

## **Správy o fungovaní ambulantnej psychiatrie zo Švédska, Nemecka a Holandska**

V rámci činnosti Odbornej pracovnej podskupiny pre ambulantnú psychiatrickú liečbu zriadenej pri MZSR sme sa rozhodli získať čo najviac informácií o fungovaní ambulantnej psychiatrie v zahraničí. Keďže oficiálne čísla a správy často neposkytujú plastický obraz, využívame správy od kamarátov.

Nie je cieľom vyvodit' jednoznačné závery, ale rada by som získané informácie sprostredkovala aj členom a priaznivcom Slovenskej psychiatrickej spoločnosti.

Správy poskytlí slovenskí lekári dlhodobo žijúci a pracujúci v zahraničí s vyše 20 ročnou praxou.

### **Švédsko**

reportérka: endokrinologička

Psychiater v ambulancii: vyšetrí 5-7 pacientov denne, z toho 2-3 nových  
na prvovýšetrenie má 1-2 hodiny  
na kontrolu 45-60 minút

Poistovňa prepláca, ale pacient platí za každú návštevu u špecialistu symbolickú sumu 300kr - čo je 30 EUR - aj za každú kontrolu.

Akútni pacienti: rieši Psychiatrická klinika - mobilný tím.

Návštevy doma - mobilný tím.

Praktický lekár - napr. každá ľahšia depresia sa rieši u obvodného lekára.

Fungovanie? Vo Švédsku je veľký nedostatok psychiatrov a celkovo sa aktuálny stav hodnotí ako veľmi zlý.

Okrem odpovedí v rámci dotazníka mi kolegyňa povedala:

Ambulancie špecialistov nefungujú ako v SR - sú vždy súčasťou väčších nemocníc či polikliník patriacich buď štátu alebo súkromnej firme (ako u nás napr. Penta). Lekári sú tam zamestnaní, majú stály plat. Zvyknú pracovať zároveň na oddelení, zároveň v ambulanciách. Celkovo je vo Švédsku práca lekára veľmi cenená, lekárov sa snažia šetriť a čo najviac ich v práci odľahčiť. Berú ako samozrejmú, že práca lekára je veľmi drahá. Majú napr. "armádu sekretárok". Kolegyňa ako diabetologička má tiež denne tak 5 pacientov, nerieši napr. DM II, to všetko robia obvodní lekári.

Napriek tomu, že Švédi to berú, že majú bezplatné zdravotníctvo, je pre nich normálne, že za každú návštevu lekára platia 30 euro - neplatia to lekárovi, ale zariadeniu. Aj keby neprišli na dohodnutý termín, domov im príde faktúra. Majú tam potom na ochranu sociálne slabších a chronicky chorých nejaký systém, že po istom počte kontrol už sa neplatí. Rovnako doplácajú úplne celú cenu lieku napr. ak potrebujú akútne ATB, ale ak berú lieky dlhodobo, tiež je tam nejaký strop.

Vo Švédsku sú aj nejakí súkromní psychiatri na cash, tých si môže dovoliť málo pacientov, návšteva stojí 150-180 euro.

### **Nemecko**

reportérka: praktická lekárka

počet pacientov denne - veľké rozdiely - mesto a vidiek, presne nevie, časy nevie  
Pacient nič nedopláca.

Akútnych pacientov neobjednaných pokiaľ vie ambulantní psychiatri neriešia. Riešia ich praktickí lekári, ktorí posielajú, ak treba do nemocnice alebo obstarajú akútny termín u psychiatra alebo príde lekár prvej pomoci.

Spádová oblasť - veľké rozdiely medzi mestom a vidiekom.

Návštevy doma - vyškolené psychiatrické pomocné sily, napr. sestry.

Domovy seniorov – navštevujú ich niektorí psychiatri, nie všetci.

Praktický lekár – Áno – rieši psychiatrických pacientov, okrem ťažkých pacientov (napr. schizofrénia, mánia), u kolegyne asi 5-10% pacientov je psychiatrických.

Fungovanie: Je dobre zorganizovaná, bohužiaľ sa to trochu zhoršuje. Všeobecní lekári majú často problém dostať pre akútneho psychiatrického pacienta skorý termín.

## Holandsko

reportérka: psychiatrička (odpoveď získal internista pracujúci v Holandsku od psychiatričky Holanďanky, prekladal z holandčiny cez Google prekladač, preto je to trochu kostrbaté)

Najprv k systému organizácie psychiatrie:

Ako psychiater môžete pracovať na mnohých miestach v Holandsku. Väčšina psychiatrov je pridružená k nemocnici, PAAZ (psychiatrické oddelenia veľkých nemocníc) alebo veľkých ústavov pre duševnú starostlivosť, ale v súčasnosti existuje aj veľa menších ústavov pre duševnú starostlivosť, ktoré neposkytujú 24-hodinovú starostlivosť a majú uzatvorené zmluvy s inými partnermi. Ako psychiater môžete mať aj samostatnú prax, takže fungujete ako nezávislá osoba, čo sa tiež stáva pravidelne; existujú napríklad psychiatri, ktorí čiastočne pracujú v ústave pre duševné zdravie a čiastočne niekoľko dní navštevujú pacientov nezávisle (často doma alebo v prenajatej ambulancii); potom si zriadia krízovú službu sami alebo tiež uzavrujú zmluvu s väčšími inštitúciami.

