie bardzo ważny**. Że ja jestem zainteresowana, że zainteresowana jego problemem, że robię wszystko, żeby zrozumieć jego problem i **żebym mogła zbudować poczucie bezpieczeństwa pacjenta**, nawet mówiąc o tym, że no to o czym rozmawiamy jest tajemnicą, ale jeżeli powiesz mi, że masz myśli samobójcze, czy chcesz się zabić, to ja czuję się zwolniona z tego, tak? Żeby on to uznał” (W_39).
- „Myślę, że **potrzebuje jakby informacji, różne rzeczy, które dadzą mu jakieś osadzenie, poczucie bezpieczeństwa**. Znaczący myślę, że informacja na temat tego, co się dzieje jest jednym z czynników, które może dać poczucie bezpieczeństwa, choć oczywiście jest nie jedynym czynnikiem. Jakby też możliwość zobaczenia jak może wyglądać ten proces leczenia” (W_42).

Potrzeby i oczekiwania rodziców: przedstawienie własnego punktu widzenia, szybka i trafna diagnoza oraz „naprawa dziecka”

Część badanych wskazywała, że w przypadku pacjentów nieletnich, to zwykle rodzice są inicjatorami przyścia do lekarza. W tej sytuacji rodzice lub opiekunowi mają również swoje oczekiwania i potrzeby. Część oczekuje jasnej diagnozy, a następnie planu działania, który ma pomóc ich dziecku. W tym celu są gotowi, aby przedstawić sytuację ze swojej perspektywy, objawiając się, że dziecko ze względu na objawy może nieco zniekształcić rzeczywistość. Część ma nierealistyczne oczekiwania – oczekuje szybkiego „odczarowania” – uleczenia dziecka. Z kolei dla jeszcze innych trudne jest samo pogodzenie się, że w ich rodzinie może wystąpić choroba psychiczna.



- „Tak sobie patrzę po tych pacjentach, no bo w przypadku młodzieży no to najczęściej oni są przyprowadzani, umówmy się, rzadko oni sami chcą przejść do mnie. Znaczący, zwykle się dogadujemy dobrze, ale najczęściej jest tak, że to rodzic ma inicjatywę, żeby przyprowadzić dziecko do psychiatry. Tak najczęściej jest i wtedy jest rzeczywiście tak, że **najczęściej rodzic chyba ma takie oczekiwanie, żeby to dziecko, to źle zabrzmiało, ale żeby naprawić to dziecko w jakiś sposób**” (W_31).
- „I też myślę, że mają też rodziny czasami, bardzo często, **potrzebę przedstawienia sytuacji ze swojej perspektywy**, ponieważ no mają takie poczucie, że osoba chora, chorująca, w kryzysie, widzi bardzo subiektywnie i swój stan zdrowia i sytuację, jakie do tego doprowadziły. Mają potrzebę też, żeby zostać wysłuchanym przez lekarza, żeby przedstawić fakty, które obawiają się, że nie zostaną przez pacjenta przekazane, a mogą wpłynąć na diagnozę czy na proces leczenia. Rodziny nie zawsze mają możliwość, a chciałyby być też w kontakcie z lekarzem prowadzącym” (W_32).
- „No często jest taka sytuacja, że rodzina jest przestraszona całą sytuacją i myślę, że główne oczekiwanie rodziny, no może być takie, że ja mogę się podjąć i mogę, i mogę powiedzieć, że prawdopodobnie wiemy o co chodzi i prawdopodobnie będę wiedział jak pomóc i myślę, że to jest to może być dla wielu rodzin, jakby kluczowe zupełnie” (W_33).
- „Czasami rodzina na początku ma **oczekiwania kompletnie nierealistyczne**, z gatunku, że pacjent przyjdzie do mnie raz i będzie po prostu tak, że ja go naprawię, tak. Czasami rodziny są takie, że trochę traktują mnie jak warsztat samochodowy, tak. No wie Pan, córka jest zepsuta, proszę ją tutaj naprawić, jakiejś części zamienne, coś wymienić i tu nam nową oddać, tak. To wtedy ja rozumiem, że prawdziwym oczekiwaniem jest psychoedukacja, chociaż rodzina może tego tak sama nie...” (W_33)
- „Natomiast oczekiwania rodziny, to myślę, że przy tych pierwszych wizytach, to są takie, żebyśmy jak najlepiej pomogli, **żeby jak najszybciej przeszło**. No i żeby najlepiej jak najmniej, jak najkrócej się z tym lekarzem widzieć i żeby ten koszmar się skończył” (W_34).
- „Myślę sobie, że potrzeby, wiesz, myślę że mają taką potrzebę w sobie, **żeby pomóc temu dziecku**, że widzą, że się coś z nim dzieje, bo przychodzą i mówią to, jak on nie



wychodzi z domu, nie wychodzi z pokoju, nie kontaktuje się z nami, więc widzą, że coś jest nie tak i mają potrzeby pomocy. Myślę, że bardzo się boją różnych zachowań autodestrukcyjnych u swoich dzieci, które wiesz, że w tej chwili są powszechne, prawda?” (W_35).

- „Myślę sobie, że tak, że jakby no oczekują, że ta **diagnoza** będzie postawiona, jak najbardziej trafnie, że dowiedzą się, no przynajmniej mnie się tak wydaje, że będą mieli taką pełną wiedzę, a przynajmniej jeśli niepełną to pełniejszą, bo można zrobić badania. Począwszy od badań już takich normalnie medycznych. Więc jakby wykluczone będą różne przyczyny organiczne, że będą mieli więcej wiedzy na temat, nie wiem, po badaniu psychologicznym, że psycholog kliniczny jednak więcej informacji zwrotnej da. Myślę sobie, że mają, takie oczekiwania, że to dziecko będzie zabezpieczone, że potem muszą się dalej zgłosić do psychiatry, ale że to dziecko będzie zabezpieczone, tak sobie wyobrażam” (W_35).
- „Zrozumienia otoczenia, że potrzebuje wsparcia, potrzebuje pomocy najbliższych i z tym myślę sobie, że jest najtrudniej, że jakby łatwiej zwrócić się do kogoś z zewnątrz, czyli no pójść do lekarza, czy skorzystać, nie wiem, z telefonu zaufania. Ale no i to jest chyba naj... bo też jest trudne, ponieważ **trudno jest rodzinie zaakceptować chorobę psychiczną w rodzinie**: dziecka, brata, siostry, męża, żony, kogoś bliskiego i też im trudno zwrócić się do najbliższych. Ale to to byłoby im najbardziej potrzebne: wsparcie, wsparcie i wyrozumiałość, zrozumienie, zrozumienie najbliższych osób” (W_39).

Psychoedukacja dla rodziców (por. wniosek: Edukacja społeczna i psychoedukacja)

Niektórzy badani wskazywali, że rodzice dzieci z trudnościami psychicznymi, od najwcześniejszych momentów leczenia potrzebują wyjaśnienia sytuacji, a także otrzymania informacji z ewentualnymi scenariuszami. Formułowane przez część rodziców nierealistyczne oczekiwania, mogą być spowodowane ogólnym niskim poziomem wiedzy na temat chorób psychicznych w społeczeństwie. W związku z powyższym sugerowano, żeby już od momentu rozpoczęcia leczenia ambulatoryjnego dziecka, ale także w trakcie hospitalizacji, objąć wsparciem także rodziców i wprowadzić dla nich psychoedukację.



- „Ja bym szczerze mówiąc się pewnie lepiej czuł jakby istniały jakieś takie **formy dla rodzin takie psychoedukacyjne**. Taka psychoedukacja dochodząca, no to w szpitalach to trochę działa, w szpitalu organizują psychoedukację dla rodzin, natomiast ambulatoryjnie to działa słabo. Przynajmniej ja nie mam świadomości żeby takie, wiesz, być może działa, ale nie dociera informacja” (W_32).
- „Czasami rodzina na początku ma oczekiwania kompletnie nierealistyczne, z gatunku, że pacjent przyjdzie do mnie raz i będzie po prostu tak, że ja go naprawię, tak. Czasami rodziny są takie, że trochę traktują mnie jak warsztat samochodowy, tak. No wie Pan, córka jest zepsuta, proszę ją tutaj naprawić, jakiejś części zamienne, coś wymienić i tu nam nową oddać, tak. To wtedy ja rozumiem, że **prawdziwym oczekiwaniem jest psychoedukacja**, chociaż rodzina może tego tak sama nie...” (W_33).
- „**Edukacja** chyba, wydaje mi się. Bo mam takie wrażenie, że tak jak obserwuję na przykład dzieciaki na oddziale, to bardzo często pojawia się taki wątek, że **rodzice bagatelizują** i mówią o tym, że są na przykład leniwi. Że są na przykład leniwi, dlatego nie chcą różnych rzeczy robić na przykład a te dzieciaki one mają już jakiś epizod depresji na przykład” (W_44).
- „Myślę, że fajnie by było, gdyby jednak no, ale to też jest bardzo takie...Myślę, że trudne do zrealizowania, aczkolwiek myślę, że mogłoby być też bardzo pomocne, **żeby podczas tej hospitalizacji jednak rodziny też mogły dostać wsparcie**. Na przykład: Jak rozmawiać po wyjściu? No nam się... Ci rodzice często dostają takie informacje, ale to rodzice, ale sobie myślę, że przecież pacjenci dorośli i ich rodziny to nie dostają takiego chyba? Głównie żeby mieć właśnie jakieś takie, nie wiem, czy spotkania w międzyczasie” (W_44).
- „...a jeżeli mam rodzinę, to tam **zdecydowanie informacja i trochę odreagowanie ich od lęków, napięcia**. To jest... To jest obszar do pracy, tak. A potem już psychoedukacja, czyli na co zwracać uwagę, jak ta choroba może wyglądać, tak? I potem na cały proces zdrowienia, bo choroba to jest jedno, ale jednak ten człowiek jest osadzony w swoim, w swoich różnych.. w kontekście tak zawodowym, rodzinnym, nie wiem, rodzicielskim” (W_45).



WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI W TRAKCIE HOSPITALIZACJI

Instrukcja przyjęcia do szpitala i wprowadzenie w kontekst szpitalny dla pacjenta i rodziny

Rozmówcy zwracali uwagę, że moment przyjęcia do szpitala, w szczególności w przypadku pierwszej hospitalizacji jest bardzo trudnym doświadczeniem dla rodziny i pacjenta. Procedury są dla nich niezrozumiałe i niejasne, co wiąże się z lękiem i brakiem poczucia bezpieczeństwa. W związku z powyższym zwracano uwagę, że w takich sytuacjach ktoś z personelu powinien **w sposób spokojny, cierpliwy i empatyczny wyjaśnić, co będzie się po kolei działo i jak będzie to wyglądało**. Ważną kwestią jest także przedstawienie się lekarza i członków zespołu terapeutycznego. Zdaniem części badanych działania te mogą przyczynić się do pojawienia się poczucia bezpieczeństwa, w tej trudnej dla pacjenta i rodziny sytuacji.

- „Osoby, które trafiają pierwszy raz są zwykle bardzo przestraszone. Mają w głowie mnóstwo historii o szpitalach psychiatrycznych i o takich dramatycznych sytuacjach, które się tam wydarzają. Jeśli jest to ktoś bliski, no to boją się o bezpieczeństwo tej osoby, że w czasie pobytu w szpitalu coś im się przytrafi ze strony innych współpacjentów. **Nie wiedzą dokładnie w jaki sposób będzie wyglądało przyjęcie do szpitala**. Jak to się będzie działo, w jakiej kolejności też...” (W_32).
- „Myślę, że **potrzebowaliby konkretnych takich informacji, co się będzie po kolei działo**. W jaki sposób ta osoba... jaka będzie kolejność tego procesu diagnostycznego, gdzie ta osoba się będzie znajdowała, w jaki sposób będzie można dowiadywać się o jej stanie zdrowia. W jaki sposób będzie się z nią można kontaktować. Jak będzie się można kontaktować z lekarzem w tej sprawie?” (W_32).
- „Ustawiającego też w takim jakimś kontekście, że no OK czyli przyjechaliście państwo tutaj, szukacie państwo pomocy, no to państwo ją znajdą. Procedura jest taka i taka. Ja mam takie wrażenie, że **w ostrym przyjęciu procedura pomaga**, czyli robimy to, robimy tamto. Jak się tej rodzinie powie, co się tutaj wydarzy” (W_33).
- Trzeba pokazać, jakie są te zasady, co się będzie działo, tak. To często jakby budzi dużą taką niepewność czy niepokój i to może dotyczyć zupełnie nieostrych pacjentów, takich po prostu planowych przyjmowanych do otwartego oddziału. Czyli takie trochę organizacyjne sprawy mogą być tutaj bardzo takie ważne... Zaplanujemy leczenie, zaplanujemy leki, zaplanujemy spotkania z psychologiem, zaplanujemy jakąś grupę,



coś tam coś tam, tak, inne rzeczy... **To oczywiście generuje poczucie bezpieczeństwa**, tak, ale ja myślę, że to też daje pacjentowi taką ramę w <co ja tutaj robię>, tak, no nawet jeśli to jest taki pacjent, który się zdecydował sam z siebie no to ja sobie wyobrażam sam, pewnie nie są to przeniesienia, ale wyobrażam sobie jakbym ja się znalazł w szpitalu i nie wiem przez 3 dni nie wiedział co ze mną robią, to nie musiałbym być na psychiatrii żeby się zaniepokoić.” (W_33).

