

НОВИ АКЦЕНТИ НА ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ КАТО ФУНДАМЕНТАЛНА КОНЦЕПЦИЯ И СТРАТЕГИЯ ЗА ДЕЙСТВИЕ

Б. Борисова

Факултет по обществено здраве, МУ – София

Резюме. Според съвременните експерти по своята същност първичната медицинска помощ е фундаментална концепция. Първичната медицинска помощ, респ. общата лекарска практика, е не само и просто първи етап в медицинската помощ, но създава и нови отношения лекар–пациент, нови етични проблеми и нова здравна култура, която включва превенция на болестите, промоция на здравето и здравословния начин на живот. Оттук произтича неотложната необходимост от системен мониторинг и анализиране на дейността на общопрактикуващите лекари с оглед по-добро медицинско обслужване на населението в бъдеще. Нужен е по-активен професионален, експертен и обществен дебат, специално насочен към нерешените проблеми на общата медицинска практика като приоритет на здравната реформа.

Ключови думи: приоритет на първичната медицинска помощ, екипен подход, алгоритми за поведение, организация на общата лекарска практика

NEW ACCENTS OF PRIMARY CARE AS A FUNDAMENTAL CONCEPT AND A BEHAVIOR STRATEGY

B. Borisova

Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Summary. According to modern experts primary care inherently is a fundamental concept. Primary care, respectively general medical practice, is not limited to just the first step in medical care, but it also creates new relationships of the type doctor-patient, new ethical problems, and a new health culture that includes disease prevention, health promotion, and healthy lifestyles. Hence appears the urgent need for systematic monitoring and for analyzing the activity of GPs to better medical care. Required is a more active professional, expert and public debate, specifically focussed on outstanding issues of general medical practice as a priority for health care reform.

Key words: priority of primary care, team approach, algorithms of behavior, organization of general medical practice

В съвременните здравни системи приоритетното място и роля на първичната медицинска помощ (ПМП) са неоспоримо и официално признати. Това признание намира място в здравнополитическите приоритети, и в законовата база на различни страни в света.

Исторически приоритетът на първичната медицинска помощ се наложи след приемането на концепцията и стратегията на СЗО през 1978 г. на световната конференция в Алма Ата. Нужно е да се подчертае, че първичната медицинска помощ представлява доста **широк спектър** от дейности. Още в историческата Алмаатинска декларация на СЗО е посочено, че минимумът първични здравни грижи включва: здравно възпитание на населението, осигуряване на рационално хранене, хигиена на околната среда, профилактично-лечебни грижи за майките и децата, имунизации, профилактика на социалнозначимите заболявания, осигуряване на лечение за най-разпространените заболявания и травми и достъпност на най-необходимите лекарства.

В този контекст редица експерти считат, че по своята същност първичната медицинска помощ е фундаментална концепция. И оттук произтичат нарастващото значение, роля и отговорности на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) в съвременните условия.

Понятието *общопрактикуващ лекар* най-напред възниква във Великобритания. Според определението в тази страна общопрактикуващ лекар (General Practitioner – GP) е практикуващ лекар, който лекува остри и хронични заболявания и осигурява профилактика и здравно образование за пациенти от всички възрасти и от двата пола. Общопрактикуващият лекар има определени умения в лечението на хората с множество здравни проблеми и съпътстващи заболявания. Във Франция наименованието на ОПЛ е лекар генералист или само доктор (médecin généraliste – docteur).

Общата медицинска практика е съществената базова част на медицинската помощ във всички страни. По своята същност и съдържание общата практика съвпада с понятието първична медицинска помощ, въведено от СЗО през 1978 г. Развитието на ПМП, респ. общата лекарска практика, създава нови отношения лекар–пациент и нова здравна култура, която включва превенция на болестите, промоция на здравето и здравословен начин на живот.

ОПЛ е **интегратор и координатор** на лечебните и превантивните дейности. Ц. Воденичаров разглежда интегративната роля на ПМП в три измерения:

- ♦ Функционална интеграция – включваща интегрален подход към здравните проблеми на човека и общността.

- ♦ Организационна интеграция – насочена към организацията на работа в здравните центрове и амбулаториите.

- ♦ Образователна интеграция – генерираща знания, умения, желаниа на здравните специалисти за работа в екип при осигуряване на холистични грижи в извънболнични условия [3].

