

VPLIV IZOBRAŽEVANJA O DEPRESIJI NA ODNOS ZDRAVNIKOV SPLOŠNE MEDICINE DO OBRAVNAVE DEPRESIVNIH BOLNIKOV

THE IMPACT OF DEPRESSION EDUCATION PROGRAMME ON GENERAL PRACTITIONERS' MANAGEMENT OF DEPRESSED PATIENTS

Marjan Bilban¹, Martina Tomori²

Prispelo: 18.6.2003 - Sprejeto: 25.7.2003

Izvirni znanstveni članek
UDK 616.89

Izvleček

Okrog 60 odstotkov depresivnih oseb pride v ambulantno splošnega zdravnika.

Zdravniki so mnogo bolj usposobljeni za razpoznavanje in ocenjevanje telesnih motenj kot duševnih. Namen raziskave je izpostaviti vpliv ustreznega znanja in razvitih strokovnih spretnosti s področja psihiatrije, ki naj bi splošnega zdravnika bolje usposobili za vstopanje v bolnikov psihosocialni svet ter, glede na predpostavke raziskave, olajšali prepoznavanje in zdravljenje depresij

V organizaciji Katedre za psihiatrijo smo organizirali dvodnevni posvet o depresijah z namenom poglobitve znanja zdravnikov splošne medicine. Udeležilo se ga je 30 zdravnikov, od katerih jih je 26 odgovorilo pred in po seminarju na nekaj sklopov vprašanj o depresiji, načinu zdravljenja, ocenjevanju delazmožnosti itd. Polovica je specialistov, ostali pa imajo le dokončano Medicinsko fakulteto. Večina se jih srečuje z depresivnimi bolniki zelo pogosto. Največ anketiranih razume depresijo kot bolezen, pri kateri bolniki potrebujejo celostno obravnavo ter človeško oporo in spodbudo, ocena delazmožnosti je v najvišjem deležu odgovorov odvisna od intenzivnosti bolezni, na katero v najvišjem deležu vpliva duševno stanje pri pregledu, pri zdravljenju na prvo mesto postavljajo antidepresivna zdravila in psihoterapijo, kot sprožilni dejavnik pa je najvišje ocenjena osamljenost.

Odgovori so se po seminarju zaradi poglobljenega znanja ter novih spoznanj v precejšnji meri razlikovali od tistih pred izobraževanjem. Predvsem je opazen premik v oceni učinkovitosti zdravljenja depresivnih bolnikov, kjer je bistveno večji pomen dan osvetlitvi možne rešitve problemov in pomoči, da bi sprejeli in izrazili svoja čustva, ne pa zgolj ponujanju lastnih rešitev in svetovanju. Zaradi poglobljenega znanja bo njihovo delo z depresivnimi bolniki uspešnejše in učinkovitejše.

Ključne besede: depresivni pacienti, zdravnik splošne - družinske medicine, podiplomsko izobraževanje, kvaliteta dela

Original scientific article
UDC 616.89

Abstract

Around 60 percent of depressed persons attend surgeries of general practitioners.

Physicians are much better trained in recognizing and evaluating physical disorders than mental ones. The aim of our study is to stress the role of appropriate psychiatric knowledge and professional skills that should make general practitioners better equipped for entry into the patient's psychosocial world and, as we assume in our study, help them recognize and treat depressions.

The Department of Psychiatry organised a two-day seminar on depression for general practitioners with the aim of deepening their knowledge on this mental disorder. The seminar was attended by 30 general practitioners; half of them were specialists and the remainder were medical graduates. Twenty-six of them filled in a pre-seminar and a

¹Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, Zaloška cesta 4, 1000 Ljubljana

²Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo, Zaloška cesta 29, 1000 Ljubljana

Kontakti naslov: e-mail: marjan.bilban@zvd.si

post-seminar questionnaire about treatment modalities, work capacity evaluation, etc. The majority of respondents came across depressed patients fairly frequently. Most of those polled viewed depression as an illness for which patients need comprehensive treatment and human support and encouragement; work capacity assessment was reported to be mostly based on the severity of the illness, i.e. the patient's mental state at the time of examination; anti-depressant medicines and psychotherapy were the most common treatment modalities; and loneliness was considered the major triggering factor for depression.

