

PSYCHIATŘI A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI PRACUJÍ NA SPOLEČNÉM PROJEKTU

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (nestátní nezisková organizace založená v roce 1995, jejímž hlavním cílem je napomáhat procesu změny péče o duševně nemocné) připravilo projekt „Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné“ (CZ.04.3.07/3.2.01.03) financovaný Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy v grantovém schématu JPD 3. Cílem projektu bylo připravit vzdělávací modul odpovídající obsahově i formou vzdělávacím potřebám ambulantních psychiatrů a praktických lékařů v oblasti komunitní péče o duševně nemocné. Projekt je územně omezen na Prahu, ale lze předpokládat, že jeho výstupy budou použitelné v celé České republice.

Psychiat. pro Praxi 2008; 9(5): 246

Úkolem první fáze projektu bylo zmapovat vzdělávací potřeby praktických lékařů a ambulantních psychiatrů. Jako metoda mapování byly zvoleny ohniskové skupiny, kterých se zúčastnili pražští ambulantní psychiatři a praktičtí lékaři. Ohniskové skupiny (tzv. Focus groups) jsou tematicky zaměřené diskuze přibližně deseti lidí, kteří reprezentují určitou cílovou skupinu. Zástupci psychiatrů i praktických lékařů se účastnili ohniskových skupin odděleně. V obou profesních skupinách jsme usilovali o zastoupení lékařů pracujících jak s dospělou klientelou, tak zaměřených na děti a dorost. Všichni účastníci odpovídali na tři otázky:

- 1) Jak vypadá spolupráce ambulantního psychiatra s praktickým lékařem. Jaká jsou její pozitiva a negativa?
- 2) Jaká by měla být role psychiatra a role praktického lékaře v péči o duševně nemocného?
- 3) Jaké vzdělání, trénink (případně další podporu) by potřebovali ambulantní psychiatři a praktičtí lékaři, aby mohli co nejefektivněji pracovat s duševně nemocným pacientem?

Jak ambulantní psychiatři, tak praktičtí lékaři vyjadřovali potřebu **vzájemné spolupráce**. Obě skupiny lékařů také udávaly, že pokud spolupráce funguje, je to vždy jen na základě osobního kontaktu. Psychiatři zmiňovali, že pro pacienta může být méně stigmatizující pracovní neschopnost vystavená praktickým lékařem. O dobré spolupráci referovali mnohem častěji ti lékaři, kteří měli pracovní zkušenosti i mimo Prahu. Zdůrazňovali, že ve venkovských regionech je situace mnohem přehlednější, lékaři se navzájem více znají. Obě skupiny lékařů zmiňovaly řadu překážek ve vzájemné spolupráci. Praktičtí lékaři si stěžovali na malý počet ambulantních psychiatrů, jejich časovou zaneprázdněnost a omezenou možnost s nimi navázat kontakt. Dále jako problém zmiňovali nedostatečnou zpětnou vazbu ze strany ambulantních psychiatrů – nedozvědí se výsledek odborného vyšetření, k němuž pacienta odeslali, chybí jim informace, jak pokračovat v další léčbě pacienta, který je současně léčen psychiatrem. Často také zmiňovali stigmatizaci psychiatrie, kvůli níž je

jich pacienti nebo rodinní příslušníci odborné vyšetření odmítají. Ambulantní psychiatři zmiňovali jako překážku spolupráce chybějící rajonizaci. Referovali o případech, kdy pacient doporučený praktickým lékařem je již léčen jiným psychiatrem. Za zvlášť významný považovali tento problém zejména v souvislosti s pacienty s problematikou závislostí. Někteří psychiatři také zdůrazňovali ochranu soukromí pacienta a vyjadřovali obavu, že praktický lékař by s informacemi o duševním zdraví pacienta nemusel zacházet s dostatečnou opatrností.

