

Сотрудничество между врачами общей практики и психиатрами при оказании медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями в Архангельской области

Е.А. Андреева¹, Т.А. Басва², И.И. Кудрявцева¹, В.В. Попов¹, Г.Резвый^{3,4}

¹ СГМУ, Архангельск, РФ

² Амбулатория Центрального банка Российской Федерации г. Архангельска

³ Больница Нордланд

⁴ Университет г. Тромсе

В настоящее время первичная медицинская помощь в России осуществляется по территориальному принципу, истоки которого берут свое начало в 19-го веке. К 1916 году была создана система «земских» врачей, которые оказывали прикрепленному населению многопрофильную первичную медицинскую помощь, очень близкую по современным понятиям к общей врачебной практике или семейной медицине [1].

Однако проводимые в СССР реформы здравоохранения были направлены на развитие специализированной поликлинической помощи, что было закреплено приказом МЗ СССР № 1000 от 23.09.81 г. «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» [2]. В результате в районных поликлиниках появились узкие специалисты. Соответственно, спектр помощи оказываемой участковыми терапевтами, значительно сузился. Разрушилась идея становления участкового терапевта как «семейного» врача. Нарушилось видение пациента как единого целого.

В дальнейшем возникла необходимость в расширении диапазона профессиональных возможностей участкового терапевта и педиатра [3]. В 1992 г. был издан приказ МЗ РФ № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» [4]. Это послужило началом реформирования системы первичного здравоохранения, была разработана модель общей врачебной практики, определены критерии врача общей практики как специалиста, «широкоориентированного в основных врачебных специальностях и способного оказывать многопрофильную амбулаторную помощь», независимо от пола и возраста. С этого времени в России началась подготовка врачей общей практики (семейных врачей) [1]. В 1997 г. в Архангельской области в Северном государственном медицинском университете была создана кафедра семейной

медицины и внутренних болезней, которая в 1998 г. стала центром профессиональной переподготовки участковых терапевтов и педиатров на врачей общей практики (семейных врачей). В настоящее время, согласно регистру, в области работает 96 врачей общей практики.

В 2006 г. приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения была определена цель – «сформировать основы и условия для повышения эффективности и усиления первичного звена здравоохранения, а также для оптимального использования потенциала участковых врачей, врачей общей практики, медицинских сестер в целях повышения доступности и качества медицинской помощи». Таким образом, в Российской Федерации параллельно существуют участковая служба (участковые терапевты и педиатры) и общая врачебная практика.

Деятельность психиатрических учреждений осуществляется также по территориальному принципу. Она представлена врачами-психиатрами районных поликлиник и психоневрологических диспансеров. Однако, в обществе существует определенная стигматизация, как психических расстройств, так и психиатрической службы. Вероятно, это связано со сложившимися стереотипами лечения пациентов в стационарах закрытого типа, их социальной изоляции. Пациенту, имеющему симптомы психического расстройства, зачастую легче доверить свои проблемы врачу общей практики, чем обратиться к психиатру.

По своему определению врач общей практики (ВОП) должен участвовать в оказании первичной медицинской помощи пациентам, имеющим психические расстройства. Требования к уровню знаний, умений и навыков ВОП по ведению пациентов с нарушением психики определены Государственным образовательным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов общей врачебной практики (семейной медицины) от 2005 г [5]. Согласно базовому уровню данного стандарта ВОП должен владеть навыками беседы с психически больным; быть способным выявлять суицидальные намерения; знать методы диагностики наркологической зависимости, признаки депрессии. Также семейный доктор должен иметь теоретические знания клиники и лечения основных психопатологических синдромов, уметь определять показания к госпитализации, знать принципы оказания экстренной помощи.

С 2008 г. в Архангельской области осуществляется российско-норвежский проект, координируемый университетом г. Тромсё и больницей Северной Норвегии «Раннее выявление лиц, страдающих первым психотическим эпизодом врачами общей практики и их взаимодействие с врачами-психиатрами». В рамках проекта для ВОП была организована учеба, включающая теоретическую и практическую части. Обучение проводилось в больших и малых группах, в которые входили помимо ВОП психиатры диспансера и стационара, психолог и социальный работник. Доктора посредством ролевых игр отработывали навыки установления доверительных отношений с пациентом, а также сбор анамнеза, организацию психиатрической помощи на всех этапах и работу в мультисемейных командах.

