

Marlena Sokół-Szawłowska, Andrzej Silczuk
Poradnia Przykliniczna w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Rola konsylium lekarskiego w poradni zdrowia psychicznego — czy w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej jest możliwa praca zespołowa?

*The role of the medical consultation in outpatient clinic.
Is a teamwork possible in psychiatric outpatient care?*

Abstract

A large group of psychiatrists and psychologists working in outpatient psychiatric care are convinced that they work all alone, on their own terms, for own account. Part of professionals report specific loneliness in the diagnostic and therapeutic processes. Probably among the most important factors influencing the perception of his role are personal predispositions and previous professional experiences. However, the authors of this article wish to deepen the specifics of outpatient work, as well as to deal with stereotypes describing counseling outpatient psychiatry.

Psychiatria 2017; 14, 4: 217–220

Key words: ambulatory psychiatric treatment, medical consultation, teamwork

Wstęp

Pomimo wieloletnich dyskusji oraz licznych prób systemowych rozwiązań poprawiających model organizacyjny opieki psychiatrycznej dominujący w Polsce, jak dotąd nie udało się wprowadzić w życie głębokich zmian w codziennej pracy psychiatrów i psychologów w sektorze finansowanym ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W gronie psychiatrów zdążyło wyrosnąć kolejne pokolenie reformatorów. Krąg działań poszerzył się o pozyskiwanie do reform środków unijnych, a mimo to warunki pracy i płacy powodują wypalenie zawodowe u najwytrwalszych. Młodzi adepci psychiatrii niejednokrotnie wybierają emigrację jako szansę na poprawę warunków pomagania pacjentom.

Psychologowie i psychiatrzy doskonale zdają sobie sprawę, że inna jest specyfika pracy na oddziale całodobowym, inna w poradni zdrowia psychicznego czy zespole środowiskowym. Równocześnie większość z nas na różnych etapach rozwoju zawodowego łączy

te miejsca pracy. Wieloletnie doświadczenie zawodowe na różnych oddziałach całodobowych w kilku ośrodkach w kraju utwierdziło autorów tego opracowania w przekonaniu, iż większość pacjentów z zaburzeniami psychicznymi z dużym powodzeniem mogłaby się leczyć poza azylowymi ośrodkami opieki. Takie rozwiązanie wymaga jednak gruntownej zmiany struktury lecznictwa. Skoro nie zanoszą się na to kompleksowo w całym kraju, to w prezentowanej pracy zostaną opisane sposoby radzenia sobie z rzeczywistością kliniczną, w tym próby odszukania pozytywnych aspektów pracy ambulatoryjnej. Chcemy też podkreślić, że taka praca nie jest jedyną drogą dla indywidualistów i może być źródłem poczucia przynależności do zespołu leczącego.

Skoro mowa o zespole, to na początek warto zapoznać się z definicją tego pojęcia w ujęciu teoretycznym i praktycznym zarządzania. Zespół to grupa ludzi wspólnie działających, pracujących, wykonujących wspólnie czynności określonego rodzaju. Jest to też grupa ludzi, którzy mają wspólne cele i którzy muszą współpracować, żeby je osiągnąć. Bardzo obszerna literatura psychologiczna poświęcona temu zagadnieniu wskazuje, że umiejętność wyznaczania wspólnych celów to jeden z najważniejszych

Adres do korespondencji:

dr n. med. Marlena Sokół-Szawłowska
Poradnia Przykliniczna IPiN
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. 22 458 25 54, faks: 22 642 53 75
e-mail: msokol@ipin.edu.pl