У нас *общата медицинска практика* и *общопрактикуващият лекар* са въведени в началото на здравната реформа през 2000 г. Основните функции на общопрактикуващия лекар са:

- ♦ Превантивна (профилактика) – задачата на ОПЛ е да открие своевременно рисковите фактори при индивида, да проследява, да намали или премахне риска от развитие на дадено заболяване. ОПЛ се занимава с превенция на основните хронични заболявания: артериална хипертония, диабет, хронични заболявания на дихателната система (ХОББ), болести на двигателния апарат, ревматични заболявания и др.

- ♦ Диагностична и лечебна дейност – ОПЛ диагностицира заболяванията, назначава съответната терапия и проследява лечението. При необходимост от повече изследвания или при трудности в диагностиката ОПЛ насочва пациента за консултация с тесен специалист.

- ♦ Здравно възпитание – образователна функция. ОПЛ трябва да обучава своите пациенти как да променят начина си на живот при наличие на рискови фактори (тютюнопушене, алкохол, нерационално хранене, злоупотреба с медикаменти и др.).

- ♦ Доверен консултант на пациента – ОПЛ е най-близо до пациента и е негов съветник. Пациентите имат доверие на личния си лекар и се консултират с него за всякакви въпроси, свързани със здравето.

Функцията на ОПЛ като консултант на пациента е особено важна и специфична. Според К. Еленски трябва да се разграничават двете понятия лекарски преглед и консултация. Всяка среща между лекар и пациент по повод здравен проблем е консултация. Тя може да бъде пряка – лице в лице, телефонна, а в наши дни и виртуална. Консултацията по здравни проблеми може да се проведе в амбулаторията или в дома на пациента. За общата практика, където пациентите са познати на лекаря, възможността за непреки консултации улеснява решаването на здравни проблеми.

Ситуациите в реалната лекарска работа са твърде разнообразни. Например посещението при лекар може да е само поради необ-

ходимост от разговор или само за получаване на документи, така че да не се налага преглед. Подобни ситуации са много характерни в първичната медицинска практика, където са създадени дългосрочни и по-близки взаимоотношения между лекар и пациент.

В България бяха въведени правила за добра медицинска практика на ОПЛ. Те са изградени на базата на утвърден световен и европейски опит, на стандартите за добра практика на семейните лекари във Великобритания, Нидерландия и Австралия и са съобразени с националните ни особености. Техните основни принципи са:

- професионална компетентност по обща медицина,
- добри комуникативни умения,
- достойно отношение към пациентите,
- етичност в поведението към пациенти и колеги,
- умения за работа в екип.

По литературни данни потенциалните възможности (респ. задачи) на общата лекарска практика са следните:

- Пълно и завършено диагностично-лечебно обслужване на 85-90% от болните пациенти от списъка на ОПЛ.

- Пълно и завършено обслужване на 70-75% от здрави и болни, подлежащи на превантивна дейност.

- При 25-30% от подлежащите ОПЛ има нужда от участие на други специалисти.

- Висока достъпност (по време и територия).
- Висока удовлетвореност на пациентите (над 95%).
- Висока ефикасност и ефективност (КПД над 1.5).

Като **основни дефекти** на общата медицинска практика се посочват:

- ограничена достъпност на пациентите до ОПЛ,
- лимитирана клинична свобода на ОПЛ,
- недостатъчно разнообразие на извършваните превантивни, клинични и медикосоциални дейности,

- “дирижирано” обслужване на голяма част от болните (например от самите болни при искане на направления),

- неприемливо качество на медицинските дейности,
- висок относителен дял на времето за работа с медицински документи и немедицински дейности,

- слабости в организацията на дейността на ОПЛ (нерегулиран прием на пациентите без предварително записване за преглед, недостатъчно време за домашни посещения и др.).

Стратегията на Световната здравна организация за първичната медицинска помощ определи общата практика като първостепенен приоритет на съвременните здравни реформи. Общопрактикуващият лекар по същество изпълнява функциите на личен лекар, който е най-довереният и най-близкият до пациента медицински професионалист. Ето защо многостранните проблеми в дейността на ОПЛ в нашата страна следва да бъдат обект на повишено внимание от страна на политиците, здравните мениджъри и обществото.

Общата медицина е специфична съвкупност от знания, умения и правила за поведение. Тя изисква от общопрактикуващите лекари **комплексни мултидисциплинарни знания** (медицински, социални, психологични, юридически и др.), а също така комуникативни, организационни, педагогически умения и правила за поведение при болните, здравите, семейството и общността като цяло.