As a result of improved physicians' knowledge and perceptions about depression the post-training responses differed to a considerable extent from those obtained before the seminar. A considerable shift in the assessment of depression treatment efficiency was noticed. A much greater emphasis was given to the need to outline possible solutions to problems, and to help patients to accept and manifest their feelings, rather than just take advice and accept solutions from the physician. Thanks to a more profound knowledge of depression management, the work of general practitioners with depressed patients will be more successful and more effective.

Key words: depressed patients, general practitioner, post - graduate education, quality of work

Uvod

Depresija je duševna motnja, pri kateri se motnje čustvovanja povezujejo s simptomatiko na področju različnih duševnih in telesnih funkcij. Po ugotovitvah epidemioloških raziskav je depresija druga najpogostejša duševna motnja, s katero se srečuje zdravnik splošne prakse oziroma družinske medicine, pri svojem vsakodnevnem delu (1).

Lahko se pojavi kot enkratna bolezenska epizoda, ki po ustreznem zdravljenju postopoma izzveni, še pogosteje pa je to ponavljajoča se, mnogokrat kronična duševna motnja. Pri veliki večini depresivnih oseb močno poslabša celotno kakovost njihovega življenja in zmanjšuje njihovo delovno sposobnost. Njena posledica je tudi sorazmerno visoka posredna umrljivost.

Obravnava oseb z depresivnimi motnjami je celostna, saj za zdravljenje uporabljamo psihofarmake in psihoterapijo, pogosto pa še različne oblike aktivacije (2). Osnova vsake psihoterapije je dober terapevtski odnos, prva naloga v pogovoru z depresivnim bolnikom je vzpostaviti odnos občutka razumevanja in zaupanja.

Okrog 60 odstotkov depresivnih oseb pride v ambulantno splošnega zdravnika, vendar je mnoge težko prepoznati kot depresivne, zdravnika obiščejo zaradi telesne simptomatike, ki je pogosto del osnovne psihične problematike ali pa njena sekundarna posledica. Velika večina teh bolnikov navaja svojemu zdravniku skoraj izključno telesne tegobe in simptome in pri teh se največkrat zdravnikova pozornost ustavi (3).

Glede na to, da študije ugotavljajo, da napotijo zdravniki splošne medicine naprej v obravnavo pri specialistu psihiatru le približno desetino teh bolnikov (1),

enostaven izračun pove, da ostane 90 odstotkov teh bolnikov v »somatski« obravnavi.

Zdravniki so mnogo bolj usposobljeni za razpoznavanje in ocenjevanje telesnih kot duševnih motenj. Prav gotovo lahko zdravnik z ustreznim pristopom olajšuje telesne težave, ki spremljajo motnje duševnih funkcij, vendar pa brez razreševanja osnovne psihosocialne problematike in odpravljanja vzrokov, iz katerih so te izšle, tudi telesne simptomatike ni mogoče povsem in za vedno pozdraviti (3).

Mnoge osebe z duševnimi motnjami pogosto iščejo pomoč, napotke in usmeritve pri »svojem« zdravniku, ki mora dobro poznati tako njihovo zdravstveno stanje in življenjske okoliščine, ki so zanje značilne, kot tudi naravo in zakonitosti poteka duševne motnje (bolezni), ki bi jim lahko odločilno spremenila življenje. Zato je nujno potrebna povezava in dopolnjevanje splošnega zdravstva in psihiatrije.

Razen v času dodiplomskega oziroma kasnejšega specialističnega študija večina zdravnikov ne pridobiva novega znanja s področja psihiatrije. Šele, ko se nemalokrat srečajo pri svojem vsakdanjem delu prav s temi problemi, se začno zavedati, da jim na tem področju manjka znanja in izkušenj. Razpoznavanje duševne motnje zdravnikom verjetno ne dela težav, vendar jih pomanjkanje veščin in spretnosti sporazumevanja in ukrepanja pri duševnih motnjah odvrča od aktivnega ukrepanja. Bolniki zato ostajajo neodkriti, neseznanjeni s pravim vzrokom svojih težav, nezdravljeni, večji uporabniki zdravstvene službe in sredstev, namenjenih zdravstvu, težavnejši bolniki, imajo slabšo kakovostjo življenja, nekateri pa so celo v nevarnosti, da naredijo samomor (4,5,6,7,8).