K otázce **vymezení rolí** či rozdělení práce v péči o duševně nemocné pacienty se obě skupiny lékařů stavěly odlišně. Praktičtí lékaři uváděli, že péče o pacienty s lehčími duševními poruchami (nejčastěji uváděli anxiózně-depresivní stavy) by mohla být zajišťována praktickým lékařem. Opakovaně také zmiňovali, že praktický lékař by měl mít při práci s duševně nemocným pacientem možnost konzultovat s psychiatrem. Ambulantní psychiatři byli k možnosti přesunutí části péče o duševně nemocné do ordinací praktických lékařů skeptičtější. A to i přes to, že se shodovali na tom, že psychiatrické ambulance jsou přetížené. Obě skupiny lékařů v této souvislosti zmiňovaly uvolnění preskribce antidepresiv. Praktičtí lékaři častěji zmiňovali pozitivní momenty, například možnost vést léčbu depresivního pacienta, který preferuje nebýt označen za „psychiatrického“ pacienta. Ambulantní psychiatři naopak častěji zdůrazňovali nebezpečí takové léčby – špatný odhad suicidálního rizika či nevhodnou farmakoterapii depresivní fáze bipolární poruchy.

Při definování **vzdělávacích potřeb** či chybějících informací obě skupiny shodně na prvním místě uváděly informace o dostupných službách (zdravotnických i sociálních) pro duševně nemocné. Často bylo zmiňováno, že prostý adresář služeb není dostačující a měl by být doplněn podrobnějšími informacemi o náplni služby a typu klientely, pro niž je služba určena. Praktičtí lékaři by uvítali souhrnné informace o jednotlivých okruzích psychiatrických diagnóz, zmiňovali, že dostatečně informování se cítí být pouze o problematice anxiózně-depresivních poruch. Mezi dalšími požadavky na vzdělávání uváděli praktičtí lékaři dětskou a dorostovou psychiatrii,

práci se vztahem v péči o pacienta (někteří zmiňovali dobrou zkušenost s bálintovskými skupinami), prevenci syndromu vyhoření a komunikaci s duševně nemocným pacientem. Ambulantní psychiatři navíc cítili jako potřebné, aby praktičtí lékaři byli lépe obeznámeni s problematikou časného zachytu psychózy a s problematikou závislostí. Obě skupiny lékařů se shodovaly na tom, že přínosem by mohly být společné vzdělávací programy, které by kromě odborných informací rozšířily možnost vzájemného kontaktu. Tématy takových společných seminářů by mohly být například diagnostika deprese, regionální síť služeb, etika práce s duševně nemocným a podobně.

Použitá metoda zjišťování vzdělávacích potřeb má nepochybně jistá omezení. Prvním z nich je fakt, že potřeba vzdělávání je závislá na vymezení rolí či rozdělení kompetencí v péči o duševně nemocného pacienta mezi praktické lékaře a specialisty – psychiatry. Přestože se velká část účastníků ohniskových skupin shodovala na kritice současného stavu (přetížení psychiatrických ambulancí, málo času na pacienta), v otázce možnosti převést část péče o duševně nemocné pacienty do ordinací praktických lékařů byli samotní účastníci velmi nejednotní. Navíc zmiňovali potřebu systémového řešení zahrnujícího i potřebné změny úhradového systému ze strany zdravotních pojišťoven.

Dalším omezením metodiky může být výběr účastníků ohniskových skupin. Účastníci opakovaně zmiňovali, že síť služeb a vzájemná spolupráce je odlišná v Praze a ve venkovských oblastech, a tedy i požadavky na prohloubení vzdělání lékařů mohou být odlišné. Lze také předpokládat, že praktičtí lékaři, kteří přijali pozvání účastnit se ohniskových skupin, jsou většinou ti, které psychiatrická problematika zajímá více než ostatní.

Věříme, že vám předkládané materiály pomohou řešit alespoň část problémů duševně nemocných pacientů, s nimiž se praktičtí lékaři a ambulantní psychiatři ve svých praxích setkávají.

MUDr. Jan Stuchlík, Mgr. Barbora Wenigová