

## **Závěrečná zpráva projektu**

### **„Péče o schizofrenní pacienty v ordinaci praktického lékaře“**

#### **Obsah projektu**

V rámci projektu byl realizován vzdělávací cyklus, určený praktickým lékařům v Praze a Karlových Varech. Cílem výukového programu bylo zprostředkování speciálních znalostí a dovedností, které by jim umožnily přijímat psychiatrické pacienty, zejména s diagnózou schizofrenie, deprese nebo bipolární afektivní porucha, podílet se na jejich léčbě, vést je ve své péči a pracovat s jejich rodinami. Realizace projektu měla také přispět k prevenci závažných duševních onemocnění, neboť praktických lékařů může sehrávat významnou roli v časném zachycení a rozpoznání nově se rozvíjející psychózy.

#### **Popis a hodnocení projektu**

V úvodu realizace projektu byly pomocí kvalitativní výzkumné metody focus group provedeny mapovací rozhovory s praktickými lékaři v Praze a Karlových Varech. Jejich účelem bylo ověření základních znalostí a zmapování rozsahu témat v oblasti péče o pacienty s vážnou duševní poruchou, které mají pro praktické lékaře význam a o kterých by chtěli být informováni.

Na začátku skupinového rozhovoru byli účastníci stručně seznámeni se situací primární a psychiatrické péče v obou regionech. V těchto oblastech péče jde o odlišné regiony, a to naznačuje několik údajů.

V hlavním městě Praze pracuje 701,4<sup>1</sup> praktických lékařů pro dospělé (počet registrovaných pacientů je 1397 na jednoho lékaře) a 188 psychiatrů (16,7 lékařů na 100 000 obyvatel) v Praze se nachází 18 ambulantních částí lůžkových zařízení, 131 psychiatrických ambulancí a 18 ostatních psychiatrických zařízení.

V Karlovarském kraji ordinuje 123,1 praktických lékařů (tj. 1814 pacientů na 1 lékaře) a 18,8 psychiatrů (6 lékařů na 100 000 obyvatel). V Karlovarském kraji se nachází 1 ambulantní část lůžkového zařízení, 17 ordinací ambulantního psychiatra a 1 ostatní ambulantní psychiatrické zařízení.

Moderátoři dále kladli otázky podle předem připraveného schématu, daného metodou focus group.

---

<sup>1</sup> počet lékařů přepočtený na celé úvazky

Příklady otázek na počátek diskuze:

Kolik přibližně máte pacientů s psychiatrickou poruchou ve své ordinaci týdně?

S jakými psychiatrickými diagnózami se nejčastěji setkáváte?

U kolika pacientů s psychiatrickou poruchou se setkáváte s jejich rodinou?

Otázky zaměřené na ověření základních znalostí:

Jaké jsou podle Vás typické příznaky časných psychóz či časných depresí ?

Jaké typy medikace nejčastěji užíváte u psychiatrických pacientů? (uveďte název léku, účinnou látku, množství denní dávky)

Jaké léčebné a rehabilitační přístupy k psychiatrickým pacientům znáte? Který z nich je podle vás nejúčinnější?

Otázky zaměřené na zmapování rozsahu tématu:

Jaké problémy ve své ordinaci s psychiatrickými pacienty nejčastěji řešíte?

Co byste potřebovali, aby se vám lépe pracovalo s psychiatrickými pacienty? (např.: kontinuální vzdělávání, specializované psychiatrické služby, nic-jste spokojeni).

Pokud byste uvítali služby: Jaké typy specializovaných služeb byste uvítali, aby se vám lépe pracovalo s psychiatrickými pacienty?

Jaké problémy nejčastěji máte s psychiatrickými pacienty?

Je pro vás uspokojivá spolupráce se specialisty?

O jakých tématech z oblasti péče o psychiatrického pacienta byste se rádi v našem vzdělávacím cyklu dozvěděli?

Z poměrně široké nabídky obecných i velmi konkrétních témat a otázek, o kterých by se praktičtí lékaře rádi dozvěděli (např. informace o určitých diagnózách, různé terapeutické postupy, doporučení na medikace, komunikace s nespolupracujícím pacientem, spolupráce s odborníkem – psychiatrem, povinnost psychiatra informovat ošetřujícího lékaře, možnosti pracovního zařazení pacientů, chráněné bydlení, právní problematika (zbavení svéprávnosti, nedobrovolná hospitalizace)), byly vybrány čtyři širší okruhy problémů, týkající se především terapeutických přístupů k duševním poruchám.