Zaradi zgoraj predstavljenih vzrokov je Katedra za

psihiatrijo organizirala dvodnevni seminar o depresijah z namenom, da zdravniki osnovnega kontakta (zdravniki splošne medicine in družinske medicine) poglobijo svoje znanje o depresivnih motnjah: epidemiologiji, mehanizmi nastanka, znakih, sprožilnih dejavnikih, zdravljenju ter o njihovem mestu in vlogi v tem procesu. V priložnostni anketi nas je zanimalo, kako se je tekom seminarja spremenil odnos sodelujočih zdravnikov do problemov, s katerimi se srečuje pri delu z bolniki z depresivnimi motnjami.

Material in metode

Tečaju je prisostvovalo 30 zdravnikov, od katerih jih je 26 pravilno izpolnilo anketni vprašalnik pred in po tečaju. Anketirancem smo postavili 6 sklopov vprašanj:

- kaj razumejo pod depresivnost
- kaj potrebuje depresivni bolnik od osebnega zdravnika
- kako ocenjujemo delazmožnost depresivnega bolnika
- kaj vpliva na oceno intenzivnosti depresivnosti bolnika
- kaj je najbolj učinkovito za zdravljenje depresivnih bolnikov in
- kaj je bil pri depresivnih bolnikih sprožilni dejavnik

Vsako vprašanje je imelo od 5 do 8 možnih odgovorov, ki so jih anketirani zdravniki ocenili s številkami od 1 (najbolj negativen odgovor - najmanj verjeten odgovor) do 5 (najbolj pozitiven odgovor oz. odgovor, ki najbolj potrjuje našo oceno). Od 37 možnih ocen jih je bilo 10 (27%) enakih pred in po opravljenem tečaju, 27 (73%) pa je bilo po tečaju ocenjenih višje. Kljub temu ugotavljamo, da razlike med odgovori pred in po tečaju niso velike, saj so statistično pomembne le pri 6 (16%) odgovorih.

Podatki so obdelani po ustaljenih statističnih metodah za majhne vzorce (SPSS paket): t test (primerjava razlik prvega in drugega odgovora) in analiza variance pri odgovorih, kjer je t test signifikanten za vse splošne parametre analize. Rezultate analize smo po posameznih vprašanjih (pred in po tečaju) združevali v pozitivne (ocenjeno pozitivno gledanje) in negativne (ocenjeno negativno gledanje na določen problem - vprašanje). Vrednosti pozitivnih in negativnih odgovorov v posameznem področju predstavljajo scor.

Razlika med meritvami pred in po tečaju je opazovana z Wilcoxonovim testom predznačenih rangov.

(Pri vprašanjih sklopa 6 je vsah odgovor samostojen in primerjan z Wilcoxonovim testom predznačenih rangov pred in po tečaju). Razlike smo vrednotili kot statistično pomembne pri $p < 0.05$.

Rezultati

Predstavitev skupine

Povprečna starost anketirancev je 41 let (18 ali 69,2% jih je v starostnih razredih od 31 - 50 let, 6 ali 23% jih je mlajših, 2 ali 7,7% starejših), velika večina (69,3%) jih je ženskega spola.

Polovica anketiranih ima le dokončano Medicinsko fakulteto (50%), ostali pa tudi specializacijo in sicer večina splošne oziroma družinske medicine. V povprečju so anketirani 15 let po opravljenih diplomah na Medicinski fakulteti in s prav toliko delovne dobe (7 ali 27% do 5 let, 2 ali 7,7% od 6-10 let, 11 ali 42,3% od 11-20 let in 6 ali 23% od 21-30 let), od njihovega zadnjega izobraževanja pa je minilo povprečno 8 let (16 ali 61,5% do 5 let, 8 ali 30,7% od 6-10 let in 2 ali 7,7% od 11-20 let). Med anketiranimi jih je 20 ali 76,9% zaposlenih v zdravstvenem domu, 5 ali 19,2% je zasebnikov, le eden (3,8%) je zaposlen drugje.