- „Wiesz co myślę, że na pewno, to co pomaga, no to jest przede wszystkim **przedstawienie się lekarza i psychologa**, czy tam osoby z zespołu terapeutycznego, który będzie prowadził tego pacjenta, więc to to redukuje na pewno lęk. Też na pewno to, że się temu pacjentowi opowie, jak wygląda cała jakby tutaj... ten cały rytm tego szpitala, kiedy jest tam śniadanie, to są takie podstawowe na początku rzeczy, że jak każdy się po prostu jakoś musi odnaleźć” (W_44).

Profesjonalne przyjęcie do szpitala –w tym rozmowa z pacjentem, a także przekazanie mu szczegółowych informacji o dalszych działaniach

Instrukcja przyjęcia do szpitala to jeden z ważniejszych wniosków, ale w kontekście rozważanej relacji między pacjentem a przedstawicielami opieki psychiatrycznej, na pewno niewystarczający. Poza instrukcją – ważne są też inne działania, które składać się mogą na szeroką kategorię, którą określić można jako „profesjonalne przyjęcie do szpitala”. Profesjonalizm przy przyjęciu do szpitala może zminimalizować traumę, zwykle związaną z pobytem w szpitalu, a także wzmocnić poczucie bezpieczeństwa. **Na profesjonalne przyjęcie składają się następujące elementy:** postawa lekarza (rozmowa z pacjentem, w celu zaplanowania planu terapii, tzw. „chłodna głowa” – spokój, cierpliwość, spokojne przekazywanie informacji); postawa pielęgniarek i pielęgniarzy (to oni mają największy kontakt z pacjentem); przekazanie i omówienie obowiązujących zasad; dobór odpowiedniego miejsca (sali dla pacjenta, w której będzie czuł się bezpiecznie i w której będą osoby w podobnym wieku).

- „To też bardzo zależy od tego, co się dzieje tak naprawdę i w jakim trybie pacjent jest przyjmowany. No bo ja myślę sobie, że zupełnie jest inna sytuacja z pacjentem, który jest przyjmowany w ostrej psychozie, dezorganizowany, pobudzony. No to



wyobrażam sobie, że potrzebuje podstawowych zupełnie rzecz. **Potrzebuje tego, żeby no jak najmniejszą traumę przeżył w związku z tym, co i tak będzie dla niego trudne.**

To na pewno widziałaś nieraz takich pacjentów, którzy mówią w życiu, nie pójdę do szpitala, bo tam spotkało coś najgorszego na świecie, związali mnie nagle. Czasami to jest tak, że wydaje mi się, tak sobie mogę wyobrażać, że to jakby się zadziało dlatego, że no te **wstępne manewry nie zostały wykonane, to znaczy, że gdzieś tam ten lekarz jakoś tam za mało porozmawiał z tym pacjentem.** Trochę nie spróbował chociaż czegoś wytłumaczyć, tylko gdzieś tam zostały zastosowane od razu takie środki ostre, tak. Jakiś lek bez zgody czy cokolwiek innego. I wtedy pacjenci często, to tak pamiętają, tak, że to straszne to było przeżycie” (W_33).

- „To jest możliwe, ale myślę sobie, że gdzieś na początku też pacjent potrzebuje takiego poczucia, że no tu się mu żadna krzywda nie stanie. To pewnie, to pewnie pierwsze. **Myślę, że na ostrych oddziałach naprawdę decydujące jest to, jakie są pielęgniarki i pielęgniarze.** Myślę, że to nawet bardziej jakby determinuje jakby sytuację pacjenta i te jego poczucie niż to co zrobi lekarz” (W_33).
- „To też myślę sobie tak, że dla takiego ostrego pacjenta, to też istotne jest to, jakby gdzie on trafi. Ja myślę, że mało kto na to patrzy w oddziałach, no bo patrzymy tam, gdzie mamy łóżko wolne, tak? A czasami może byłoby dobrze zobaczyć też, no nie wiem, które miejsce w oddziale byłoby dla pacjenta dobre, tak, no i być może dla niektórego pacjenta byłaby dobra pojedyncza sala. A dla drugiego może byłoby dobre, żeby się znalazł w pokoju, nie wiem, na przykład z kimś starszym, tak” (W_33).
- Też myślę sobie, że w takiej ostrej sytuacji, no jakby taki...to co tak fachowo brzydko może się nazywa **profesjonalizmem lekarza**, czyli chłodna głowa, spokój, mówienie cicho, mówienie no jakimś łagodnym tembrem, nie przekrzykiwanie się, nie wchodzenie w te duże emocje... to jest też trochę myślę umiejętność poradzenia sobie z jakby własną reaktywnością emocjonalną... myślę sobie, że jeżeli taka rodzina się spotka w izbie przyjęć z lekarzem, co do którego od razu poczują, że on jest kompetentny, wie co robi, tak, jest spokojny i widział już takich pacjentów- o to jest często też taka informacja.” (W_33).



- **Trzeba pokazać, jakie są te zasady, co się będzie działo, tak.** To często jakby budzi dużą taką niepewność czy niepokój i to może dotyczyć zupełnie nieostrych pacjentów, takich po prostu planowych przyjmowanych do otwartego oddziału. Czyli takie trochę organizacyjne sprawy mogą być tutaj bardzo takie ważne... **Zaplanujemy leczenie, zaplanujemy leki, zaplanujemy spotkania z psychologiem, zaplanujemy jakąś grupę, coś tam coś tam, tak, inne rzeczy...** To oczywiście generuje poczucie bezpieczeństwa, tak, ale ja myślę, że to też daje pacjentowi taką ramę w "co ja tutaj robię", tak, no nawet jeśli to jest taki pacjent, który się zdecydował sam z siebie no to ja sobie wyobrażam sam, pewnie nie są to przeniesienia, ale wyobrażam sobie jakbym ja się znalazł w szpitalu i nie wiem przez 3 dni nie wiedział co ze mną robią, to nie musiałbym być na psychiatrii żeby się zaniepokoić." (W_33).
- „Są różne dzieci, dzieci często są czy młodzi ludzie pomieszani ze sobą w taki sposób, że osoby... chociaż wiem, że personel stara się tego unikać, ale czasem się nie da ze względów lokalowych, więc jakieś osoby, dla których może niekoniecznie dobrym jest żeby ze sobą przebywały w jednym pomieszczeniu, to właśnie ze sobą przebywają z powodów lokalowych. I tak osoby na przykład bardziej lękowe są pomieszane z jakimiś takimi zasobami z zaburzeniami zachowania, których zachowanie właśnie nasila zaburzenia lękowe u tych osób lękowych” (W_37).
- „Taki pacjent pierwszą dobę zazwyczaj spędza w okolicy dyżurki pielęgniarstwa i tam oczekuje do rana na konsultację z lekarzem. Jeśli to jest dzień powszedni, bo jeśli przyjedzie w weekend, no to wtedy tylko czeka przez weekend na spotkanie swojego zespołu” (W_38).
- „No tak, no ja mogę sobie opowiadać, jak to powinno wyglądać, ale to zdaję sobie z tego sprawę, że **przede wszystkim przy przyjęciu, to lekarz powinien przedstawić się, powiedzieć, że ja tutaj jestem. Jestem w tym pokoju, będę się tobą zajmował. Omówić wszystko.** Lekarz, jakby, powinien być tą najważniejszą osobą dla młodego człowieka, tak?, że ja jestem tutaj i tutaj, w tym i w tym pokoju. A często jest tak, że w jednym pokoju to jest paru lekarzy i się kotłują jeszcze psychologowie, pielęgniarki wchodzi, że... że ja tutaj i tutaj jestem w tym pokoju i jestem, w takie dni w takich i w takich godzinach i możemy się umawiać, możemy się umówić na jakiś dzień, ale jeżeli



będziesz potrzebował mojej pomocy, a ja będę zajęta czy zajęty, to zwróć się do pani pielęgniarki i ja, i wtedy się umówimy, przez panią pielęgniarkę tak? ...żeby młody człowiek miał poczucie, że to jest ta osoba, której może zaufać, że ta osoba będzie odpowiedzialna, żeby czuł młody człowiek odpowiedzialność tej osoby” (W_39).

Budowanie relacji – potrzeba kontaktu, bycia zauważonym, wysłuchanym i sprawczym

Specjaliści, z którymi prowadzone były rozmowy wskazywali, że jedną z głównych potrzeb sygnalizowanych przez ich pacjentów jest **potrzeba rozmowy** oraz **bycia wysłuchanym i zrozumianym**. Podkreślano także istotną rolę **podmiotowego traktowania**, opisaną wyżej **ludzkiej komunikacji**, a także zwykłego dostrzeżenia pacjenta na korytarzu i zamienienia z nim kilku słów. Niektórzy rozmówcy wskazywali na niezrozumiałe zamykanie się personelu (lekarzy, psychologów, terapeutów) w swoich pokojach i gabinetach.

Część badanych zwróciła uwagę, że **zbudowanie odpowiedniej relacji z pacjentem wymaga czasu**: przynajmniej godzinnej rozmowy prowadzonej dwa lub trzy razy w tygodniu. Podkreślano także, że pacjenci w początkowym okresie hospitalizacji mają przede wszystkim **potrzeby pozamerytoryczne** tj. chęć wygadania się i bycia wysłuchanym. W tym przypadku potrzebują cierpliwego, empatycznego i wyrozumiałego lekarza, który będzie mógł poświęcić im odpowiednią ilość czasu. Jeden z badanych wskazywał, że jego pacjenci po wyjściu ze szpitala zwykle wskazują na **niedosyt rozmowy w trakcie hospitalizacji**. W tym kontekście wskazywano na niekorzystne oddziaływanie **częstej rotacyjności lekarza** i dobre skutki sytuacji, w której u pacjenta pojawia się sformułowanie <mój lekarz prowadzący>. Podkreślano, że pojawienie się tego sformułowania daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa.

- „Takie osoby, które były bardziej odcięte od wszystkiego, katatonia tak jak mówisz albo... To jest trudne pytanie, czego te osoby by potrzebowały, aczkolwiek ja bym powiedział, że **one potrzebowałyby miejsca, gdzie miałyby czas i spokój, jakiś kontakt z kimś**, ale na pewno nie w takiej formie, jak dostawały na obserwacji, prawda, no to tam obchód, czyli jedziemy tych wszystkich pacjentów” (W_31).
- „Powiem tak: **wsparcie i empatia w szpitalach**, miałem wrażenie, były czysto opcjonalne. Jeżeli dany lekarz miał na to czas, chęci i siłę to tak, ale absolutnie nie było na to nacisku systemowego czy jakiegokolwiek...” (W_31).