Была представлена норвежская модель взаимодействия ВОП и психиатров в качестве примера существующих в западных странах эффективных моделей совместного ведения пациентов психического профиля [6-8]. Однако, создание подобной модели в Архангельской области проблематично. Две службы: общая врачебная практика и психиатрическая существуют отдельно друг от друга, каждая традиционно сама по себе, отсутствует преемственность между ними.

В настоящее время для более детального изучения этого вопроса проводится научное исследование.

Цель исследования:

изучение восприятия и отношения ВОП и психиатров к совместному ведению пациентов психического профиля.

Исследовательские вопросы:

- описание барьеров, препятствующих эффективному совместному ведению пациентов психического профиля;
- описание факторов, способствующих совместному эффективному ведению пациентов;
- оценка компетенции ВОП в отношении знаний клиники, диагностики, организации медицинской помощи пациентам.

Метод исследования:

Это качественное исследование, основной метод - дискуссия в фокус-группах с ВОП и психиатрами г. Архангельска и Архангельской области об их отношении к совместному ведению пациентов психического профиля.

В настоящее время проведено две фокус-группы. ВОП, участвовавшие в первой фокус-группе, работают как в городских поликлиниках, где есть свой психиатр, так в отдаленных практиках, где организовать пациенту консультацию психиатра очень сложно. На второй встрече присутствовали психиатры стационара и диспансера, а также клинический психолог.

В дальнейшем планируется проведение дискуссии в смешанных фокус-группах, включающих врачей общей практики и психиатров.

Предварительные результаты:

Получен первый «срез» информации об отношении ВОП и психиатров к совместному ведению пациентов. Наметились определенные «болевые точки», препятствующие этому взаимодействию.

ВОП считают, что сталкиваются с психическими нарушениями у своих пациентов достаточно редко. В основном это депрессия, старческая деменция и психосоматика. ВОП полагают, что в реальности сотрудничества с психиатрами нет. Информация о наличии у пациента психического заболевания, проводимом ему лечении, недоступна для них, могут получить ее только от самого пациента. Поэтому ВОП не знает точно, сколько пациентов на обслуживаемом им участке имеют психические заболевания, и не участвует в проведении им лечебных и реабилитационных мероприятий.

Психиатры также отмечают, что взаимодействуют с ВОП крайне редко. В основном не «лицом к лицу», а посредством медицинской документации (выписок, эпикризов) или по телефону. Чаще всего они консультируют пациентов, направленных ВОП для решения экспертных вопросов (медико-социальной экспертизы). Если же

пациент направлен для консультации при подозрении на расстройство психики, обратная связь с психиатром отсутствует. При подтверждении психического заболевания пациент получает лечение у специалиста, никаких выписок и заключений врач общей практики не получает. Однако психиатры отмечают, что информация о пациенте может быть предоставлена в виде выписки после письменного запроса с указанием цели получения данной информации (необходимость коррекции терапии, изменение соматического статуса пациента и т.д.).

На вопрос, как оценивают ВОП свою компетентность в отношении психиатрии, они отвечают, что знания у них неглубокие и недостаточные. Они могут заподозрить психическое заболевание, но нет четкого алгоритма действий при контакте с пациентами (метод проб и ошибок). ВОП не хватает знаний и навыков в установлении контакта с пациентами, имеющими нарушения психики. Они не знают об имеющихся рекомендациях и руководствах по диагностике и лечению психических заболеваний и, соответственно, не пользуются ими. Не используют МКБ 10 пересмотра, т.к. посещения пациентов психиатрического профиля ВОП не оплачиваются системой обязательного медицинского страхования.

Психиатры считают, что им сложно оценить уровень компетенции ВОП в отношении психических заболеваний, т.к. им неизвестно, какими знаниями и умениями должен обладать врач первичного звена. Основные претензии, предъявляемые психиатрами ВОП - это несвоевременное направление пациентов с депрессией на консультацию, некорректное назначение антидепрессантов, использование препаратов «резерва», что впоследствии затрудняет лечение данного состояния специалистами.

Также к числу проблем, препятствующих сотрудничеству ВОП и психиатров, и те и другие относят большую загруженность ВОП, низкую мотивацию у них осуществлять диагностику и лечение пациентов с психическими нарушениями, а также дефицит кадров, как в общей врачебной практике, так и в психиатрической службе.