Večina anketiranih (23 ali 88,5%) se srečuje z depresivnimi bolniki zelo pogosto, 1 (3,8%) redko in 2 (7,7%) nikoli. 19 ali 73% anketiranih se pri delu srečuje večji del z aktivno populacijo, ostali pa zgolj s starostniki.

Predstavitev rezultatov ankete

V prvem sklopu odgovorov, kjer smo spraševali kako razumejo depresivnost, je najvišji povprečni odgovor 4,9 (enak tudi po tečaju) pri odgovoru, da jo razumejo kot bolezen, 3,8 kot reakcijo na življenjsko obremenitev (po tečaju 3,9) in 3,1 kot osebno značilnost bolnika (po tečaju 3,0); ostala dva odgovora: simulacija in poskus iskanja ugodnosti sta ocenjena kot malo verjetna (1,7 in 1,8 in se po tečaju povečata za 0,1). Razlike povprečnih ocen pred in po tečaju niso statistično pomembne.

Odgovora: depresivnost razumem kot bolezen oz. reakcijo na življenjsko obremenitev, izgubo, smo ocenili kot pozitivni in odgovora: depresivnost razumem kot simulacijo oziroma poskus iskanja ugodnosti, kot negativni. Pri obeh skupinah odgovorov, torej s pozitivnim in negativnim predznakom, pred in po tečaju v odgovorih ni statistično pomembnih razlik. Razlike med pozitivno in negativno predznačenimi scori ocenjenih z Wilcoxonovim testom predznačenih rangov pred in po tečaju niso bile statistično pomembne ($p = 0.334$). Mediana vrednost je bila pred in po tečaju enaka. V drugem sklopu, kjer smo spraševali, kaj potrebuje depresivni bolnik od osebnega zdravnika, sta najvišjo oceno dobila odgovora: celostno zdravstveno

obravnavo (4,8 pred in 4,9 po tečaju) in človeško oporo in spodbudo (4,7 pred in 4,85 po tečaju); razumevanje in tolažbo (4,0 pred tečajem in 3,8 po tečaju) ter zdravljenje z zdravili (3,8 pred in 4,2 po tečaju) ter napotitev k psihiatru (3,2 pred in 3,3 po tečaju). Vsi anketirani so po tečaju v povprečju ocenili odgovore pozitivneje, vendar so razlike statistično pomembne le pri odgovoru - zdravljenje z zdravili ($p = 0.002$).

Za oceno po Wilcoxonovem testu predznačenih rangov smo združili odgovore, da potrebuje depresiven bolnik od osebnega zdravnika zdravljenje z zdravili oz. napotitev k psihiatru, katerega scora smo dali pozitiven predznak in odgovora: človeško oporo oz. razumevanje in tolažbo, kateremu scoru smo dali negativen predznak. Razlike v skupini pozitivno predznačenih odgovorih so pred in po tečaju statistično pomembno različne ($p = 0.048$), razlike v skupini negativno predznačenih odgovorih pa ne. Pred in po tečaju so bile razlike med pozitivno in negativno označenimi scori ocenjenih z Wilcoxonim testom predznačenih rangov statistično blizu pomembnosti ($p = 0.074$). Mediana vrednost je bila pred tečajem - 2 in po tečaju - 1,5, kar pomeni, da so po tečaju slušatelji dali večji poudarek zdravljenju z zdravili in napotitvi k psihiatru kot pa razumevanju in človeški opori.

V tretjem sklopu odgovorov je povprečno najvišja ocena za podajanje ocene delazmožnosti depresivnega bolnika dana intenzivnosti izražene depresije (4,7 pred in 4,8 po tečaju), sledijo telesno zdravstveno stanje (3,8 pred in po tečaju), motivacija za delo (3,5 pred in 3,65 po tečaju), prepuščanje ocene psihiatru (3,2 pred in po tečaju) in najmanj - 1,8 (pred in po tečaju), da tega ne ocenjujejo, ker ni vprašljiva. Povprečna ocena odgovorov je, razen pri motivaciji in intenzivnosti izražene depresije, po tečaju enaka kot pred njim, pri omenjenih dveh odgovorih pa se je povečala, vendar ne statistično pomembno.