1. Koľko máte pacientov v deň, keď vykonávate poliklinickú starostlivosť? Koľko je nových pacientov?  
Pokiaľ vykonávate iba ambulantnú prácu (neodporúča sa, je ťažká a podľa môjho názoru nie je udržateľná na plný úväzok), môžete na kontrolu vidieť 7 pacientov za pol dňa (3,5 hodiny). Často max 1 príjem za deň (1 h) Pri svojej práci v UMCG sa veľa času venujem dohľadu alebo supervízii; potom vidí nového pacienta rezident na 1 hodinu a potom sa pripojím na ďalšiu hodinu ja. Ak rezident prvýkrát vidí pacienta na príjme, v tú hodinu vidím kontrolných pacientov.
2. Koľko času máte na nového pacienta a koľko na kontrolu?  
Nový pacient 1 hod., Kontrola 30 minút (to zahŕňa administratívu, takže sa snažím hovoriť 25 minút s pacientom a za 5 minút napísať správu).
3. Je toto všetko poistená starostlivosť?  
V zásade je všetko poistená starostlivosť. Ale všetky nemocnice a ústavy pre duševné zdravie majú aj pohotovostný fond a párkrát liečime niekoho, kto nie je poistený, ale je liečený (odhadujem maximálne na 2 - 3% z celkového počtu).
4. Ako sú registrovaní / preposielaní akútni pacienti?  
Všetci akútni pacienti prichádzajú do starostlivosti cez nemocnicu hlavne podľa niekoľkých prúdov: - všeobecný lekár volá krízové číslo krízovej psychiatrie -

prostredníctvom pohotovostnej starostlivosti je zapojená konzultačná služba - Poradenská služba alebo služba sú zapojené cez nemocničné oddelenia. Vo veľkých ústavoch pre duševné zdravie sa hlásenia vykonávajú hlavne prostredníctvom: - zapojenie polície a krízovej starostlivosti o mesto - prostredníctvom praktického lekára - cez nemocničné psychiatrické oddelenie

5. Robí psychiater domáce návštevy a / alebo návštevy v opatrovateľských domovoch?

- inštitúcie duševného zdravia, ktoré sa na tom dohodli s obcami, poskytujú takzvanú terénnu starostlivosť a v prípade potreby navštevujú pacientov doma. Napríklad v Groningene je dohodnuté, že Lentis (veľká inštitúcia pre duševné zdravie) to urobí v Groningene; Z UMCG máme povolené organizovať iba krízovú službu v nemocničnom areáli (PM: plánuje sa ich ďalšie rozšírenie, zatiaľ to nie je jasné, bude to dlhodobé). - menšie ústavy pre duševné zdravie tiež navštevujú domácnosti, najmä počas úradných hodín, zvyčajne sa vrátia ku krízovej službe terénneho charakteru mimo úradných hodín.

- návštevy v opatrovateľských domoch sa vyskytujú, ale často v kontexte hodnotenia nútenej starostlivosti alebo druhého názoru; často v domoch s opatrovateľskou službou majú hlavnú úlohu geriatri a praktickí lekári ; geriatrickí psychiatri sú potom ľahko dostupní na konzultáciu.

6. Aká je úloha všeobecného lekára pri liečbe psychiatrických pacientov?

Asi 1/3 pacientov s depresiou sa spontánne zotaví do 3 mesiacov; Samotní praktickí lekári často liečia aj pacientov s psychiatrickými problémami. V prvom rade praktickí lekári vidia pacientov s psychosociálnymi problémami asi 70% ich času, veľmi rôznorodých. Spolu so svojimi praktickými sestrami (POH) môžu prejsť dlhú cestu, v prípade potreby tiež kontaktovať napr. Lekárov pre mládež atď. Praktický lekár má tiež dôležitú úlohu vrátnika: odporúčania na základnú starostlivosť o duševné zdravie (psychológ v primárnej starostlivosti, psychiatrické sestry) oproti odporúčaniam do 2. (ústav pre duševné zdravie) alebo 3. línie (UMCG, akademické centrá). Spolupráca tiež s praktickými lekármi, keď je pacient už v psychiatrickej starostlivosti, napríklad môžu byť koordinované somatické kontroly pri používaní antipsychotík (napríklad dvojité použitie laboratória), podpora pre blízkych a ľahko prístupný kontakt s terapeutom na výmenu poznatkov. Nakoniec je praktický lekár dôležitý aj pre spätné odoslanie, ak sa starostlivosť dokončí v ústave alebo v akademickom centre duševného zdravia, buď preto, lebo pacient bol zvládnutý a darí sa mu dobre, alebo preto, lebo pacient odmieta ďalšiu liečbu; v prvom prípade je vyhotovená lekárska spáva, ktoré kontroly je možné vykonať a kedy sa ešte stále používa liek; v druhom prípade psychiatri aktívne uvažujú spolu s praktickým lekárom o tom, ako dostať pacienta späť do starostlivosti.