elementów pracy zespołowej. Zespoły mają swoje cechy, takie jak: określony udział poszczególnych osób (liczebność i role jakie spełniają), świadomość bycia w grupie, poczucie wspólnego celu, współzależność, interakcja, normy, struktura, zdolność do działania w jedności. Po wszechnie wiadomo, że sukces zespołu zależy nie tylko od umiejętności poszczególnych uczestników, ale także od sposobu, w jaki udzielają sobie wsparcia i pracują ze sobą. Tak się składa, że dopiero w warunkach rzeczywistego współdziałania łatwiej uzyskać efekt ukazujący, że dobrze współpracująca ze sobą całość jest czymś więcej niż tylko sumą poszczególnych ludzi, czyli efekt synergiczny. Zdaniem teoretyków i praktyków prawdziwym kluczem do sukcesu w pracy zespołowej jest sposób odnoszenia się do siebie uczestników zespołu. Praktycy zarządzania zespołami ludzkimi dochodzą między innymi do wniosku, że działanie efektywnych grup opiera się na filarach, takich jak: efekt synergii — wspólny wysiłek grupy pozwala na generowanie szerszej gamy pomysłów i informacji niż suma jednostek z osobna; efekt kuli śnieżkowej — komentarze jednych uczestników dyskusji, pobudzają kolejnych i w ten sposób generowana jest większa ilość informacji i pomysłów; efekt stymulacji — grupa wyzwala większą motywację i entuzjazm do wykonywania danego zadania przez każdego członka grupy z osobna; efekt bezpieczeństwa — uczestnicy grupy posiadają większe poczucie bezpieczeństwa, co jest przyczyną bardziej śmiałego ujawniania własnych rzeczywistych motywów i opinii; efekt spontaniczności — wypowiedzi uczestników grupy są z reguły bardziej naturalne i spontaniczne niż wypowiedziane indywidualnie. Istnieją też podstawowe cechy efektywnej pracy zespołowej, które są niezwykle liczne (m.in. współpraca i konflikty, rozwój indywidualny, dobra komunikacja), ale ich szczegółowy opis nie stanowi celu niniejszego opracowania. Opisane powyżej teoretyczne procesy zespołów pracujących wspólnie są często trudne do zastosowania na gruncie opieki psychiatrycznej, szczególnie ambulatoryjnej — w poradni. Jednak tradycja konsyliów lekarskich, postęp technologii, a przede wszystkim ciągła potrzeba nauki i wymiany doświadczeń, sprawiają, że procesy te mają miejsce praktycznie codziennie, choć najprawdopodobniej rzadko je zauważamy, nazywamy lub szczegółowo analizujemy, jak to będzie miało miejsce w dalszej opracowania [1–5].

Geneza i znaczenie konsylium lekarskiego

Historia działań lekarskich, które dziś określamy jako konsylia lekarskie rozpoczęła się w średniowieczu. Pierwsze konsylia odbywały się w XIV wieku, gdy w trakcie panującej wówczas w Europie epidemii dżumy, zwanej ówczesnie Czarną Śmiercią (patogen: *Yersinia pestis*) lekarze porozumiewali się listownie, prosząc o opinię w sprawie pacjenta

innych kolegów, którzy w swoich odpowiedziach potwierdzali rozpoznanie, jednocześnie dzieląc się wiedzą na temat proponowanych zaleceń. Za prekursora konsyliów uznaje się florenckiego lekarza Taddeo Alderottiego [6]. Średniowieczna medycyna, której odzwierciedleniem są przetrwały do dzisiaj pisma, to medycyna filozofii, teorii i przypuszczeń. Konieczność stworzenia nośnika umożliwiającego wymianę pragmatycznych doświadczeń, coś co w XXI wieku postrzegamy jako oczywistość (m.in. w świetle EBM [*evidence based medicine*]) pojawiła się w dobie kryzysu sztuk teoretycznych jaką była pandemia kosząca żniwa i wystawiająca na głębokie poczucie bezradności współczesnych lekarzy [7].

W czasie minionego stulecia konsylium ewoluowało, z listownego zawezwania lekarza do udzielenia, po osobistym zbadaniu pacjenta, tak zwanej drugiej opinii [8]. Galopujący rozwój usług teleinformatycznych sprawia, że wraz z dostępem do Internetu dochodzi do formalnego braku ograniczeń kontaktu pomiędzy lekarzami. Ze wsparcia innych lekarzy w codziennej praktyce, zarówno w procesie kształcenia specjalistycznego, jak i szarej codzienności pracy oddziałów klinicznych, czy też na podstawie relacje osobistych z kolegami często nadal korzystamy, wcale nie nazywając tego górnolotnie, konsyliami.