Za oceno po Wilcoxonovem testu predznačenih rangov smo združili odgovore, da delazmožnost pacienta ocenjujemo glede na njegovo motivacijo oz. telesno zdravstveno stanje, katerega scoru smo dali negativen predznak ter intenzivnost izražene depresije oz. prepustimo oceno psihiatru, katerega scoru smo dali pozitiven predznak. Razlike v skupini pozitivno in negativno predznačenih odgovorov pred in po tečaju niso statistično pomembne. Pred in po tečaju razlike med pozitivno in negativno predznačeno skupino scorov ocenjenih z Wilcoxonim testom predznačenih rangov niso bile statistično pomembne ($p = 0.70$). Nakazuje se celo rahel zasuk v smer negativno predznačenih odgovorov – torej rahlo večji poudarek motivaciji in telesnemu zdravstvenemu stanju pri oceni delazmožnosti.

V četrtem sklopu odgovorov so anketirani odgovarjali na vprašanje kaj vpliva na njihovo oceno intenzivnosti depresivnosti pri bolniku. Najvišjo oceno ima odgovor, da na to vpliva duševno stanje pri pregledu (4,4 pred in po tečaju), sledijo bolnikova pripoved o duševnih težavah (4,2 pred in 4,1 po tečaju), izkušnje z depresijo pri drugih bolnikih (4,0 pred tečajem in 4,2 po tečaju) telesna simptomatika s 3,7 (pred in po tečaju), lastne izkušnje z depresijo z 2,7 (pred tečajem in 2,9 po tečaju) in izkušnje z depresijo pri najbližjih z 2,3 (pred in po tečaju). Razlike v odgovorih pred in po tečaju niso statistično pomembne.

Za oceno po Wilcoxonovem testu predznačenih rangov smo združili odgovore, da na zdravnikovo oceno intenzivnosti depresije pri bolniku vplivajo lastne izkušnje oz. izkušnje z depresijo pri najbližjih, katerega scoru smo dali negativen predznak in odgovore, da vpliva duševno stanje pri pregledu in bolnikova pripoved o duševnih težavah, kateremu scoru smo dali pozitiven predznak. Razlike v skupini pozitivno in negativno predznačenih odgovorov pred in po tečaju niso statistično pomembne, se pa pri pozitivno predznačenih nakazujejo. Pred in po tečaju so bile razlike med scorom pozitivno in negativno predznačene skupine ocenjenih z Wilcoxonim testom predznačenih rangov blizu statistične pomembnosti ($p = 0.160$). Mediana vrednost je bila po tečaju nižja, kar pomeni rahel zasuk v negativno smer, torej, da je po tečaju več slušateljev dalo v oceni intenzivnosti depresije večji pomen njihovim lastnim izkušnjam kot pa duševnemu stanju pri pregledu oz. bolnikovi pripovedi o duševnih težavah.

V petem sklopu odgovorov, kjer so odgovarjali, kaj je bilo pri depresivnih bolnikih, ki so jih zdravili, najbolj učinkovito, so se odgovori precej razlikovali pred in po tečaju. Najvišja povprečna ocena je dana odgovoru: antidepresivna zdravila in psihoterapija (4,5 pred in 4,8 po tečaju: ocena odgovora statistično pomembno višja; $p = 0.012$), sledi spodbujanje, da bi ponovno vzpostavili stik s socialnim okoljem (3,9 pred in 4,2 po tečaju: ocena odgovora statistično pomembno višja; $p = 0.019$), samo antidepresivna zdravila (3,9 pred in 4,0 po tečaju: razlika ni statistično pomembna), pomoč pri osvetlitvi možne rešitve problemov (3,8 pred in 4,1 po tečaju: statistično pomembna razlika; $p = 0.038$), pomoč, da bi sprejeli in izrazili svoja čustva (3,8 pred in 4,1 po tečaju: statistično pomembna razlika; $p = 0.032$) in iskanje načina in metod reševanja problemov (3,9 pred in 4,0 po tečaju: razlika ni statistično pomembna) in povsem na koncu svetovanje, kako naj rešuje probleme, z oceno 2,7 pred in 2,9 po tečaju: razlika ni statistično pomembna in le z 1,8 so ocenili odgovor ponujanje lastne rešitve (ocena se po tečaju ni povečala).