- „Osoby, które do mnie trafiają, mają zwykle ogromną **potrzebę opowiedzenia** o tym, czego doświadczają – zarówno pacjenci, jak i rodziny. Podzielenia się tym doświadczeniem, tym lękiem, wątpliwościami co do tego, co się dzieje” (W_32).
- „I to co mnie zgłaszają też pacjenci z pobytu w szpitalu, to na przykład **brak ciągłości opieki jednego lekarza**, że jest bardzo duża rotacja też w zespole lekarskim i że tych lekarzy prowadzących w czasie jednego pobytu jest kilku, którzy się wymieniają informacjami nie zawsze w pełni i pacjenci mają takie poczucie, takiego braku jakiegoś bezpieczeństwa, braku takiego porozumienia terapeutycznego, tak że jeśli się zdarza, że ktoś jest pod opieką jednego lekarza przez cały czas i mówi już, to jest mój lekarz prowadzący, to mam wrażenie, że wtedy ma takie poczucie zadbania, bycia zaopiekowanym” (W_32).
- „...pacjenci mówią często takim poczuciu... o **braku poczucia sprawstwa**, tak że ja tutaj w swojej sprawie coś mogę powiedzieć, mogę o coś poprosić, mogę chcieć spotkać się z lekarzem. To jest nie zawsze możliwe, więc też myślę, że to jest ważne” (W_32).
- „Pewnie inaczej trochę jest w klinice, gdzie jest więcej lekarzy, gdzie są lekarze rezydenci, ale wiem też, że są oddziały, na których **pacjent widuje się z lekarzem dwa razy podczas pobytu** i nie ma możliwości w ogóle uzyskania informacji. Takie miewam też relacje. Wydaje mi się, że to jest już w ogóle niedopuszczalne, no ale tak podobno bywa też” (W_32).
- „I jeżeli mam informację zwrotną ze szpitala, to często ona dotyczy takiego **poczucia niedosytu związanego z rozmowami**. Czyli takiego niedosytu w kontakcie z lekarzem czy w kontakcie z psychologiem” (W_35).
- „...jak będzie pacjent słuchał, jak będzie też mówił, bo jak nie mówi to jest niedobrze... Pamiętam, że mało było takich pomysłów, że **pacjenta trzeba słuchać**, raczej on miał odpowiadać na pytania. Nadal tak jest, tak jest nadal w poradniach, tak jest nadal w szpitalach: <Proszę odpowiedzieć na to pytanie. No to jak to było?> Kiedy ta osoba naprawdę powie cokolwiek, czasami powie cokolwiek, wczoraj miałam takie spotkanie i pacjent, który jest leczony od lat wielu powiedział mi, że on ciągle oszukiwał lekarzy. Ciągle mówił nieprawdę. Nie mówił prawdy do końca, bo się wstydził” (W_36).



- „...to też jest jakiś tam kłopot w oddziałach często, że **ci lekarze jednak się zmieniają...** Pacjenci często narzekają, że czasem w tym samym pobycie mają kilku lekarzy prowadzących” (W_37).
- „...za mojego czasu, jak ja byłam w oddziale, to było sporo takich sytuacji, że **w jednym pobycie osoba miała kolejno po sobie ze trzech lekarzy prowadzących.** I to jakoś nie były wcale wyjątkowe sytuacje” (W_37).
- „Myślę, że tak w skrócie to chyba **wszyscy mówili o empatii**, że empatii brakuje, że potrzeba empatii, wczucia się jakby tutaj w perspektywy pacjenta...” (W_37).
- „Ja myślę sobie, że to, o co pacjenci najczęściej proszą, choć czasami trudno znaleźć uzasadnienie dla tego to, żeby im poświęcać dużo czasu. Czyli po prostu, żeby poznać ich problem, żeby pochylić się nad nim, żeby wytłumaczyć pacjentowi, jak to rozumieć” (W_41).
- „...to co pomaga no to **właśnie zauważenie pacjenta jako człowieka**, ale na przykład, to bardzo brzmi górnolotnie, ale chodzi o to, że na przykład mówi się <dzień dobry> pacjentowi. Czy się podchodzi chociaż chwilę zapytać, jak tam się czuje dzisiaj, czy czegoś potrzebuje. Nawet wysłuchanie czasami, to bardzo jest terapeutyczne, że nawet się chwilę stanie z pacjentem i po prostu się z nim postoi, że właściwie się go zauważa...” (W_44).
- „A później no też ta **przewidywalność** chyba jest bardzo ważna, ale to, co według mnie najbardziej leczy, no to jest **kontakt**. I to, to wydaje mi się, że to jest takie chyba najważniejsze w pobycie w szpitalu, takie partnerskie, takie też tłumaczenie, dlaczego takie leki? Dlaczego inne? Jak to ma wyglądać, jakie, co się może zadziać? Żeby też przygotować pacjenta na różne rzeczy” (W_44).

Dodatkowe zajęcia w trakcie hospitalizacji

Cześć badanych jako dobrą praktykę lub sugestię do wprowadzenia zmiany, wskazywała dodatkowe zajęcia, których w trakcie hospitalizacji powinno być zdecydowanie więcej.

- „No tak i chyba zajęć, na które nie ma już funduszy, czyli jakby były zajęcia właśnie jakieś takie nie wiem z jogi powiedzmy, czy z jakiejś medytacji. Zajęcia, takie z pracy z ciałem. Psychoterapia, no nie jest dostępna tak, to znaczy trochę” (W_37).



- „Oddziały, w których prowadzona jest chociażby terapia zajęciowa arteterapia, muzykoterapia, zajęcia relaksacyjne, taniec to wiem, że **takie oddziały są dla dzieci też bardziej atrakcyjne**. Dzieci inaczej wtedy wspominają ten pobyt, że to jest pobyt taki, w którym nie tylko uzyskują interwencję w związku z ich zaburzeniami psychicznymi, ale też już jest pierwszy element takiej promocji zdrowia, bo dziecko często wtedy, tak wchodzi w jakieś w jakieś oddziaływania, które może już, z którym może później korzystać, czerpać na przyszłość” (W_38).
- „Myślę, że **więcej takich zajęć**. Dogoterapia fajnie dzieciakom pomaga. Bardzo się cieszą z tego. No z psami. Bardzo się cieszą i zawsze to jest dla nich superowskie, więc myślę, że jakby było tego więcej, to też by było fajnie, takich zajęć, nie wiem, właśnie takie kulinarne zajęcia” (W_44).

Potrzeba wsparcia rodziców (głównie w przypadku, gdy osoba chorująca jest niepełnoletnia; por. wniosek: Edukacja społeczna i psychoedukacja)

W przypadku hospitalizacji osoby nieletniej rodzice mogą się obwiniać, że choroba jest wynikiem ich niedopatrzenia lub zaniedbania, w tej sytuacji także oni potrzebują wsparcia i wyjaśnienia. Rodzice odczuwają potrzebę pomocy dziecku, jednocześnie towarzyszy im duży lęk o jego stan. W efekcie potrzebują, aby ktoś rzetelnie wyjaśnił im, co się dzieje z ich dzieckiem, jaka może być diagnoza i jaki w związku z nią może być dalszy plan leczenia. Ważne może być też odciążenie z pojawiającego się poczucia winy. Niektórzy badani wskazywali także na konieczność większego zaangażowania rodzin w proces terapeutyczny (terapia rodzinna).

- „Druga rzecz to jest, której potrzebuję, to **możliwość kontaktu rodziny z lekarzem**– to już mówiłam wcześniej, czyli dowiadywania się o stanie zdrowia. Możliwość spotkania się i odwiedzin” (W_32).
- „No też rodzina pacjenta jest, zwłaszcza jeśli to jest bardzo młoda osoba, więc w takim **poczuciu utraty kompetencji rodzicielskich**, bo jak dorosły człowiek trafia do szpitala, no to bliscy się o niego troszczą, ale jeśli trafia bardzo młody człowiek i rodzice często mówią, że mają poczucie, że gdzieś tam zawiedli albo ich rola rodzicielska się, tak nie do końca sprawdziła, że ktoś inny pomaga dziecku. Oni nie byli



w stanie. Często czują się winni i myślę, że to, co jest potrzebne to też takie wsparcie dla rodziny i możliwość wyjaśnienia tych różnych wątpliwości” (W_32).

- „Trochę też normalizuje ten taki lęk, że ja mówię, że no oni niczego złego nie zrobili. No to ja im mówię, że problemy natury psychiatrycznej, psychologicznej mają różne podłoże. To nie znaczy, że Państwo coś zrobili źle, tam przyczyny mogą być różne, tak, i to często też jakoś tam trochę łagodzi tą sytuację” (W_32).
- „Ja myślę sobie, że rodzic no może przeżywać dużo różnego niepokoju, bo rodzą się różne pytania, nawet jeżeli one nie są formułowane wprost, to jest takie myślenie: <co ja zrobiłem nie tak?>, <co poszło nie tak w wychowaniu?>, <co zaniedbałem?>. Jest mnóstwo takiego poczucia winy...” (W_35).
- „Znaczący, ja myślę, że to pierwszym krokiem to jest uczestniczenie w leczeniu tych osób, to znaczy czasami są to wskazania w ogóle do terapii rodzinnej, a czasami po prostu do rozmów na przykład z lekarzem. To jest taki pierwszy krok, no ale generalnie myślę, że uznanie tego, że jest jak jest, czy że ta osoba, to może cierpieć, czy że jest jej trudno, to myślę, że jakby uznanie tego jest dla większości pacjentów bardzo ważne” (W_42).
- „No ale to to myślę, że no i myślę, że jakby było nas rzeczywiście trochę więcej tych traktatów rodzinnych, no żeby to było częściej spotkanie z rodzicami” (W_44).

Zróżnicowane postawy personelu szpitalnego w stosunku do chorych

Na podstawie wypowiedzi badanych zidentyfikować można różne postawy przyjmowane przez personel medyczny, w tym w szczególności pielęgniarki i pielęgniarzy. Część badanych sygnalizowała zachowania polegające na **wywyższaniu się i mówieniu do pacjentów per ty**, ale wskazywano także, że spotkać się można z **postawami empatycznymi i wspierającymi**. Jeden z badanych podkreślał istotną rolę uważnej i wspierającej oddziaływającej, z którą pracuje. Jednocześnie z prowadzonych rozmów ze specjalistami wynika, że **zaangażowany personel (w tym lekarze) nie jest jeszcze normą**. I choć badani wskazywali, że środowisko, w którym pracują cechuje się **nastawieniem pro-pacjent** – wspominali o empatii i zaangażowaniu, konsultowaniu terapii z pacjentami, wprowadzaniu asystentów zdrowia, a także dobrych praktykach w przygotowaniu pacjenta do wyjścia w postaci zespołowego spotkania z rodziną



chorego i wspólnego przygotowania planu bezpieczeństwa, to jednak przytaczali też sytuacje z innych ośrodków/szpitali, w których pacjenci są wiązani pasami za kara lub za złe zachowanie, a pielęgniarki i pozostały personel przyjmują, wspomniane wyżej, postawy wywyższające. Pojawiły się także wypowiedzi wskazujące na niską dostępność lekarzy dla pacjentów, którzy „zamykają się w swoich gabinetach”.

- „...ale chyba zawsze **najwięcej uwag, to miałam w stosunku do pielęgniarek niestety.** Tutaj trafiały się różne osoby takie, no z powołania, ale też takie, które wydawały się kompletnie nieprzygotowane do pracy z tego typu pacjentem” (W_37).
- „Dużo się dzieje i tutaj niestety w jednym działaniu i drugim muszę powiedzieć, no były skargi ze strony dzieci, że właśnie **ten personel pielęgniarski naprawdę różnie się zachowywał,** czasami w sposób, no proszę tego bardzo nie upubliczniać, ale nie do przyjęcia” (W_37).
- „...czasem też **przygotowanie lekarzy psychiatrów mogłoby być lepsze,** tak. Bo jednak to jest praca. Mam na myśli, jeśli chodzi o nawiązywanie kontaktu z pacjentem, bo **to jest oczywiście praca lekarska, no na zasadzie, żeby postawić diagnozę i ustawić dobrze leki, a jednak też opiera się na jakiejś tam rozmowie, na kontakcie.** Pacjenci to czują, czy są przedmiotowo traktowani, czy podmiotowo i tutaj niektórzy lekarze mają też takie podejście bardzo biomedyczne, bywa nawet, że czasem dewaluujące jakieś aspekty rodzinne, czy jakieś tło takie systemowe” (W_37).
- „Mają dużo roboty (pielęgniarki – przyp. K.B) i jest ich najmniej w sensie... **No one są najmniej zadowolone i wypoczęte.** Też często jest takie poczucie właśnie z ich strony, poczucie krzywdy, że są najbardziej obciążone, że wszystko jest na ich barkach jak zostają. Nie radzą sobie, ja też widziałam, że sobie nie radzą. Wiele z nich sobie nie radzi, bo część z nich była, tak można powiedzieć, z natury tak osobowościowo predysponowana, że to były takie osoby, no nie wiem, budzące zaufanie, życzliwe czy takie spokojnie szukające rozwiązań, a część z nich czy to przez wypalenie zawodowe, nie wiem, trudno mi już to oceniać, czy to właśnie z jakichś swoich osobistych problemów tak, no widać było, że były po prostu nerwowe, że monetami złośliwe, no wredne po prostu i zachowujące się w taki sposób, że nasilają objawy też pacjentów, czy prowokują wręcz tak bym to powiedziała, wręcz prowokują” (W_37).