Внедрената у нас институция на ОПЛ, основана на принципа на свободния избор на пациента, породила големи надежди в обществото – за по-улеснен и подобрен достъп до лекаря, за повишено качество на медицинската помощ, за по-голяма отзивчивост към нуждите на пациента, за нови сигурни стандарти на медицинската етика в дейността на личния лекар и др. Някои публикации показват, че тези надежди не са реализирани в достатъчна степен. В тази насока интерес представляват следните факти от литературата: без преглед през годината са повече от половината пациенти в списъка на ОПЛ (при хората в активна възраст до 80%); ОПЛ почти не познава здравното и социалното състояние на своя контингент; той не е на пълноценно разположение на своите пациенти, няма мотивацията и нагласата за активни домашни посещения; очебийно намалява броят на профилактичните прегледи; принижено е вниманието към здравето на подрастващите; липсва нормативна методика за контрол и оценка на дейността на ОПЛ [1].

Според Стр. Генов, един от водещите български експерти по мениджмънт на здравните ресурси, липсата на ясни и точни критерии и *алгоритми за поведение* на ОПЛ води до лечебно-

диагностичен процес с трудна предсказуемост на ефекта и с неясна отговорност за здравето на неговите пациенти. Придобива особена актуалност проблемът за цялостния ангажимент и отговорността на ОПЛ за здравето на пациентите в неговия списък [4].

ОПЛ у нас функционира вече дванадесет години, но за ефекта от неговата досегашна дейност все още липсва цялостна официална оценка – експертна, обществена и политическа. Няма достатъчно конкретни проучвания върху общественото мнение и удовлетвореността от качеството на дейността на ОПЛ. В същото време редица проблеми съществуват обективно, имат нарастваща острота и вълнуват широки слоеве от населението. Това са въпроси, свързани преди всичко с: организацията на труда на ОПЛ, неговия работен график, особено за домашни посещения, бюрократичния формализъм и прекомерната документация, обосноваването на потребителската такса, координацията и взаимовръзката на ОПЛ с другите звена на здравната система и особено с болниците, масовите профилактични прегледи (скрининг) на рисковите контингенти и в частност на деца и подрастващи, някои етични аспекти и редица други [5, 6, 7].

Оттук произтича неотложната необходимост от системно и периодично наблюдение и анализиране на дейността на ОПЛ с оглед по-добро медицинско обслужване на населението в бъдеще. Нужен е по-активен професионален и обществен дебат, специално насочен към нерешените проблеми на общата медицинска практика като приоритет на здравната реформа. В тази насока има широки перспективи за инициативи на неправителствените и пациентските организации. Обективна е необходимостта от по-широк публичен и експертен дебат върху проблемите на ОПЛ и подходите за тяхното ефективно решаване.

Проблеми на достъпа до ОПЛ

Възможностите на пациентите за достъп до техния личен лекар трябва да се разглеждат в по-широк контекст – достъп за преглед в кабинета, домашни посещения, телефонен контакт с лекаря през и извън работното му време. На табл. 1 и фиг. 1 представяме възможността за телефонен контакт с личния