Ker smo želeli predvsem ugotoviti, kako se je spreminjalo stališče do ukrepov mimo najvišje ocenjenih - zdravljenje z zdravili (in psihoterapijo), smo za oceno po Wilcoxonovem testu predznačenih rangov združili odgovore, da bi bilo za paciente v zdravljenju najučinkovitejše svetovanje, kako naj rešujejo probleme oz. ponujanje lastnih rešitev, katerega scoru smo dali negativen predznak in odgovora: pomoč pri osvetlitvi možne rešitve problemov in pomoč, da bi sprejeli in izrazili svoja čustva, kateremu scoru smo dali pozitiven predznak. Razlike v skupini pozitivno predznačenih odgovorov se pred in po tečaju statistično pomembno razlikujejo ($p = 0.01$), v skupini negativno predznačenih odgovorov pa razlike niso statistično pomembne. Pred in po tečaju so bile razlike scorov med pozitivno in negativno predznačeno skupino statistično pomembne ($p = 0.051$). Razlike po tečaju gredo v smer, da je več zdravnikov menilo, da bi bilo za njihove depresivne paciente najbolj učinkovito, da jim pomagamo pri osvetlitvi možnih rešitev problemov in izražanju čustev, ne pa, da jim sami nakazujemo rešitev.

V šestem sklopu odgovorov so anketirani ocenjevali sprožilne dejavnike pri svojih bolnikih. Najvišja ocena je bila dana odgovorom: osamljenost 4,1 pred in 4,3 po tečaju, konflikti in obremenitve 4,3 pred in 4,0 po tečaju, izguba ali ločitev 3,9 pred in 4,0 po tečaju, neugodni življenjski dogodki 3,7 pred in 3,8 po tečaju (razen pri konfliktih in obremenitvah, razlike niso statistično pomembne). Sledi odgovor reakcije vezane na praznike z 2,9 (ocena se po tečaju ni spremenila), reakcije vezane na obletnice s 2,9 pred in 2,6 po tečaju (ocena je po tečaju statistično pomembno večja), razbremenitve po večjih obremenitvah z 2,6 pred in 2,8 po tečaju (razlika ni statistično pomembna) in odgovor, da sprožilnih dejavnikov niso našli z oceno 2, ki se po tečaju ni spremenila.

V celoti se rezultati po tečaju ne razlikujejo od tistih pred njim statistično pomembno ($p = 0.433$).

Razprava

Kljub temu, da se je večina zdravnikov, ki so se odločili udeležiti se tega seminarja, zavedala, da je njihovo znanje na tem področju deficitarno, jih je večina odgovorila, da razumejo depresijo kot bolezen, ki zahteva celostno obravnavo ter človeško oporo in vzpodbudo. Pri odločanju o delazmožnosti so menili, igra najvišjo vlogo intenzivnost izražene depresije, v terapevtskem smislu pa so najpomembnejši antidepresivi in psihoterapija. Starejši udeleženci seminarja ter tisti z daljšo delovno dobo, so tem

odgovorom dali še večji pomen kot mlajši. Zanimivo je, da so zdravniki zasebniki dali manjši pomen potrebi depresivnega bolnika po zdravljenju in prav tako tudi pri načinu njihovega zdravljenja depresivnih bolnikov. Anketiranci, ki se pogosto srečujejo z depresivnimi bolniki, so dali manjši pomen reakcijam vezanim na obletnice kot sprožilnem dejavniku, kot ostali, ki se redkeje srečujejo s temi bolniki. Tisti anketiranci, ki zdravijo starostnike dajejo večji pomen pri zdravljenju spodbujanju, da bi ponovno vzpostavili stik s socialnim okoljem ter hkrati dajejo večji pomen zdravljenju z antidepresivi in psihoterapijo kot pa tisti, ki zdravijo aktivno populacijo.