- „Z takich ostatnich trudności, które zauważyłam, to przede wszystkim rodzice skarżą się, jeśli chodzi o pobyty w szpitalu, na to właśnie, że **ani lekarze, ani terapeuci nie mają czasu**” (W_38).
- „Są też pielęgniarki, które z jednej strony są takie, które mają bardzo dużo cierpliwości. Można powiedzieć, że są dojrzałe, w tym co robią, a są takie osoby, które bardziej kojarzą mi się, z takim podejściem typu... jakby to powiedzieć... Takiego typu bardziej na zasadzie, że **pacjent jest taką przykrą koniecznością**, to znaczy zrobię wszystko, żeby nie mieć za dużo trudu z nim i będę go traktował z pozycji z góry, żeby pokazać mu jego miejsce i żeby pokazać mu że ja jestem, moje jest na wierzchu...” (W_41).
- „Natomiast bywa rozmaicie i też wiemy o tym, że są miejsca, gdzie się stosuje, gdzie się stosuje, no jakby i takie rzeczy, których ja na przykład, jako lekarz nie akceptuję, czyli mówi się o tym, że są jakieś miejsca, **gdzie na przykład pacjenci za karę, bo byli niegrzeczni, są związani w pasy albo dostają jakieś leki, bo są niegrzeczni**. To jest wykluczone. To jest jakby sprzeniewierzenie się takim podstawowym wartościom” (W_41).
- „Jeżeli chodzi o pielęgniarki, no to jakby to jest zupełnie inny kontakt, no bo pacjenci mają jakąś taką codzienność z nimi. **Często, tak jak obserwuję też pielęgniarki się zwracają do nich per ty**. Nie wiem, czy to pasuje pacjentom czy nie, ale też mam wrażenie, tak jakby porównując życie, że na psychiatrii jednak jest więcej, jeżeli chodzi o osoby właśnie, tak właśnie pielęgniarki, no takich osób, które no potrafią nawiązać kontakt z tymi pacjentami. Czy to jakiś rodzaj takiego współczucia czy uważności?” (W_42).
- „Moje obserwacje są takie, że tendencje na oddziale są takie, że **każdy zamyka się w swoim gabinecie po obchodzie**” (W_45).
- „No ja na przykład byłam świadkiem **obśmiewania pacjenta na obchodzie**. Robienia żartów sobie z pacjentów. Pytanie, czy to miało rozładować sytuację, tak. Czy to tak naprawdę rozładowywało stres personelu... przeżywany przez personel. Trudno mi powiedzieć” (W_45).
- „A jakie nadużycia? Myślę, że czasem, wiesz co, **niezasadne użycie pasów zabezpieczających**. Tak na przykład, w celu nie wiem uspokojenia pacjenta,



ewentualnie poradzenia sobie z małą liczbą personelu. Albo zbyt, nie jestem lekarzem, albo na przykład zbyt szybkie wyciszenie pacjenta farmakologią do na przykład ześlinienia, tak? No... żeby był spokój na oddziale. Że to jest to czasem jakieś zachowania agresywne” (W_45).

WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI PO HOSPITALIZACJI

Zalecania po hospitalizacji – głównie farmakoterapia (por. Wybrane dobre praktyki)

Moment wyjścia ze szpitala jest bardzo ważny. Pacjent powinien otrzymać szczegółową instrukcję do dalszej terapii, a nawet wsparcie, chociażby w postaci informacji i sugestii, gdzie zgłosić się po dalszą pomoc. Niestety, poza wskazaniem dotyczącymi farmakoterapii, **na przygotowanie bardziej szczegółowych zaleceń i instrukcji postępowania, lekarze nie mają czasu**. I choć na tzw. pierwszy rzut oka, ten obszar wydaje się nie wzbudzać kontrowersji, to w praktyce poza wypisaniem odpowiednich leków, pozostałe zalecenia zwykle powstają za pomocą metody „kopiuj i wklej”. Rozmówcy wskazywali także, że poza wizytą w Poradni Zdrowia Psychicznego (choć też nie zawsze), resztę zaleceń np. psychoterapię, pacjent musi załatwić sobie sam, co dla osoby po kryzysie jest zadaniem bardzo trudnym. Jednocześnie część badanych zauważała, że na psychoterapię z NFZ-u niektórzy czekają dwa lata (por. Niedostępność wsparcia ambulatoryjnego po wyjściu ze szpitala).

- „O Jezu, one (zalecenia – przyp. K.B.) **są pisane z szablonu**, to wiesz oczywiście, że **one są pisane z kopiuj-wklej**. W sensie takim, no oczywiście leki to takie, jak ktoś potrzebuje i to jest uczciwie zrobione, ale cała reszta, czyli zalecenie: <Zalecamy psychoterapię, zdrowe odżywianie i ruch fizyczny, wsparcie>... co tam jeszcze było kopiuj-wklej...” (W_31).
- „Myślę, że w pierwszej kolejności rozpoznanie. Po drugie ustalenie zasad leczenia, tak, i czytelne przekazanie informacji jak ono ma być dalej prowadzone. Wskazanie miejsca, gdzie będzie kontynuowane to leczenie. Czyli jakby zapewnienie kontynuacji tego wsparcia medycznego na później. Powinno być moim zdaniem też wyznaczone miejsce, gdzie, u kogo i za jaki czas ma się ta osoba pojawić. Rodziny też często, tak jak pamiętam, no teraz już nie pracuje w oddziale stacjonarnym, więc... ale przy wyjściu



też pytają jak, co, jak powinni robić, jak powinni wspierać często albo jakichś takich **trochę też porad, trochę sugestii w jakim kierunku, co należałoby zmienić**” (W_32).

- „Pod koniec tego szpitala, to wszyscy zastanawiają się: no jak to? **To dostaje kartę wypisową, a nie dostaje informacji gdzie się mogę zgłosić? Trzeba sobie poszukać.** Kiedyś były poradnie rejonowe i taka rejonowa poradnia musiała przyjąć, natomiast w tej chwili to jest tak, że trzeba sobie poszukać. Są zalecenia wpisane w kartę informacyjną. Jakich to zaleceń powinien się pilnować pacjent i jego rodzina. No i to zostaje na głowie i pacjenta i rodziny” (W_36).
- Często jest tak, że..., co bardzo ważne, też takie sygnały od rodziców, że **wychodzi dziecko ze szpitala i odbiera kartę informacyjną na przykład w dyżurce**, co też mi się wydaje nie..., o pobycie w szpitalu i pytam, czy ktoś z państwem rozmawiał i jakie, jakie dalsze, jakie ma być dalsze leczenie? Gdzie się macie... No nie...” (W_39).

Niedostępność wsparcia ambulatoryjnego po wyjściu ze szpitala

Rozmówcy podkreślali, że ważną kwestią po wyjściu ze szpitala jest szybki i regularny dostęp do wsparcia ambulatoryjnego (psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, ewentualnie inni specjaliści wskazani w zaleceniach). Wskazywano, iż brak takiego wsparcia wiąże się z brakiem poczucia bezpieczeństwa i zaopiekowania. Jednocześnie podkreślano, że wskazana byłaby kontynuacja współpracy ze specjalistami ze szpitala, ale nie zawsze istnieje taka możliwość.

Natomiast, przede wszystkim wskazywano na **niską dostępność pomocy ambulatoryjnej** – część badanych podkreślała, że ten niski poziom dostępności występuje niezależnie od momentu: przed lub po hospitalizacji. I choć zauważano, że dostęp do psychiatrii jest raczej osiągalny, to osobie po hospitalizacji trudno jest zrealizować dodatkowe zalecenia np. psychoterapię, która miałaby być realizowana w ramach NFZ-u. Poza psychoterapią wskazywano także na pomocną rolę **grup wsparcia**, ale te też zdaniem badanych są raczej niedostępne. Zwracano uwagę również na **nierówności w dostępie do wsparcia ze względu na miejsce zamieszkania** chorego. Niektórzy z rozmówców zauważali, że sytuacja osób z dużych miast jest relatywnie lepsza od tych mieszkających w małych miejscowościach i na wsiach. Ta druga grupa jest praktycznie wykluczona ze wsparcia.



Jako pewną **dobrą praktykę** wskazywano możliwość umówienia spotkania z lekarzem prowadzący (na spotkanie ambulatoryjne) jeszcze w trakcie pobytu w szpitalu.

- „Dobrze byłoby rzeczywiście wprowadzić te działania poza szpitalem, tylko skutecznie, czyli żeby one były dostępne, bo tutaj jest problem. Myślę tak, że pacjent jest przyjmowany do szpitala, ten pacjent, który już długo choruje na przykład na depresję czy inne problemy, że on już tam miał ileś epizodów czy dwa-trzy pobyty w szpitalu i on ma kolejny problem, kolejny epizod czy zaostrzenie? **No to ten pacjent wie, że ambulatoryjnie ta pomocna no będzie mniej skuteczna albo on musi poczekać ileś na wizyty, prawda.** I bywa tak, że wtedy gdzieś tam przyjmujemy się do szpitala, bo będzie szybciej. Jakby była dostępność, że na przykład też może być szybko przyjęty nie tylko przez lekarzy, ale przez psychologa, nie wiem...” (W_34).
- „**To z tą dostępnością jest naprawdę o wiele gorzej,** do psychologa i do psychoterapii, tak. W ogóle to my tu mieszkamy w dużym mieście, to jest też trochę inaczej. Natomiast tam to jest kwestia odległości...” (W_37).
- „Pacjent wypisywany ze szpitala zazwyczaj otrzymuje informację, gdzie może kontynuować opiekę psychiatryczną. Zazwyczaj też psychoterapeutyczną i często to są miejsca tak przy szpitalu, tak, ambulatoria przyszpitalne. Natomiast różnie bywa, jeśli chodzi o korzystanie z tego dlatego, że no oczywiście, jeśli szpitale są w dużych miastach wojewódzkich, a pacjent pochodzi gdzieś z mniejszego powiatu, no to często jest to tutaj trudność z przyjazdem, chociażby do takiego miejsca” (W_38).
- „Teoretycznie w ciągu miesiąca powinna się odbyć taka wizyta poszpitalna. W praktyce w niektórych poradniach tam, gdzie są największe kolejki wiem, że do trzech miesięcy jest czas oczekiwania...” (W_38).
- „To znaczy, jeżeli ja byłbym pacjentem i bym opuszczał szpital z naręczem papierów łącznie z różnymi skierowaniami na psychoterapię i tak dalej. No to z mojej perspektywy **zupełnie podstawową kwestią byłoby dostępność,** takich nazwijmy to oddziaływań dosyć szybko, dobrej jakości” (W_41).
- „**Myślę, że potrzeby też są takie, że żeby była jakby większa, większa dostępność, tak, takiego leczenia, potem ambulatoryjnego,** w sensie, żeby pacjent mógł płynnie przejść z leczenia szpitalnego do leczenia ambulatoryjnego. Prawda? No bo też jakby obawy



pacjenta przed tym, że tak jest trochę różnie, no o tyle mają uzasadnienie, że wiemy, że ten czas oczekiwania na tego typu pomoc jest dość długi” (W_42).

- „Nie wiem może być, zresztą to pacjenci czasami podnosili, jak na przykład wychodzili ze szpitala, którzy no byli na grupie, którą tam prowadziłam w ramach oddziału, że fajnie by było, jakby była taka **grupa ambulatoryjna popołudniu**, żeby oni mogli jakoś funkcjonować i być na takiej grupie i żeby no też byli jakoś tam wsparciem dla siebie” (W_42).
- „Wiesz co myślę, że **przede wszystkim problemem jest dostępność tej opieki ambulatoryjnej poszpitalnej**, bo tak naprawdę to ten czas hospitalizacji mógłby być dużo krótszy gdyby pacjent miał możliwość wsparcia regularnego i częstego po wypisie. Gdyby to była możliwość kontaktu z doktorem, no na przykład raz w tygodniu po wypisie, to można by tych pacjentów dużo szybciej do domu wypuszczać. Tak naprawdę trzymać tylko no bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia. Czy też wsparcie psychologiczne, jakieś interwencje szkolne, bo to szkoła jest głównym generatorem różnego rodzaju problemu” (W_43).
- „Myślę, że może się spotkać z czymś takim, co jest bardzo trudne, czyli z brakiem miejsc na terapię i na kontynuację terapii. Myślę, że z tym się najczęściej pacjenci spotykają. Mają taki wybór, że albo NFZ, no to już wiadomo, że te terminy są potwornie dalekie i zostają często właśnie niestety wtedy bez opieki – takie mam poczucie. A jednak to jest istotne bardzo, żeby nie nastąpił powrót do oddziału. Albo mają wybór taki, że mogą iść komercyjnie, ale to też umówmy się, to są potworne koszty, więc tych ludzi nie stać na to” (W_44).
- „Wiesz, bo to pacjent kończy szpital i potem na przykład przychodzi do poradni, tak, spotyka się na przykład ze mną i mówi: „No dobra, ale proszę pani, no zapisałem się, ale pierwszy termin za rok!” No i co...” (W_45).