Jelikož jsme si byli vědomi toho, že pro úspěšnou realizaci kurzu v Praze je nutná účinná a cílená propagace, byla nabídka vzdělávacího programu uveřejněna prostřednictvím odborných lékařských

společností (Sdružení praktických lékařů ČR, Česká lékařská komora). Oznámení s přihláškou kurzu bylo rovněž distribuováno díky Sdružení praktických lékařů všem pražským členům sdružení (620 praktických lékařů). Vzdělávací kurz byl zapsán v registru akcí celoživotního vzdělávání.

Na kurz se přihlásilo celkově 47 praktických lékařů z Prahy; jednotlivých přednášek se pak účastnilo vždy více než 20 posluchačů; balintovských seminářů<sup>2</sup> pak vždy okolo 8 osob.

**Tabulka 1: Struktura výukového cyklu**

	<b>Název</b>	<b>Místo</b>	<b>Lektoři (resp. moderátoři)</b>
17.5.2005	Mapovací rozhovory	Praha	Ing. Petra Kačírková Mgr. Pavla Šelepová
17.5.2005	Mapovací rozhovory	Praha	Ing. Petra Kačírková Mgr. Pavla Šelepová
28.6.2005	Mapovací rozhovory	Karlovy Vary	Ing. Petra Kačírková Mgr. Pavla Šelepová
28.6.2005	Mapovací rozhovory	Karlovy Vary	Ing. Petra Kačírková Mgr. Pavla Šelepová
11.10.2005	Závažné duševní poruchy, jejich vznik, průběh a prognóza (1. část)	Praha	MUDr. Petr Příhoda MUDr. Ondřej Pěč
11.10.2005	Závažné duševní poruchy, jejich vznik, průběh a prognóza (2. část)	Praha	MUDr. Petr Příhoda MUDr. Ondřej Pěč
25.10.2005	Psychofarmakologie - rozdělení psychofarmak, účinky, nežádoucí účinky, kontraindikace, kombinace s jinými léky (1. část)	Praha	MUDr. Petr Příhoda MUDr. Ondřej Pěč
25.10.2005	Psychofarmakologie – rozdělení psychofarmak, účinky, nežádoucí účinky, kontraindikace, kombinace s jinými léky (2. část)	Praha	MUDr. Petr Příhoda MUDr. Ondřej Pěč
29.11.2005	Léčba těžkých psychiatrických poruch, komunitní psychiatrie, posudková hlediska	Praha	MUDr. Ondřej Pěč Ing. Petra Kačírková
3.10.2005	Časné stavy duševních poruch a práce s rodinou	Praha	MUDr. Petr Příhoda Ing. Petra Kačírková

Na začátku a na konci cyklu bylo účastníkům kurzu předloženo dotazníkové hodnocení diagnostických a terapeutických postojů praktických lékařů (viz příloha 1). V prvním kole (na úvodní přednášce) vyplnilo dotazník 31 účastníků. Z tohoto počtu se poslední přednášky zúčastnilo 14 osob.

<sup>2</sup> setkání pracovníků pomáhajících profesí, ale i lékařů, pedagogů, sociálních pracovníků, na němž účastníci předkládají k posouzení vlastní klinické případy ke kazuistické analýze. Následná diskuse se zaměřuje na psychologické porozumění terapeuticky významných hledisek vztahu terapeut (lékař) – pacient.

Respondenti uvedli, že ve své kartotéce evidují v průměru 5 pacientů se schizofrenií; 8 z 31 neeviduje žádného.

Kromě naznačených možností uvádějí jako příznaky počínající schizofrenie ještě např. problémy v zaměstnání (lenost, stažení, deprese), změny chování, sociální stažení, halucinace, úzkostnost. Z naznačených možností uvádějí jako nejvýznamnější příznak podezíravost a izolaci se ztrátou přátel. Jako nejdůležitější příznaky počínající psychózy považují sebevražedné obsahy, bludnou náladu, podezíravost, podivínství, sociální stažení, selhání v sociálních situacích, agresivní a impulzivní chování.