Pri nas tovrstnih izobraževanj do sedaj nismo imeli. Pri sami organizaciji smo imeli kar nekaj pomislekov, kakšen bo odziv zdravnikov oziroma kako bodo zdravniki tovrstno osvežitev in dopolnitev znanja sploh sprejeli. Večina strokovnih srečanj namenjenih zdravnikom v podiplomskem študiju so zgolj predavanja, na tem strokovnem srečanju pa smo želeli glavni pomen dati izmenjavi izkušenj in skozi primere slušatelje pripeljati do lastnega trdnoblikovanega zaključka o načinu obravnave depresivnih bolnikov. Odziv s strani slušateljev je bil izreden, prav tako pa tudi uspeh dvodnevne družbe. S poglobljenim znanjem o problemih depresije so prenekateri slušatelji spremenili svoj odnos do depresivnih bolnikov, ki jih bo v aktivnosti v zvezi z njimi usmerjal v kvalitetnejšo obravnavo in spremljanje.

Posebno zanimiva se zdi sprememba odnosa zdravnikov do depresije oz. depresivnih bolnikov. Na podlagi novih znanj in spoznanj o bolezni in bolnikih, ocenjevanju delazmožnosti, sprožilnih dejavnikov itd., so dali pri oceni potrebe depresivnega bolnika bistveno večji pomen zdravljenju z zdravili in napotitvi k psihiatru kot pa le njihovem razumevanju in človeški opori, za katere so menili, da je pomembna, vendar neodločujoča v smislu reševanja stiske njihovih depresivnih bolnikov. Pri oceni delazmožnosti so po izobraževanju ocenili, da je bistvena bolnikova motivacija, ki navaja človeka k aktivnosti, jo usmerja, daje intenziteto in določa njeno trajanje, pa tudi telesno zdravstveno stanje bolnika, ki ga lahko pomembneje kot izraženo duševnih znakov bolezni ovira pri samem delu.

Zaradi dodatnih znanj so po izobraževanju tudi ocenjevali, da bodo v bodoče v intenzivnosti bolezni dali večji pomen lastnim izkušnjam kot pa bolnikovi pripovedi o težavah oziroma duševnem stanju. Najpomembnejša sprememba po samem tečaju pa je sprememba pogleda na učinkovitost zdravljenja, kjer so na podlagi poglobljenega znanja bistveno večji pomen dali pomoči bolnikom, pri osvetlitvi možnih rešitev problemov oz. pomoči, da bi

sprejeli in izrazili svoja čustva, ne pa ponujanju lastnih rešitev oziroma svetovanju, kako naj rešujejo probleme. Bolniku tako želijo le pomagati, da najde rešitve, ne pa te rešitve ponujati ali jih celo »polagati« pacientu. Večji pomen so dali tudi zdravljenju z zdravili, ki so jih spoznali kot dovolj učinkovita ob seveda tudi ostalih psihoterapevtskih ukrepih. Spoznali so, da ni le dovolj razumevanje in človeška opora, ampak, da želijo ti pacienti od njih nekaj več - zdravljenje in nasvet, v kateri smeri naj (tudi) sami iščejo rešitev svojih težav, ne pa, da jim rešitve ponuja že terapevt. Ker se je njihovo znanje okrepilo, bodo v bodoče tudi bistveno bolj zaupali sebi, svojemu znanju in poznavanju problematike ter izkušnjam, ne pa le sliki in pripovedi depresivnega bolnika.

Študije, ki so bile opravljene na Švedskem, pa čeprav je bil čas opazovanja kratek (9) so potrdile, da je osvežitev znanja zdravnikov, ki se pri delu srečujejo z bolniki z depresivnimi motnjami prispevalo k zmanjševanju najtežjih posledic bolnikov z depresivnimi motnjami. V zadnjem opazovanem letu je bilo tako v Gotlandu statistično pomembno manj samomorov kot v predhodnem opazovanem obdobju. Osvežitveni tečaji za vse zdravnike vsako tretje leto so na tem območju prispevali k permanentnem zniževanju samomorov, seveda pa tudi k ustrežnejši obravnavi vseh ostalih bolnikov z depresivnimi in drugimi psihiatričnimi motnjami.