Słuchanie pacjenta w trakcie wizyt ambulatoryjnych

Wydaje się, że ważnym aspektem w kontekście wcześniejszych rozważań (por. Budowanie relacji w oparciu o poznanie (wysłuchanie), szacunek, empatię i zrozumienie – potrzeba ludzkiego kontaktu; Budowanie relacji – potrzeba kontaktu, bycia zauważonym, wysłuchanym



i sprawczym), wskazujących na istotną rolę komunikacji, jest wsłuchiwanie się lekarza w informacje i spostrzeżenia przekazywane przez pacjentów. Natomiast jeden z badanych zauważył, że ten wątek często bywa pomijany.

- „Warto, by się zorientować czy są jakieś objawy niepożądane, bo często pacjenci odstawiają leki, bo mają objawy niepożądane. Ja pytam czy mówiłeś doktorowi, mówiłem, ale on powiedział, że przejdzie, ale nie przeszło, no to odstawiłem. No i o! Także też myślę, że trochę to, żeby było bardziej słuchać tych pacjentów, co oni mówią, bo oni czasami mówią mądre rzeczy” (W_43).
- „...**to na co pacjenci się skarżą to, że czasami to właśnie ich skargi są unieważniane** i to nie tylko w kontekście objawów niepożądanych polekowych, ale generalnie w sprawie tych różnych rzeczy, które oni tam mają do powiedzenia. No to się spotykają często z takim właśnie: <A co ty tam wiesz... A inni też tak mają>, nie, no to tak, tak mi się wydaje mało profesjonalne. To tak ciocia Genia może powiedzieć, która się nie zna. Profesjonalista raczej powinien wysłuchać i starać się szukać rozwiązań” (W_43).

Próżnia poszpitalna

Choć wskazywano w jednym z powyższych wniosków, że hospitalizacja zwykle dla większości pacjentów jest doświadczeniem traumatycznym (por. Trudne momenty związane z hospitalizacją), to jednak część badanych zauważała, że dla niektórych pacjentów szpital, a zwłaszcza oddziały dzienne, to pewne oazy spokoju i bezpieczeństwa. Po wyjściu ze szpitala, pacjent może doświadczać tytułowej próżni – samotnego pobytu w domu, braku pomysłu na aktywność i własne działania. Poniekąd wiąże się to z wnioskiem „Zalecane po hospitalizacji – głównie farmakoterapia”, gdyż brak czasu ze strony lekarzy na pełne omówienie wypisu, spokojną rozmowę i wskazanie istniejących miejsc, w których można uzyskać pomoc sprawiają, że pacjent może zamknąć się w domu.

- „...**często potrzebujemy wsparcia, takiego społeczno-socjalnego u starszych pacjentów.** Jest grupa pacjentów gdzie są rodziny, które oczywiście organizują tą opiekę i pomoc i wsparcie i tutaj pilotują to. Ale jest cała masa pacjentów, gdzie my mamy problem, gdzie tego pacjenta po zakończeniu pobytu w szpitalu wypisać i taki

dyskomfort, że go wypisujemy do domu, ale... no wiemy, że nie będzie miał takiej opieki czy takiego wsparcia, jak mieć powinien” (W_34).

- „...zazwyczaj człowiek wychodzi ze szpitala z receptami, też na jakiś czas ma zabezpieczone leki, natomiast nie ma poczucia bezpieczeństwa. To poczucie bezpieczeństwa jest nikłe. To jest powrót, bo adaptacja do warunków szpitalnych już nastąpiła. A powrót do domu, z którego się przyszło, no jest nadal traumą” (W_36).
- „Wiesz, takie myślenie, że może doświadczać braku poczucia bezpieczeństwa, wiesz takiego, że tu był bardzo jakby pod opieką cały czas i nagle wychodzi, musi sobie właściwie sam radzić, wiesz? **Z dużej opieki i troski zostawienie samego sobie**, wiesz takie...” (W_44).
- „...wydaje mi się, że tego, czego brakuje, to chyba takiego, wiesz co, **aktywizowania społecznego**. To takie górnołotne, ale wiesz, żeby mogli się gdzieś spotkać, coś razem porobić, nawet jakąś wycieczkę, no tak. Wiesz, jakiś dancing, coś takiego, wiesz, żeby po prostu... Wiesz, w takim sensie, że nadal są jakby częścią społeczności, takiej wiesz, że mają wsparcie” (W_44).

DODATKOWE SUGESTIE I REKOMENDACJE ZMIAN

Edukacja społeczna i psychoedukacja

Ważną kwestią, na którą uwagę zwracała część badanych, jest szeroko rozumiana edukacja społeczna, która zwiększyłaby społeczną wiedzę na temat psychologii, psychiatrii, chorób psychicznych, a także roli psychologa i psychiatry. Zwiększenie wiedzy oswoiłoby społeczeństwo z chorobami psychicznymi i znormalizowało osobę lekarza psychiatry. Promocja i upowszechnienie wiedzy z zakresu psychiatrii i chorób psychicznych mogłoby ułatwić zrozumienie osobom chorującym, ich rodzinom, a także otoczeniu społecznemu (rówieśnikom, kolegom, nauczycielom) sytuacji chorego. Co więcej, wiedza umożliwiłaby szybszą identyfikację trudności, a tym samym mogłaby przyczynić się do skrócenia czasu leczenia. Poza szeroką edukacją społeczną, rozmówcy wspominali także o istotnej roli psychoedukacji dla pacjentów, ale także ich rodzin i bliskich. Wskazywano, że osoba, która choruje potrzebuje wyjaśnienia i nadziei, a także akceptacji. Te elementy mogłaby być wynikiem psychoedukacji kierowanej do rodziny i bliskich.



- „Wydaje mi się, że to, co możemy zmienić w perspektywie tej tematyki, o której troszkę mi powiedziałaś, no to po prostu, **żeby troszkę przybliżyć społeczeństwu na czym polega rola psychologa i psychiatry**, w czym my możemy pomóc? Jak jest to ważne dla nich potencjalnie i wydaje mi się, że z całą resztą to my jesteśmy w stanie sobie jakoś poradzić” (W_41).
- Wydaje mi się, że jeżeli coś tutaj przeszkadza, to oprócz tych pacjentów psychotycznych byłyby to no jakby taka **kwestia obawy przed psychiatrą...** A to czego brakuje i czym można było tym ludziom pomóc to **zwyczajnie informacja**. Jakie są rodzaje zaburzeń psychicznych, co my wtedy robimy, że tak naprawdę szpital to jest raczej ostateczność, że leki, które stosujemy, to nie są w cudzysłowie psychotropy, które robią z nas jakieś sztuczne podmioty, zombi na przykład albo po prostu jesteśmy senni przez cały dzień i tyjemy, to wszystko powoduje, że ten pacjent, no jakby ma takie poczucie, że może pójść i w zależności od tego, co się wydarzy, będzie mógł w jakiś sposób dowiedzieć się może trochę nawet negocjować, jakie wyjście będzie dla niego najlepsze i w bezpieczeństwie będzie się to jakby odbywać” (W_41).
- „Wydaje mi się, że **edukacja**, czyli w związku z tym też zapobieganie albo wychwytywanie tego na wcześniejszych etapach” (W_41).
- „To na pewno w sensie takiej **edukacji społecznej**. No są prawda, takie próby, żeby wiedza na temat różnego rodzaju zaburzeń była szersza, czy większa, tak. I żeby jakoś poprzez jakieś, takie akcje społeczne, żeby ogólnie społeczeństwo trochę zobaczyło te osoby, jako osoby, którymi sami mogą być, czy że są to osoby, do których jest im bliżej niż się wydaje, tak” (W_42).
- „No, ja myślę, że to tak samo jest, to jakiś rodzaj edukacji takiej, jeśli chodzi o pacjentów, ale także takiej **edukacji społecznej** w tym zakresie. Na czym polega istota leczenia tego typu schorzeń, tak. Czego się można spodziewać?” (W_42).
- „Potrzebują chyba takiej otwartości, ale też takiego, wiesz co, wydaje mi się, że takiego... no jakby to powiedzieć... **takiego przyzwolenia chyba na pójście na taką wizytę**, nie tylko w takiego wewnętrznego, bo to raz, ale też takiego społecznego. Chyba takiego niepiętnowania, a wręcz przeciwnie pokazania, że to nie jest słabość tylko to siła, że prosisz o pomoc” (W_44).



- „Na pewno, wiesz co, na pewno rodziny i to myślę, że to jest ważne, taka **edukacja w ogóle, ale właśnie rodziny**. Myślę, że też jeżeli chodzi na przykład o młodzież i dzieci, no to nauczyciele, pedagodzy szkolni. Tutaj myślę, że mogą, no fajnie by było też właśnie. No jacyś może nawet dziadkowie. Myślę też, że grupa rówieśnicza. Myślę, że tutaj mogą doświadczyć dużego wsparcia i o tym mówią. Natomiast wydaje mi się, że tu jest, jakby taka, z mojej perspektywy, taka luka jednak edukacyjna i takiego rozmawiania z dziećmi, zwracania uwagi na to, co się może dzieć z twoim kolegą, jakbyś mógł pomóc, tak, czyli tutaj chyba z takich” (W_44).
- „I takie **znormalizowanie pomocy psychologiczno-psychiatrycznej**, że to jest jak każda inna. No bo jednak jest jakaś stygmatyzacja, bo dzieciaki mają takie poczucie, co to będzie, jak wyjdę na przykład z oddziału, nie? Jak sobie poradzą z różnymi pytaniami i dla rodziców też to jest kłopot” (W_44).

Mniej instytucji, mniej szpitala, więcej deinstytucjonalizacji i psychiatrii środowiskowej

Niektórzy badania wspominali, że **szpitale psychiatryczne rozczarowują** – działają raczej doraźnie – nie zaspokajają potrzeb w dłuższej perspektywie i nie gwarantuje wyleczenia, tylko zapobiegają przed zrobieniem sobie krzywdy. W tym kontekście przywoływane były **wzorce zachodnie**, gdzie pobyt w szpitalu skracany jest do minimum – szpital pełni rolę zabezpieczającą, a główny akcent działań pomocowych przekierowywany jest na **psychiatrię środowiskową**, oddziały dzienne i inne organizacje i instytucje o charakterze otwartym, w tym np. organizacje pozarządowe. Co więcej, jeden z badanych przyznał, że **pobyt w szpitalu psychiatrycznym dla większości pacjentów jest traumatyzujący**, co w tym kontekście rozpatrywane może być jako dodatkowy atut za większą deinstytucjonalizacją opieki psychiatrycznej.

W związku z powyższym wskazywano, że kierunek zmian polegający na **deinstytucjonalizacji** i promowaniu **psychiatrii środowiskowej** powinien być kontynuowany i rozwijany. Hospitalizacja powinna być jednym z elementów wsparcia, ale raczej ostatecznym i krótkotrwałym. Zaś szpitale psychiatryczne powinny być raczej niewielkimi, kameralnymi oddziałami przy innych szpitalach (ten postulat w szczególności był wskazywany w przypadku dzieci i młodzieży). Sam proces leczenia powinien odbywać się poza szpitalem przy



jednoczesnym zaangażowania instytucji edukacyjnych (szkół). Wskazywano także na istotną rolę **lekarzy rodzinnych z POZ-u**, którzy w początkowym okresie mogliby pełnić rolę **menedżerów koordynujących** wsparcie innych specjalistów: lekarzy, nauczycieli, psychologów i pedagogów. **Multidyscyplinarne zespoły wsparcia** to kolejny pomysł, który pojawił się w ramach sugerowanych zmian w obszarze psychiatrii. Wskazywano na konieczność skoordynowania wsparcia zaangażowanych w proces leczenia specjalistów i terapeutów, w tym w szczególności skuteczną wymianę informacji. Całość wsparcia powinna tworzyć dobrze skoordynowany, wielopoziomowy system, który jednocześnie powinien charakteryzować się znacznym poziomem elastyczności, przejawiającym się w dostosowaniu wsparcia do potrzeb pacjenta.

Ponadto, jednym z elementów wsparcia powinno być też szerokie **aktywizowanie społeczno-zawodowe**. Część badanych wskazywała na **próżnię po wyjściu ze szpitala**, która dodatkowo jest wzmocniana niedostępnością wsparcia ambulatoryjnego.