ВОП и психиатры считают, что их взаимодействие может улучшить помощь пациентам с психическими проблемами. Для улучшения сотрудничества ВОП предлагают налаживание обратной связи с психиатрами, совместную разработку модели взаимодействия, а также считают необходимым повышение уровня знаний и навыков в психиатрии.

Основная модель взаимодействия, к которой готовы психиатры, это ведение ВОП пациента с психическими нарушениями после консультации со специалистом. Важным условием является достаточный уровень компетенции ВОП в этой области. Психиатры предлагают проводить совместные клинические разборы пациентов с определенной периодичностью в рамках специально отведенного рабочего времени.

Дискуссия и предварительные выводы:

Анализ результатов исследования позволяет выделить ряд основных проблем, препятствующих сотрудничеству ВОП и психиатров.

Согласно статье 9 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» «сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом» [9].

Информация о состоянии психического здоровья пациента и об оказанной ему психиатрической помощи может быть предоставлена только по просьбе пациента или его законного представителя [10]. Это затрудняет процесс обратной связи при выявлении психического заболевания, даже если пациент был направлен на консультацию к психиатру врачом общей практики.

Согласно статье 20 «заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер» [9].

Статья 22 регламентирует право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда для врачей-психиатров и других специалистов, участвующие в оказании психиатрической помощи. Однако, ВОП не имеют никаких дополнительных льгот и доплат при оказании помощи пациентам с психическими нарушениями.

Более того, в Российской Федерации существует система обязательного медицинского страхования, которая обеспечивает финансирование случаев обращений за медицинской помощью к ВОП. При этом существует четкий перечень нозологических форм заболеваний и иного рода обращений согласно МКБ X пересмотра, на которые

распространяется финансирование. Психические нарушения в данный перечень не входят, и такие посещения страховая компания не оплачивает. Существующая в мире синдромальная классификация первичной помощи ICPC в России не принята.

Отсутствие финансовой заинтересованности, других видов льгот у ВОП при оказании психиатрической помощи, недостаточный уровень их компетенции в вопросах психиатрии, законодательные особенности, а также высокая загруженность создают серьезные барьеры к сотрудничеству с психиатрами. Это важная проблема, которую необходимо решать.

В настоящее время в системе российского здравоохранения осуществляется ряд важных реформ. Важным шагом для улучшения качества психиатрической помощи в России может послужить создание новой модели сотрудничества врачей общей практики и психиатров. В исследовании Г. Резвого были показаны в сравнении существующие модели оказания психиатрической помощи в России и Норвегии [11]. В настоящее время в Норвегии существует хорошо зарекомендовавшая себя эффективная модель сотрудничества ВОП и психиатров. Создаваемая российская модель должна включать в себя самые лучшие, применимые для российских условий аспекты. Необходимо разработать ее с учетом всех особенностей существующей системы здравоохранения и российского законодательства.

В последующем планируется проведение совместного научного исследования в рамках российско-норвежского проекта по внедрению данной модели в пилотных центрах общей врачебной практики Архангельской области, что позволит оценить возможность ее применения в России.

Литература:

1. И.Н.Денисов «Развитие семейной медицины – основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации» Главврач, № 5, май 2007 г.
2. Приказ МЗ СССР от 23.09.81 № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений»

3. Приказ МЗ СССР от 08.12.87 № 1284 «О проведении эксперимента по подготовке врачей общей практики»
4. Приказ МЗРФ от 26.08.92 №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)
5. Государственный образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов. Специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)», 2005 г.
6. Horner D; Asher K. General practitioners and mental health staff sharing patient care: working model. *Australasian Psychiatry*. 2005, 13 (2): 176-180
7. Menchetti M, et al. Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation. *International Journal of Integrated Care*. 2006 May; 6 (15): 1-8
8. Fredheim T, et al. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 2011, 5 (13): <http://www.ijmhs.com/content/5/1/13>
9. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
10. Постановление правительства РФ от 25.05.94 №522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами»
11. Rezvy G. The Barents project in psychiatry: A comparative study of the mental health services in Archangelsk County and Northern Norway. Thesis. Nordlandssykehus. Bodø. 2007