Jako nedůležitější příznaky rozvinutého schizofrenního onemocnění dle vlastního úsudku napsali respondenti na první místa hlasy, bludy, z nenaznačených možností pak atypické představy, apatie, abnormality chování. Největším množstvím bodů (tzn. jako nejdůležitější) ohodnotili různé druhy halucinací, hlasy, bludy.

V souvislosti s terapeutickými intervencemi vyjadřují názor, že mají velmi omezenou možnost předepisování psychiatrických léků, proto často odesílají pacienty rovnou k ambulantnímu psychiatrovi. Nejčastěji nasazují Haloperidol a Risperdal nebo Zyprexu.

Skupiny obyvatel nejvíce ohrožené rozvojem schizofrenní psychózy uváděli respondenti vesměs velmi shodně. Byli to pacienti s rodinnou anamnézou, narkomani, mladí a adolescenti, lidé s problematickými rodinnými vztahy, ženy po porodu.

Lidé s psychiatrickou diagnózou nejsou v ordinacích praktických lékařů častými pacienty. I přes malé množství znamenají pro lékaře velkou zátěž. Zejména pro náročnost na komplexní přístup (kontakt se specialistou, rehabilitace, medikace, práce s rodinou atd.), pro nesnadnou komunikaci s pacienty, a také pro nedostatečné informace o těžkých psychiatrických poruchách.

V rámci prevence duševních chorob se praktičtí lékaři ukazují jako málo použitelní zejména pro nedostatečné informace o časných stavech psychiatrických chorob. Většinou mají znalosti o již rozvinutých stavech nemoci. Dále za faktory pro vznik nemocí považují převážně zřejmé jevy (rodinná zatíženost), či události (drogy), nikoliv skryté dispozice vzniklé v rámci pre-, peri- či post-natální době. Toto může limitovat diagnostický proces a ovlivňovat přístup k pacientovi.

Praktičtí lékaři mají omezenou preskripci psychofarmak, pokud nasazují léky, pak uvádějí Zyprexu, Haloperidol a Risperdal, tedy moderní atypická neuroleptika. Nejčastěji posílají pacienty k ambulantním psychiatrům, a kromě léčeben nemají příliš informací o jiných možných službách (denní sanatoria, krizová centra, rehabilitační služby apod.). Lékaři v rámci primární péče nemají

pro vedení svých psychiatrických pacientů adekvátní oporu ve specializovaných službách, ve spolupráci s nimi, a v zejména opakovaném, dlouhodobém vzdělávání o psychiatrických poruchách.

### **Shrnutí:**

Ze zkušeností praktických lékařů vidíme, že péče a vedení pacientů se schizofrenií a jiných těžkých duševních poruch není, i přes malé množství pacientů, jednoduchá. Nejčastěji zmiňovaným problémem je časová zátěž, složitá komunikace a celková nespolupráce a nezájem. Dalšími těžkostmi je například málo zkušeností praktických lékařů s těmito typy pacientů, neznalost, jak s nimi dál pokračovat, nemožnost předepisovat některé léky, velká cena léků. Praktičtí lékaři mají více než o jednorázové komplexní teoretické vzdělávání zájem o možnost nabídnout konkrétní dotazy a situace k řešení v kurzu (balintovské skupiny), a také o spolupráci s psychiatrickými službami ve svém regionu. Dle odpovědí ve skupinových rozhovorech pociťují nedostatek obojího ve své každodenní praxi. Z tohoto důvodu, až na výjimky, nemají praktičtí lékaři zájem o další psychotické pacienty, někteří pouze s možností spolupráce s odborníkem – psychiatrem.

Takový postoj je pracovníky CRPDZ hodnocen bohužel jako nepříznivý pro samotné psychiatrické pacienty (a jejich rodiny) a zejména pro prevenci psychiatrických poruch (deprese, úzkosti), které jsou významně spojeny se sebevraždami a dalšími negativními jevy (bezdomovectví, závislosti, nezaměstnanost). Zapojováním a dlouhodobým vzděláváním praktických lékařů s možností řešit konkrétní situace by se zlepšila prevence duševních poruch.