- „Ja przyznaję że... jakby, to nie zabrzmiało dobrze, ale ja osobiście **zmniejszam konieczność instytucji do minimum**. Nie mam zaufania do instytucji za bardzo, tak szczerze..., znaczy oczywiście specjalizacja jest dla mnie, była dla mnie cenna i tak dalej, ale ja też widziałam, jak to działa w szpitalach i mam swoje opinie o tym. One nie są do końca super dobre, więc w związku z tym moja forma pracy z pacjentami jest ile się da..., że ta instytucja to jest tylko rejestracja, a całą resztę w zasadzie robię ja...” (W_31).
- „Osoby, które były w DOT, to miałem wrażenie, że one były, no bo to był **dzienny oddział**, tam nie były osoby, które musiały być, tylko te, które mimo wszystko chciałyby, w jakiś tam sposób potrzebowały. To one, nie wszyscy, ale duża część, jednak mimo wszystko lepiej się tam czuła. Było takie wrażenie, że mają też tych przyjaciół, nauczyciele lżejsi, lekarze trochę w miarę mili nawet czasem, tak jakoś to działało nawet lepiej, mam wrażenie” (W_31).
- „I myślę, że to oczekiwanie szpitala spełniają, w taki czy inny sposób, takie bardzo podstawowe, żeby się nie powiesił, żeby się nie... nadużył tabletek, żeby nie rozwalił sobie głowy, jak jest w manii to komuś innemu. To to spełnia, to takie absolutnie podstawowe, żeby przeżył. Natomiast takie oczekiwanie długotrwałego leczenia, to już



zależy, to mam wrażenie, że takiej realnej pomocy, żeby wyprowadzić z tego, to chyba troszkę gorzej z tym, ciężiej.” (W_31).

- „No myślę, że w tym **Centrum Psychiatrycznym** tam, gdzie są te takie..., już skonstruowana jest ta forma pomagania, wspierania, że są osoby, takie z innych grup medycznych, czyli na przykład terapeuta środowiskowy czy asystent osoby chorującej..., czyli przekazuje informacje, przekazuje potrzebną wiedzę, koordynuje, tak” (W_32).
- „...raczej to oczekiwanie jest takie, ja to tak odbieram, **że lekarz ma być osobą, która powinna koordynować różne działania**, czyli wskazywać miejsca, gdzie się powinno takiej pomocy uzyskiwać. No gorzej jak nie ma takich miejsc. No to wtedy jest tak, że to lekarz właściwie albo podchodzi do problemu pacjenta w sposób biologiczny, czyli zajmuje się tylko zapisywaniem leków i na każdy na każdą jakąś sytuację trudną reaguje zmianą farmakoterapii i zamyka jakby swoją pomoc takich ramach. A jeżeli tak nie myśli, no to wysyła pacjenta w różne miejsca, poszukując współpracy z placówkami, które uważa za wspierające. No tak sobie to wyobrażam i tak wnioskowaliśmy, o taki **wielopoziomowy ten system opieki psychiatrycznej**, żeby funkcje takie wspierające zdrowienie, zadania rozkładały się pomiędzy specjalistów różnych specjalności, że tak nie musi być to rola lekarza” (W_32).
- „...jeżeli szpital byłby częścią dobrze funkcjonującego **centrum zdrowia psychicznego**, no to przynajmniej w teorii mogę sobie wyobrazić, że pacjent może dostać praktycznie wszystko, czyli może dostać propozycję miejsca do opieki ambulatoryjnej, w sensie poradni, może dostać element poradni pomocy środowiskowej, może dostać hmm, no psychoterapię, jeśli będzie wskazana. Czyli teoretycznie rzecz biorąc byłby osadzony. Natomiast no w praktyce niestety, moim zdaniem, w dalszym ciągu tonie funkcjonuje. Być może są świetnie funkcjonujące centra, tego ja nie wiem, natomiast po mojemu ani w Łodzi, ani w Warszawie nie ma” (W_33).
- „Chociaż też są pacjenci tacy, ja mam takich w gabinecie czy w ambulatorium mówiąc bardziej ogólnie, którzy na przykład byli w szpitalu raz czy dwa i są w dobrej poprawie, są w remisjach. Od czasu do czasu mają zaostrzenia objawów czy mają gorsze okresy i rzeczywiście wspominają ten szpital, mimo wszystko jako traumę. To znaczy nawet nie



dlatego, że tam coś się bardzo złego zadziało, chociaż i takie sytuacje też są, ale tak bardziej ogólnie mówiąc, no jednak **szpital był dla nich traumatyczny**, więc woleliby zrobić wszystko, żeby do tego szpitala nie trafić” (W_34).

- „...kiedy narasta w rodzinie niepokój o stan psychiczny dziecka albo kogoś w ogóle z rodziny, to wówczas ta rodzina powinna mieć, taką możliwość zadzwonienia w miejsce, z którego by przyjechał ktoś, czy kto by się umówił z tą rodziną, że oni przyjadą, jeśli by nie chcieli, nie mogli u siebie przyjąć i żeby przyjechał ktoś, kto by umiał porozmawiać z rodziną o tym, co się stało, co się dzieje, żeby właśnie wniesić, to poczucie bezpieczeństwa, żeby jakby wyłonić problem, bo jeśli wszyscy podnoszą głos, jest atmosfera absolutnego pogubienia się wszystkich, to narastają objawy” (W_36).
- „Często psycholog w szkole jest taką pierwszą osobą, która jeżeli to jest dobry człowiek budzący zaufanie, to młodzież zwraca się do takiej osoby. I tutaj jest właśnie taka rola też poza rodziną, jakiś takich właśnie osób w szkole bliskich, nauczycieli czasem, którzy wychwycą, że coś jest nie tak” (W_37).
- „Ja już wiem, co chciałabym dodać, że brakowało by takiego sektora, takich według mnie, takich **domów jakby opieki**, dla takich na przykład osób chorujących psychicznie, gdzie one mogłyby być w miarę możliwości samodzielna jednak pod opieką, czyli na przykład takie **mieszkania chronione**, coś takiego. Z tym, że to by mogło funkcjonować, jako na przykład taki dom, domy czyli, że kilka mieszkań, czy 4, 5, tak 6. Blisko siebie, na przykład w jednej kamienicy albo w jakimś jednym domu kilka mieszkań i tam jakiś pracownik wtedy, osoba która dozoruje te osoby, która jest na miejscu, która pomaga im trochę w życiu, nie wiem, czasami idzie z nimi na zakupy albo coś załatwić i ma na nie oko jak to się mówi, tak, sprawdza czy przyjmują leki” (W_37).
- „Natomiast na pewno też widzę, że **zdecydowanie lepsze efekty pracy są wtedy, kiedy pracuje się w tym środowisku, w którym dziecko mieszka**. Tak? Czyli mam takie doświadczenie, że jeśli pracuje się ze szkołą, że jeśli są, jest miejsce na spotkania z nauczycielami i z wychowawcami, z pedagogiem szkolnym. Kiedy **jest możliwość takiej pracy zespołowej, multidyscyplinarnej**, no to wtedy jest rzeczywiście szansa na zmianę sytuacji, która doprowadza dziecka dziecko do skraju” (W_38).



- „No chciałabym, żeby w takim oddziale była przestrzeń na konsultacje rodzinne z już taką wstępną diagnozą rodziny, takim ustaleniem dalszej kwalifikacji do leczenia systemowego poza szpitalem. W wymarzonym miejscu myślę, że też powinna być zachowana ciągłość opieki. I w niektórych miejscach jest taka możliwość, że rzeczywiście terapeuci zatrudnieni w oddziale kontynuują terapię również po pobycie hospitalizacji. Tak w ambulatorium” (W_38).
- „Ja, ja myślę, że w przypadku dzieci to pierwszym, pierwszym takim pierwszym, takim pierwszym taką osobą, która rozmawia z rodzicami czy opiekunami, to powinien być **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pediatra**. Dobrze, dobrze wyszkolony, które nie wiem, jak to w tej chwili wygląda, ale jeżeli pediatra prowadzi dziecko no od urodzenia i śledzi cały czas jego rozwój, towarzyszy rozwojowi dziecka. To on to dziecko bardzo dobrze zna. Zna matkę, zna ojca, zna rodziców. Tak sobie wyobrażam, że tak to powinno być i z tymi niepokojącymi sygnałami rodzic powinien zwrócić się do no właśnie do lekarza pediatry, czy lekarz pediatra powinien to zauważyć, mieć na tyle wiedzy i doświadczenia, ale wiedzy przede wszystkim. Wiedzy takiej psychologii rozwojowej, psychiatrii i on jakby też towarzyszy dziecku, rodzicom w dalszej opiece psychiatrycznej czy psychologicznej. W szkole taki pierwszy kontakt to pedagog, który zauważa, że coś się dzieje, nauczyciel, wychowawca w szkole. To wtedy jest to spotkanie z rodzicami i wspólna narada co dalej?” (W_39).
- „I że szpital psychiatryczny to tylko wtedy, kiedy jest rzeczywiście zagrożenie życia, ewidentne zagrożenie życia i na krótko, czy przy zmianie, takiej radykalnej zmianie leków, to wtedy. Przy czym dla dzieci i zwłaszcza dla dzieci, dla małych dzieci, to moim zdaniem, **taki mały oddział psychiatryczny powinien być przy szpitalu, normalnym szpitalu dziecięcym**. Przy pediatry, gdzieś z boku, z ładnym wyjściem z ładnym wyjściem do ogrodu, tak żeby dzieci miały tam miejsce na... żeby tam mogły być z mamami, babciami, ciociami” (W_39).
- „...i to krótki, mówimy o krótkich pobytach, krótkich pobytach, żeby też byli zaangażowani rodzice, rodzice, bliscy, koleżanki, koledzy, żeby tworzyć taką atmosferę zdrowia, cały czas jesteś zdrowy, możesz....” (W_39).



- „...wydaje się, że dobrze było, żeby była jakaś zorganizowana bardziej pomoc, czyli żeby to były jakieś takie **zespoły**, które no mają pracownika socjalnego czy psychologa i jeszcze lekarza dobrze by było, który by rozstrzygał, czy dana sprawa jest na tyle poważna, że wystarczy tylko interwencja tego psychologa w szkole, czy wymaga to bardziej złożonych działań, dłuższej terapii” (W_40).
- „To wydaje mi się, że jakby ogólne jej założenia są słuszne, to znaczy **zintensyfikujmy działania poza szpitalne, psychiatrię środowiskową**, dbajmy o pacjentów, szczególnie tych, którzy wymagają takiego dbania” (W_41).
- „Tak i takiego poczucia, że jesteś w systemie, że to wszystko ze sobą współgra, ktoś nad tym czuwa, jest jakiś **menedżer**. Jak potrzeba zmieni leki, jak potrzeba skieruje to do szpitala znowu. Jak potrzeba pośle do psychologa, a ten psycholog będzie dostępny, a nie gdzieś tam nie wiadomo kiedy za nie wiadomo jaką kasę, bo to są takie realia, że nawet ta prywatna pomoc w tej chwili, no to też nie jest tak dostępna jak byśmy chcieli” (W_43).
- „Ta dostępność ambulatoryjnej pomocy to jest taki główny, bo myślę, że no oddziały pracują jak mogą też mogłoby ich być pewnie więcej, natomiast może nie musiałyby ich być więcej, gdyby była **dobra opieka środowiskowa**” (W_43).
- „No lekarz no jak sama nazwa wskazuje, głównie się powinien zająć lekami, a nie całą resztą. Od całej reszty też dobrze, żeby byli ludzie, żeby był **pracownik socjalny**, żeby był ktoś od szkoły, żeby no te kontakty były wtedy, kiedy pacjent potrzebuje” (W_43).
- „No myślę, że tak wiesz, no, rekapitulując no, to ta dostępność wczesnej interwencji. Naprawdę by to znacznie ograniczyło konieczność hospitalizacji, bo czasami trafiają do mnie pacjenci z myślami i tendencjami, a tak naprawdę cały proces trwa 2 3, 4 lata. A gdyby trafili 4 lata wcześniej, to prawdopodobnie nie byłoby w ogóle w ogóle takiego pomysłu, żeby gdzieś tam ten szpital był na horyzoncie, bo to są zupełnie innego rodzaju problemy” (W_43).
- „**Lekarz pierwszego kontaktu**. Myślę, że takiego też zachęcania, bo jeżeli ktoś ma dobrą relację i mu ufa, no to też myślę, że to może być też pomocne, więc myślę, że tutaj edukacja lekarza pierwszego kontaktu też by była super” (W_44).