Specyficzne warunki pracy lekarza stwarza praca ambulatoryjna. W przeciwieństwie do pracy na oddziałach, w warunkach poradni psychiatrycznej pracujemy z pacjentami w kontakcie indywidualnym, bezpośrednim, w jakimś sensie niemonitorowanym. Od lekarza psychiatry pracującego w poradni zdrowia psychicznego (PZP) oczekuje się wszechwiedzy ogólnej z psychiatrii. Ma być nie tylko skutecznym lekarzem psychoz, zaburzeń emocji, ale i interwentem kryzysowym. O ile oczywiste jest, że ma być światłym psychofarmakologiem, to dodatkowo czujnym terapeutą, addyktologiem, specjalistą w leczeniu zaburzeń lękowych i innych. Można jednak odnieść wrażenie, że z każdym kolejnym rokiem pracy lekarz podlega nadspecjalizowaniu się w pewnej dziedzinie psychiatrii, która stanowi dla niego bardziej pasjonujący fragment wiedzy praktycznej. W tym obszarze odnosi większe niż w innych sukcesy, które budują obraz tego psychiatry jako większego autorytetu pośród pacjentów i kolegów. Dzieje się tak nawet pomimo opisanych powyżej oczekiwań co do wszechwiedzy na równym poziomie we wszystkich możliwych obszarach psychiatrii. Okoliczności organizacyjne, zbyt mała w stosunku do potrzeb pacjentów liczba psychiatrów lub „techniczne” przesunięcia lekarzy w obrębie jednostek organizacyjnych nie są w stanie uczynić z nas „wszechwiedzących automatów”. Dlatego autorzy niniejszego opracowania pozostają optymistami, jeśli chodzi o przyszłość formalnych lub nieformalnych konsyliów lekarskich w dziedzinie psychiatrii. Dzięki

nim cały czas możemy rozwijać wiedzę i doskonalić swój praktyczny warsztat w sztuce diagnozowania i leczenia pacjentów, a także współpracować z innymi profesjonalistami.

Konsylium w PZP

W XXI wieku idea konsylium wydaje się nadal żywa. Jej praktyczne zastosowanie przejawia się na różnych płaszczynach życia zawodowego, a niekiedy również prywatnego lekarza. Lekarz psychiatra w ramach procesu kształcenia doświadcza od wczesnych lat pracy zawodowej, jak ważne jest wsparcie kolegów, ile wartości wnosi tak zwane badanie profesorskie lub ordynatorskie dla jego umiejętności, warsztatu i wiedzy. Ewolucja idei konsylium współcześnie osiągnęła adekwatny do rozwoju technologicznego poziom. Nowe media, w tym tele- i wideokonferencje, portale społecznościowe, zdalnie opisywane interpretacje badań znacznie ułatwiają pracę współczesnych lekarzy specjalistów. Psychiatria ambulatoryjna korzysta na ogół z pełni oferowanych usług, choć model konsyliarny najczęściej znajduje swoje odbicie w poniższych przypadkach. Konsylia mogą się odbywać w ramach jednej grupy specjalistycznej zawodowej, mogą też być interdyscyplinarne lub krzyżowe, na przykład w sytuacji zasięgnięcia opinii psychologicznej lub psychoterapeutycznej przez psychiatrę.

Wydaje się, że współczesne metody uzyskiwania porady od kolegi specjalisty w warunkach pracy w typowej poradni zdrowia psychicznego można uszeregować następująco:

- Konsylium w ramach prezentacji przypadku podczas zebrania zespołu.
- Konsylium w ramach skierowania na konsultację do kolegi.
- Konsylium nieformalne, w ramach relacji koleżeńskiej, towarzyskiej.

Konsylium w ramach prezentacji przypadku podczas zebrania zespołu

W swojej strukturze często przypomina spotkanie grupy superwizyjnej lub Balinta. Wiele zespołów terapeutycznych poradni zdrowia psychicznego organizuje regularnie spotkania, w trakcie których poświęca się czas nie tylko na sprawy organizacyjne, ale często też zgodnie z obowiązkiem ustawicznego kształcenia się na odczyty merytoryczne, streszczenia najnowszych artykułów, tudzież prezentacje ciekawych, lub trudnych przypadków. Zaletą cykliczności takich spotkań z pewnością jest możliwość zasięgnięcia szerszej opinii opartej na wiedzy, doświadczenia i alternatywne spojrzenie grupy uczestników. Lekarz pracujący w PZP ma poczucie bycia członkiem zespołu, co redukuje nierzadkie poczucie

osamotnienia przy codziennym podejmowaniu trudnych decyzji klinicznych. Przygotowanie się do omówienia publicznie (oczywiście w okolicznościach zawodowych) przypadku pacjenta daje dodatkową możliwość rewizji postępowania, kompletności wywiadu i zaplanowania działań wobec tak zwanego trudnego przypadku pacjenta.

Konsylium w ramach skierowania na konsultację do kolegi

Jak już wcześniej podkreślono w zespołach leczących w ramach PZP z biegiem czasu dochodzi do nadspecjalizowania się kolegów. Niektórzy lekarze zdecydowanie specjalizują się w zaburzeniach afektywnych, inni nerwicowych, inni psychotycznych tudzież uzależnieniach. W sytuacji, gdy nasz pacjent ujawnia treści sugerujące konieczność zmiany lub modyfikacji, lub wdrożenia alternatywnego schematu leczenia, a kolejne próby nie przynoszą rezultatów dobrym zwyczajem jest poproszenie o opinię po zbadaniu pacjenta przez lekarza uchodzącego za lokalny autorytet w tej dziedzinie lub badanie wspólne.