Rezultatov o tem, kaj bodo pomenili tovrstni osvežitveni tečaji na področju naše države seveda zaenkrat še nimamo. Akcija, ki ni vseslovenska in je zajela le skupino osebno zainteresiranih zdravnikov, ki so želeli izboljšati svoje znanje o depresivnih motnjah, je le prvi tovrstni poskus in bomo z njo nadaljevali. Kljub majhnemu številu anketiranih smo z njo pridobili nekaj zanimivih podatkov o pogledu zdravnikov na obravnavo bolnika z depresivnimi motnjami. Rezultati raziskave potrjujejo naše izhodišče o zapletenem in težavnem delu z depresivnimi bolniki v ambulantah splošne/ družinske medicine in o potrebi o dodatnem usmerjenem izobraževanju tudi na tem področju. Ker gre za majhno in tudi dokaj heterogeno skupino tečajnikov, rezultatov ne moremo posploševati, kljub temu pa se nakazujejo glavni problemi in potrebne smeri dopolnilnega izobraževanja tako mlajših specialistov ali celo specializantov, ki so pravkar osvajali znanje s področja psihiatrije, kot tudi osvežitvenih oblik izobraževanja z poglobljeno predstavitev novejših doktrinarnih stališč ter zanimivih (prepričljivih) primerov iz prakse za starejše kolege. Ti podatki nam bodo prav gotovo koristili pri načrtovanju nadaljnjega izobraževanja »izbranih«

zdravnikov (možnost vključitve takih in podobnih izobraževanj v delavnice za specializante in/ali specialiste), prav gotovo pa tudi upamo, da bomo usmerjene in razširjene aktivnosti v tej smeri prispevale h kvalitetnejši obravnavi bolnikov z depresivnimi motnjami, seveda pa tudi k ekonomičnejši obravnavi ter zdravljenju teh bolnikov in zmanjšanju števila najtragičnejših posledic - samomorov, katerih pogostost uvršča Slovenijo v sam evropski vrh (8).

Depresivne motnje so pogoste tako med prebivalstvom kot med obiskovalci zdravnika na primarni ravni. Pri postavljanju diagnoze jih moramo zato upoštevati kot eno izmed možnih diagnoz in se ne zanašati na postopek izključevanja manj pogostih telesnih bolezni. Bolnike moramo dejavno vključiti v razlago in razumevanje zdravstvenih težav, povezanih z depresivnimi motnjami, kar še zlasti velja za somatofornne motnje. Veščine sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom so pogosto ključ do uspešne razrešitve mnogih psihosocialnih problemov, boljšega odnosa med zdravnikom in drugimi zdravstvenimi delavci, boljšega sodelovanja bolnika pri zdravljenju, do večjega zadovoljstva bolnikov, manjše uporabe zdravstvene službe in manjših neposrednih in posrednih stroškov zaradi depresivnih motenj(10).

Literatura

1. Casey PR. A Guide to Psychiatry in Primary Care. Petersfield: Wrightson Biomedical Publishing Ltd., 1993
2. Žunter Nagy AM. Celostna obravnava depresij. Krka Med.Farm. 1998; 19 suppl. 1, 21-7
3. Tomori M. Zdravnik v psihosocialnem sistemu bolnika; Romih J. Žmitek A. ed. Zdravljenje z antidepresivi. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1996; 16-24
4. Kersnik J. Kakovost obravnave duševnih motenj v osnovnem zdravstvu. Zdrav. Var. 2000; 39: 2-3
5. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. Epidemiologic. Reviews. 1995; 17: 182-90
6. Shao WA., Williams JU. Jr., Lee S., Badget RG., Aaronson B., Cornell JE. Knowledge and attitudes about depression among non-generalists and generalists. J. Fam. Pract. 1997; 44: 161-8
7. Greenberg PE., Stiglin LE., Finkelstein SN., Berndt ER. The economic burden of depression in 1990; J Chin Psihiatry 1993; 53: 405-18
8. Car J., Kersnik J., Švab I. Obravnava depresije v splošni medicini. Zdrav. Var. 2001; 40: 32-6
9. Rutz W., Carlsson P., Von Knorring L., Wälinder J. Cost - benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention Treatment of Depression. Acta Psychiatr Scand; 1992; 85: 457-64
10. Kersnik J. Obravnava duševnih motenj v družinski medicini. Med. razgl. 1999; 38:265-80