- „Więc myślę, że to jest taki nacisk gdzieś no takiego chyba **wsparcia poza... poza szpitalem** i robienia naprawdę wszystkiego, żeby ci ludzie tylko w niezbędnej konieczności byli w tym szpitalu. Czyli przed szpitalem żeby mieli możliwość, właśnie znowu brakuje, tak znowu wracam do tego, że brakuje specjalistów, żeby oni się mogli gdzieś zgłosić, w jakiejś poradni czy w jakimś miejscu konsultacyjnym, gdziekolwiek, żeby tą pomoc mogli uzyskać dużo wcześniej niż w takim momencie, kiedy już muszą wiesz jechać do szpitala, że to by mogło bardzo być pomocne. Tak sobie myślę. Warsztaty jakieś rozwojowe” (W_44).
- „Zrezygnowałabym z dużych molochów, czyli z bardzo dużych oddziałów psychiatrycznych na rzecz mniejszych. Tylko pytanie, czy jesteśmy to w stanie zrobić w realiach polskich? Nie wiem” (W_45).
- „**Bardzo mi się podoba idea psychiatrii środowiskowej.** Bardzo mi się podoba idea pracowania z chorym i z całą jego rodziną, bo w praktyce wygląda to różnie, ale idea jest bardzo fajna, żeby nie wrywać go z jego środowiska naturalnego, ale jeżeli już wrywać, to wrywać na bardzo krótkie okresy, tyle ile trzeba w szpitalu” (W_45).

Kształcenie w zakresie empatycznej komunikacji

Choć w części wypowiedzi pojawiały się opinie, że zadaniem lekarza jest leczenie, to jednak znaczna część badanych wskazywała na braki w systemie studiów, a w efekcie pewne braki kompetencyjne lekarzy w zakresie umiejętności rozmawiania, a przede wszystkim słuchania pacjentów. Badani sugerowali, że umiejętność empatycznej komunikacji jest bardzo ważnym elementem pracy lekarza psychiatry. Pojedyncze osoby zwracały też uwagę na hermetyczny język, którym posługują się lekarze – język często niezrozumiały dla pacjentów i ich rodzin.

- „Ja myślę, że właśnie, że lekarz jest obciążony poważną, taką misją bym powiedziała, że tak powinien to poczucie bezpieczeństwa wzmocnić. Tego ludzie oczekują, że coś doktor pomoże, że właśnie doktor pomoże. Natomiast tego się oczekuje od lekarza, no nie jest w stanie jeden lekarz zmęczony na dyżurze albo nawet nie zmęczony, ale **wyuczony wszystkiego tylko nie empatii i tylko nie tego jak komunikować się z pacjentem i z jego rodziną**” (W_36).



- „...jak będzie pacjent słuchał, jak będzie też mówił, bo jak nie mówi to jest niedobrze... **Pamiętam, że mało było takich pomysłów, że pacjenta trzeba słuchać, raczej on miał odpowiadać na pytania.** Nadal tak jest, tak jest nadal w poradniach, tak jest nadal w szpitalach: <Proszę odpowiedzieć na to pytanie. No to jak to było?> Kiedy ta osoba naprawdę powie cokolwiek, czasami powie cokolwiek, wczoraj miałam takie spotkanie i pacjent, który jest leczony od lat wielu powiedział mi, że on ciągle oszukiwał lekarzy. Ciągłe mówił nieprawdę. Nie mówił prawdy do końca, bo się wstydził” (W_36).
- „...**czasem też przygotowanie lekarzy psychiatrów mogłoby być lepsze**, tak. Bo jednak to jest praca. Mam na myśli, jeśli chodzi o nawiązywanie kontaktu z pacjentem, bo to jest oczywiście praca lekarska, no na zasadzie, żeby postawić diagnozę i ustawić dobrze leki, a jednak też opiera się na jakiejś tam rozmowie, na kontakcie. Pacjenci to czują, czy są przedmiotowo traktowani, czy podmiotowo i tutaj niektórzy lekarze mają też takie podejście bardzo biomedyczne, bywa nawet, że czasem dewaluujące jakieś aspekty rodzinne, czy jakieś tło takie systemowe” (W_37).
- „Z perspektywy osoby, która dopiero co skończyła rezydenturę, myślę, że bardzo, bardzo brakuje jednak nam **szkolenia terapeutycznego**. No i jest to oczywiste, że w obecnym systemie nie ma możliwości finansowych, żebyśmy jeszcze otrzymali takie szkolenie” (W_38).
- „Myślę, że tak, że na pewno wiesz, co tak sobie myślę, że chyba brakuje jednak, tak jak rozmawiam z lekarzami później, chyba jednak im brakuje takich zajęć na medycznych kierunkach... Więc myślę sobie, że zajęcia ze studentami medycyny jest to mega ważne i to takie prowadzone właśnie chyba, w takim nurcie właśnie, no jednak podmiotowości. Tak i takie wiesz co, bo myślę sobie, że jak ci studenci poczują się w takiej komunikacji i takiej relacji partnerskiej i takiego wiesz zrozumienia i zobaczenia, poczucia właściwie, to wiesz nie tyle nauczania się, **tylko poczucia jak to jest być w kontakcie takim, kiedy druga osoba traktuje cię jako człowieka, jako podmiot.** To Będą wiedzieli o co chodzi nie...” (W_44).
- „Myślę, że też warto zwrócić uwagę na **język**, którym się posługujemy w szpitalu. Jeżeli pacjenta mamy w szpitalu. Uważam, że praca nad komunikacją między lekarzem a pacjentem to jest jeszcze pole” (W_45).



WYBRANE DOBRE PRAKTYKI

Poza licznymi wnioskami, informacje i opinie przekazywane przez specjalistów, z którymi prowadzone były wywiady, umożliwiły zidentyfikowanie kilku dobrych praktyk, które już są stosowane w obszarze opieki psychiatrycznej. Poniżej przedstawiamy ich listę wraz z opisującymi je wypowiedziami badanych.

- Praca w bliskim kontakcie z pacjentem – „**praca na relacji**” – „To znaczy ja pracuję na takim oddziale, gdzie jest bliski kontakt jednak z pacjentem, bardzo bliski, Bo jest to głównie niby diagnostyczny, ale prawda jest też taka, że bardzo terapeutyczny, więc pracujemy głównie na relacji” (W_44).
- W sytuacji gdy jest to możliwe, **konsultowaniu terapii z pacjentami** – „No i w zależności od tego, czy podejmujemy jakieś decyzje, uzgadniamy z pacjentem” (W_41).
- Wprowadzanie na oddziały szpitalne **asystentów zdrowienia** – „No teraz jest od jakiegoś czasu, nie wiem chyba od roku na przykład w szpitalu zatrudniona taka osoba, która się nazywała asystentem leczenia chyba i jest to osoba, która była w roli pacjenta. Była pacjentem. No na tyle dobrze funkcjonuje, że no jest w stanie jakoś tam rozmawiać właśnie z takiej perspektywy z pacjentami i w takim sensie ich wspierać” (W_42).
- **Przygotowanie pacjenta do wyjścia w formie zebrania:** lekarza i innych specjalistów z chorym i jego rodziną, w ramach którego omawiane są zalecenia oraz opracowywany jest wspólnie **plan bezpieczeństwa** – „Wiesz co, najczęściej to jest tak, że jest... właśnie to jest fajne, że są spotkania rodzinne u nas, więc jest tak, że jest terapeuta rodzinny i najczęściej jest tak, że jest to spotkanie rodzinne. I tam są konkretne przekazywane na przykład zalecenia. Jest na przykład właśnie terapeuta rodzinny i lekarz. Ostatnio było też, tam wychodziła dziewczynka, no to na tym ostatnim spotkaniu był terapeuta rodzinny, był lekarz i był psycholog. I z każdej strony były te zalecenia przekazywane. Ja nie mam takiego poczucia, że one nie są przekazywane. Wręcz przeciwnie, też jest kontakt duży na przykład: lekarze bardzo często dzwonią do rodziców albo rodzice do lekarzy. Właściwie na bieżąco są te zalecenia. Tak że mam takie poczucie, że... poczucie, że po pierwsze są oczywiście wypisane w karcie wypisowej, ale też przekazywane



ustnie... Czyli to też dostają taką informację i nasi pacjenci też szykują tak zwane plany na bezpieczeństwo, czyli jak się coś pojawi jakiś trudne myśli, jakieś takie zagrażające no to: co mają zrobić tak konkretnie. Wychodzą z tymi zaleceniami” (W_44).

- **Możliwość umówienia spotkania w poradni z lekarzem prowadzącym jeszcze w trakcie pobytu w szpitalu** – „To co myśmy robili, że na przykład umawialiśmy pacjentowi, który był na oddziale, to w trakcie pobytu na oddziale miał już umówioną wizytę w poradni, bo też mam wrażenie, że tak to dobrze było odbierane, że ten pacjent jednak będzie, że to będzie kontynuacja, że nie jest... w szpitalu jeszcze w trakcie jego hospitalizacji, co daje możliwość ciągłości wsparcia” (W_43).
- **Mały dzienny oddział dla dzieci w willi** – „Tak jak mówiłam, pracowałam w oddziale dziennym dla dzieci, gdzie były dzieci jeden klasy 1 -3 i ten oddział mieścił się... To było rewelacyjne, mieścił się na terenie takiego osiedla willowego, gdzie było to w willi, na górze były 3 klasy, na dole była świetlica, stołówka i był ogród. I to było super dlatego, że rodzice przywozili codziennie te dzieci, popołudniu zabierali i była szkoła. Były normalne warunki, przy czym była opieka medyczna, psychologiczna i pedagogiczna. Niestety został zlikwidowany, co po prostu makabr...” (W_39).
- **Praca zespołowa wielu specjalistów** – „No właśnie ja jakoś tak chcę się odwołać do Głogowej, do tego oddziału dziennego dla dzieci. Tam była, co było ogromnie cenne i też to było w Imbryku. Ale na Głogowej była ścisła współpraca, to było coś niesamowitego. Wszyscy wiedzieli i nauczyciele, i nawet salowa i pielęgniarki, nauczyciele, pedagogzy, psycholog, lekarz o problemie pacjenta... z różnych dziedzin specjaliści ze sobą... wielospecjalistyczna... Jest ważne, że lekarz przede wszystkim współpracujący z psychologiem, psycholog współpracujący z pielęgniarką, psycholog, lekarz współpracujący nawet z salową, że to są...” (W_39).
- **Przyjemne otoczenia** – „Natomiast ja pracuję w takim ośrodku, który jest, tak przynajmniej tak przynajmniej ja to rozumiem, postrzegany jako bardzo przyjazny albo relatywnie przyjazny. Nie mamy jacuzzi na przykład, ale chociażby mamy fontannę i różne takie miejsca, żeby pacjentom, jakoś tam ten czas przyjemnie upływał” (W_41).
- **Lekarz prowadzący i praca zespołowa** – „Natomiast wracając, w tym momencie ten pacjent ma przydzielonego swojego lekarza prowadzącego. To jest w naszym szpitalu



najczęściej osoba w trakcie rezydentury, która pracuje w zespole ze specjalistą. To znaczy u nas rzeczywiście jest to zrobione w taki sposób, że pacjent ma jakby taką opiekę koordynowaną, czyli mamy do czynienia z rezydentem, który się uczy, który najczęściej w większości przypadków bada pacjenta ze swoim szefem stażu, czyli ze specjalistą i my jeszcze w zespole przynajmniej raz w tygodniu, przynajmniej raz w tygodniu spotykamy się na takich zebraniach i omawiamy szczegółowo przez kilka godzin wszystkich pacjentów oddziału. No i tak to mniej więcej wygląda. No i w zależności od tego, czy podejmujemy jakieś decyzje, uzgadniamy z pacjentem” (W_41).

- **Zaangażowany i empatyczny zespół** – „To mam wrażenie, że pracuję w jakiejś Leśnej Górce albo tego typu miejscu. Bo naprawdę czasami też mnie porusza, naprawdę duża, taka uważność lekarzy, z którymi pracuje na oddziale dla pacjentów. I w takim wymiarze no troski, takiej od strony takiej stricte psychiatrycznej” (W_42).
- **Dodatkowe zajęcia w trakcie hospitalizacji** – „Są zajęcia psychoedukacyjne, są wyjścia do sklepu, aktywizacja, terapia zajęciowa. Codziennie są rano zajęcia z gimnastyki, tak żeby tych pacjentów trochę rozruszać, także są różne możliwości oddziaływania, współpracy, psychoterapeutyczne, motywujące zajęcia” (W_41).
- **Zaangażowana i wspierająca oddziałowa** – „Oddziałowa była taką osobą, która dostrzegała potrzeby pacjentów i na przykład organizowała ciuchy. I robiła na przykład info po wszystkich dziewczynach albo wszystkich, którzy pracują: <Dobra, jak macie jakieś ciuchy, które już nie nosicie albo coś. Przynosimy wszystko>. I wtedy widziała, który pacjent na przykład nie ma wsparcia z rodziny, tak? Który nie ma odwiedzin, który nie ma, nie wiem majtek, pod pasek, tak, jeśli chodzi o kobiety. I na przykład to była kobieta – moja oddziałowa, która organizowała realną pomoc dla tych osób. Angażując pracowników, nie?” (W_45).