Konsylium nieformalne, w ramach relacji koleżeńskiej, towarzyskiej

Lekarze w procesie kształcenia już od czasu studiów mieli w zwyczaju omawiać przypadki pacjentów na stopie nieformalnej. Rozmowy te niekiedy istotnie służyły wymianie poglądów, wzbogaceniu doświadczeń, wiedzy, często również stanowiły żyzne środowisko do odbarczenia z napięcia i niepokoju po odbytej konsultacji. Relacje pomiędzy lekarzami współpracującymi w zespołach często wykraczają poza ramy pracy wyłącznie zawodowej. Często współdzielą inne zainteresowania, hobby, pozostają w kontakcie po pracy. Zwykła rozmowa telefoniczna czy podczas przerwy na posiłek w pracy, spotkanie rekreacyjne w weekend mogą służyć i często obfitują w rozmowy o pacjentach, niekiedy prośby o poradę lub szczegółowe podpowiedzi. Lekarze nie lubią i ciężko radzą sobie z poczuciem bezradności. Każda taka rozmowa może istotnie przyczynić się do poprawy efektów leczenia pacjenta, a w subiektywnym odczuciu lekarza zmniejszyć dyskomfort towarzyszący poczuciu bezradności w procesie diagnozowania czy leczenia. W tym miejscu należy podkreślić, że istotą każdej takiej rozmowy powinno być i najczęściej jest poszanowanie tajemnicy lekarskiej i godności pacjenta. Warto pamiętać o unikaniu takich rozmów w przestrzeni publicznej lub w obecności osób postronnych.

Wnioski

Praca zespołowa w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej jest możliwa. Wprowadzenie jej wymaga jednak

większego wysiłku organizacyjnego niż na oddziale całodobowym. Takie podejście ma duże znaczenie dla najlepiej rozumianej opieki nad pacjentem, a także dla rozwoju zawodowego klinicystów. Warto zatem pamiętać, że konsylia stanowią utylitarnie i skuteczne narzędzie, którym dysponuje współczesny lekarz psychiatra. Narzędzie o pięknej tradycji, wywodzące się z historii

medycyny i stanowiące o sile wiedzy i doświadczenia w całej grupie zawodowej, jaką tworzą lekarze psychiatry. Aktualnie wzbogacone o teleinformatykę przekroczyło niegdyś nieosiągalne granice dystansu i dostępu do kolegów z innych obszarów doświadczeń zawodowych. Konsylium może realnie stanowić o interdyscyplinarności medycyny.

Streszczenie

Duża grupa psychiatrów i psychologów pracujących w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej ma przekonanie, że pracują jednoosobowo, na własnych zasadach, na swój rachunek i odpowiedzialność. Część profesjonalistów relacjonuje swoiste poczucie osamotnienia w procesach podejmowania decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Zapewne istotnym czynnikiem wpływającym na postrzeganie swojej roli mają predyspozycje osobowościowe oraz zdobyte wcześniej doświadczenie zawodowe. Autorzy tego artykułu pragną jednak pogłębić temat specyfiki pracy ambulatoryjnej oraz zmierzyć się ze stereotypami opisującymi poradnictwo ambulatoryjne w psychiatrii.

Psychiatria 2017; 14, 4: 217–220

Słowa kluczowe: ambulatoryjne leczenie psychiatryczne, konsylium lekarskie, praca zespołowa

Piśmiennictwo

1. Covey SR. Zasady skutecznego przywództwa. Dom Wydawniczy Rebis 2015.
2. Gleeson K. Zrób to od razu. Program osobistej efektywności. Dom Wydawniczy Rebis 2007.
3. Sommer B, Falstein M. Psychocybernetyka 2000. Jak dobrze zaprogramować swoje życie. Wydawnictwo MEDIUM 1996.
4. Welch J, Welch S. Winning znaczy zwyciężać. Wydawnictwo Studio EMKA 2005.
5. Covey SR. Ósmy nawyk. Dom Wydawniczy Rebis 2015.
6. Agrimi J, Crisciani C. Les 'consilia' médicaux. Turnhout: Brepols 1994: 19.
7. Katinis T. Medicina e filosofiaw Marsilio Ficino: Il Consiglio contra la Pestilentia. Rzym 2007: 29.
8. Munthe A. Księga z San Michele. Videograf Edukacja 2015.