GŁÓWNE REFLEKSJE BADACZY PROWADZĄCYCH WYWIADY

W odniesieniu do każdej grupy (pacjenci, rodzice i opiekunowie pacjentów, specjaliści) jednym z ważniejszych elementów w procesie badawczym, były warsztaty z badaczami. Realizowane były one po fazie terenowej, a ich celem była wymiana doświadczeń i refleksji między



badaczami a specjalistą ds. badań, odpowiedzialnym za analizę materiału badawczego oraz przygotowanie opracowania. Poniżej przedstawiamy główne wnioski z warsztatu z psychiatrą i psychologami, którzy w ramach projektu pełnili rolę badaczy realizujących wywiady swobodne.

W pierwszej kolejności specjaliści w roli badaczy wskazywali na dużą otwartość badanych specjalistów oraz chęć wzięcia udziału w wywiadzie i projekcie. W tym przypadku jedną z głównych motywacji była chęć poprawy kondycji polskiej opieki psychiatrycznej. W tym kontekście wskazywano na obecne mankamenty i niedomagania. Z relacji badaczy wynika, że badani specjaliści szczególną uwagę zwracali na **czas i stałość leczenia**. Podkreślano, że w przypadku tego pierwszego, specjaliści nie są w stanie poświęcić wystarczająco dużo czasu swoim pacjentom. Kolejną ważną kwestią jest brak stałości – ciągłości leczenia, ten aspekt dotyczy z jednej strony rotacyjności lekarzy prowadzących, a także niedostępności wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego. W przypadku lekarzy prowadzących padało porównanie do lekarza dentysty, którego zwykle się nie zmienia, co pozytywnie wpływa na zaufanie pacjenta, gdyż ten ma poczucie, że zna swojego doktora.

W tym kontekście wskazywano także na **asymetrię w relacji między lekarzem a pacjentem**, która przejawia się w poczuciu pacjenta, że musi się on podporządkować zaleceniom lekarza. Innymi słowy pacjent ma poczucie, że to co mówi lub sugeruje lekarz jest nienegocjowalne, a on sam nie ma wyboru. Jednocześnie lekarze nie zdają sobie sprawy z tej asymetrii i sposobu, w jaki odbierane są przez pacjentów ich słowa. W rezultacie pacjenci ze względu na brak poczucia podmiotowości i możliwości współdecydowania o swojej terapii, nie mówią wszystkiego swoim lekarzom lub decydują się na zmianę prowadzącego. W kontekście dzisiejszej opieki psychiatrycznej jedna z badanych wskazała, że dzisiejszy lekarz psychiatra przypomina nieco **kierownika budowy** – innymi słowy dominuje podejście mocno techniczne (biomedyczne) tzn., że przy diagnozie X, należy zastosować postępowanie Y i to powinno przynieść poprawę. Jednocześnie badana przywoływała swoje wcześniejsze doświadczenia, kiedy dominowało w psychiatrii podejście współczucia i zrozumienia dla pacjenta. Jej zdaniem w latach 90. XX wieku członkowie zespołów medycznych byli ściśle ze sobą zintegrowani i wymieniali się spostrzeżeniami i opiniami na temat pacjentów. Ważną wartością był komfort pacjenta, natomiast obecnie mamy do czynienia z tzw. **obrotowymi**



drzwiami – pacjenci wchodzą i wychodzą ze szpitala niczym przez obrotowe drzwi i są „obrabiani”. Warto jednak zauważyć, że z tą opinią nie zgodzili się wszyscy uczestnicy warsztatu, jedna ze specjalistek wskazała, że w jej opinii obecnie dostępność wsparcia psychiatrycznego jest wyższa niż w przeszłości.

W trakcie warsztatu pojawił się także pozytywny wątek, który utożsamiać można z dobrą praktyką, a mianowicie jedna z badaczek przywołała przykład **sekretarki medycznej**, o którym usłyszała od jednego ze swoich rozmówców. Z wypowiedzi badanej wynika, że w jednym z polskich szpitali psychiatrycznych lekarze i psycholodzy mogą korzystać ze wsparcia sekretarek medycznych, które odciążają ich z zajmowania się kwestiami formalnymi, co sprawia, że w pełni mogą skoncentrować się na pracy z pacjentem.

Dodatkowo w trakcie warsztatu poproszono specjalistów realizujących wywiady o sugestie i rekomendacje, które chcieliby przekazać decydom oraz przedstawicielom opieki psychiatrycznej. Zbiór tych sugestii przedstawiamy:

- **Ośrodki interwencji** – na poziomie każdego miasta powinien powstać ośrodek interwencji do szkół i ośrodek interwencji do rodzin – w razie potrzeby lub po otrzymaniu zgłoszenia, odpowiedni specjalista (psycholog, pedagog) mógłby się udać z interwencją do szkoły lub rodziny.
- **Centra wsparcia** – Powinny powstać także centra wsparcia, oferujące wsparcie dla nauczycieli i psychologów pracujących w szkołach. Poza tym, do takiej placówki mogłyby się zgłaszać osoby np. rodzice dzieci, którzy potrzebują konsultacji ze specjalistą w sprawie swojego dziecka.
- **Pomoc psychologiczna** – badani wielokrotnie podkreślali w trakcie warsztatu, że hospitalizacja powinna być ostatecznością, a lekarz psychiatra powinien wyregulować pacjenta farmakologicznie. Natomiast najważniejsza powinna być wczesna pomoc psychologiczna i profilaktyka, w tym kontekście zwracano uwagę na to, że szkoły powinny inaczej wyglądać. Przede wszystkim w szkołach powinno być więcej specjalistów: psychologów, pedagogów, którzy byliby wrażliwsi np. na przemoc rówieśniczą. Ponadto, wskazywano, że pomoc nie powinna być kierowana tylko i wyłącznie do dziecka, które przejawia jakieś trudności, ale do całej rodziny, bo zwykle



coś niepokojącego może dziać się w systemie rodzinnym, a problemy dziecka mogą być tego jedynie przejawem.

- **Psychiatria środowiskowa** – badacze wskazywali, że korzystniejsze jest kierowanie wsparcia do środowiska osoby potrzebującej wsparcia, a nie wyciąganie jej ze swojego środowiska. Szpital psychiatryczny powinien być ostatecznością – jednym z ostatnim ogniw łańcucha wsparcia, natomiast w pierwszej kolejności wsparcie powinno być oferowane przez ośrodki osiedlowe oraz przyszkolne.

PODSUMOWANIE

Głównym celem projektu, w ramach którego udało nam się zrealizować wywiady z przedstawicielami opieki psychiatrycznej jest wypracowanie schematu modelowej relacji pacjent – psychiatryczna opieka/ochrona zdrowia i zachęcanie odpowiednich podmiotów (szpitali, poradni, psychiatrów, psychologów) do rozważania możliwości wdrożenia przynajmniej części wypracowanych rozwiązań i pomysłów. Nasz cel pozostaje niezmienny, ale okazało się, że uzyskane od naszych rozmówców informacje i opinie wykraczają daleko poza zagadnienia ograniczające się do relacji między pacjentami a lekarzami. W rezultacie nasze wnioski dotyczą nie tylko relacji, ale rozciągają się na całą kondycję opieki psychiatrycznej, a nawet naszego społeczeństwa. Wydaje nam się, że każdy z przedstawionych powyżej wniosków jest ważny, a ich przeanalizowanie i wdrożenie inspirowanych ich treściami rozwiązań może być korzystne dla obecnych i przyszłych pacjentów opieki psychiatrycznej. W związku z powyższym poniżej ponownie przedstawiamy tabelę ze spisem wypracowanych wniosków.

Natomiast próbując przygotować syntetyczne podsumowanie z badania wydaje nam się, że wypracowane wnioski układają się w trzy grupy: wnioski ogólnospołeczne, systemowe i relacyjne. W przypadku tych pierwszych – **wniosków ogólnospołecznych** – chodziłoby o stosunkowo niski poziom wiedzy w społeczeństwie na temat chorób psychicznych, ale i szerzej roli psychologia i psychiatry. W efekcie konieczne wydaje się podjęcie szeroko rozumianych działań edukacyjnych, które znormalizowałyby rolę psychologów i psychiatrów, a przede wszystkim zwiększyły wiedzę, a tym samym poziom społecznego zrozumienia i akceptacji dla osób, które doświadczają chorób psychicznych. Z kolei **wnioski systemowe** dotyczą



maksymalnego skupienia się na psychiatrii środowiskowej i zdeinstytucjonalizowanej tj. takiej, w której pomoc oferowana jest w środowisku osoby potrzebującej, a nie w szpitalu. Hospitalizacja nadal powinna stanowić ważne ogniwo leczenia, ale jednocześnie powinna być ostatecznością. Ostatnia grupa wniosków – **wnioski relacyjne**, dotyczy postaw lekarzy i personelu medycznego w stosunku do pacjentów. W tym przypadku wydaje nam się, że ideę postulowanych zmian najlepiej oddaje, opisana w opracowaniu, **potrzeba ludzkiego kontaktu** tj. kontaktu sprzyjającego budowaniu podmiotowej relacji w oparciu o szacunek, wysłuchanie, empatię, zrozumienie i akceptację. I choć konstatacja ta wydaje się banalna i prosta do wdrożenia, to opinie naszych badanych wydają się temu zaprzeczać, jednocześnie potwierdzają, że wiele jest do zrobienia w tej kwestii. Mamy nadzieję, że niniejsze opracowanie będzie jednym z elementów, który się do tego przyczyni.

SPIS I PODZIAŁ WNIOSKÓW

WNIOSKI OGÓLNE

- Błędne koło i iluzja publicznej ochrony zdrowia
- Budowanie relacji w oparciu o poznanie (wysłuchanie), szacunek, empatię i zrozumienie – potrzeba ludzkiego kontaktu
- Lekarze z powołania
- Lekarz w roli „receptomatu”
- Korzyści z hospitalizacji (por. wniosek: zachodnie wzorce, psychiatria środowiskowa i deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej)
- Trudne momenty związane z hospitalizacją

WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI PRZED HOSPITALIZACJĄ

- Potrzeba obecności, wysłuchania oraz informacji i wyjaśniania, a także wielostronnej akceptacji (rodzice, znajomi, lekarz i pozostali specjaliści)
- Potrzeba odbudowania/zbudowania poczucia bezpieczeństwa
- Potrzeby i oczekiwania rodziców: przedstawienie własnego punktu widzenia, szybka i trafna diagnoza oraz „naprawa dziecka”
- Psychoedukacja dla rodziców (por. wniosek: edukacja społeczna i psychoedukacja)

WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI W TRAKCIE HOSPITALIZACJI



- Instrukcja przyjęcia do szpitala i wprowadzenie w kontekst szpitalny dla pacjenta i rodziny
- Profesjonalne przyjęcie do szpitala – w tym rozmowa z pacjentem, a także przekazanie mu szczegółowych informacji o dalszych działaniach
- Budowanie relacji – potrzeba kontaktu, bycia zauważonym, wysłuchanym i sprawczym
- Dodatkowe zajęcia w trakcie hospitalizacji
- Potrzeba wsparcia rodziców (głównie w przypadku, gdy osoba chorująca jest niepełnoletnia; por. wniosek: edukacja społeczna i psychoedukacja)
- Zróżnicowane postawy personelu szpitalnego w stosunku do chorych

WNIOSKI DOTYCZĄCE SYTUACJI PO HOSPITALIZACJI

- Zalecenia po hospitalizacji – głównie farmakoterapia (por. wybrane dobre praktyki)
- Niedostępność wsparcia ambulatoryjnego po wyjściu ze szpitala
- Słuchanie pacjenta w trakcie wizyt ambulatoryjnych
- Próżnia poszpitalna

DODATKOWE SUGESTIE I REKOMENDACJE ZMIAN

- Edukacja społeczna i psychoedukacja
- Mniej instytucji, mniej szpitala, więcej deinstytucjonalizacji i psychiatrii środowiskowej
- Kształcenie w zakresie empatycznej komunikacji