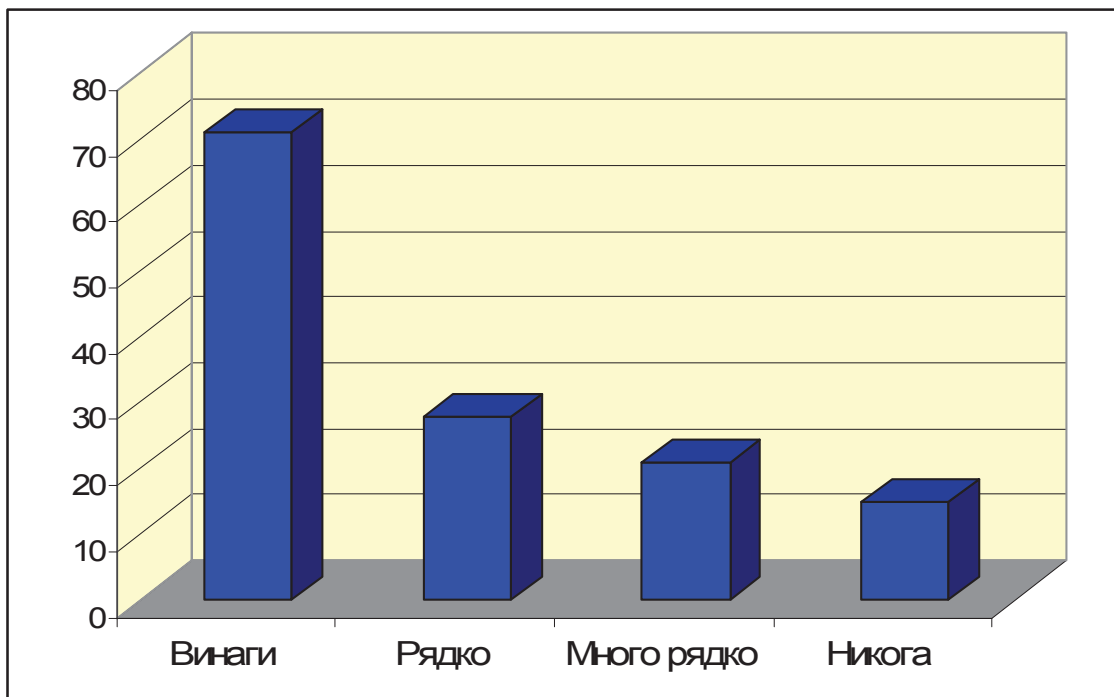
лекар по наши данни от пилотно анкетно проучване сред случайно подбрани пациенти. Вижда се, че значителен процент пациенти (почти половината) имат трудности за такъв контакт.

Таблица 1. Достъп и възможност за контакт с личния лекар

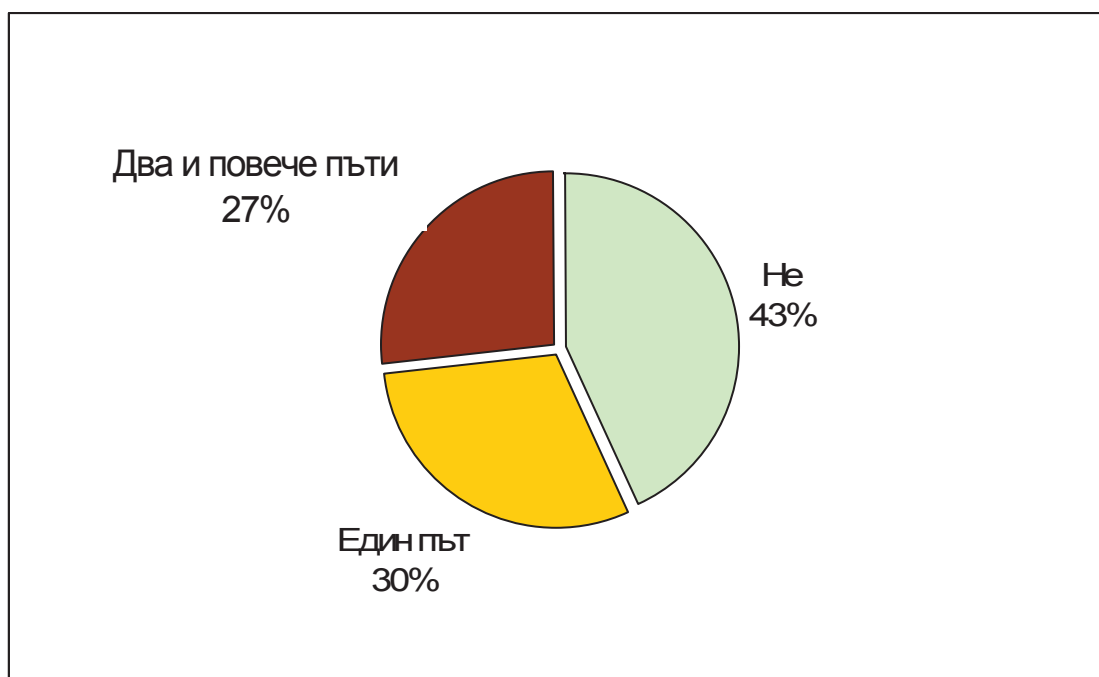
Въпрос: Имате ли достъп и възможност да се свържете по телефона с личния си лекар извън редовния му график (за консултация по телефона, за записване за преглед и т.н.)?

Отговори	Брой	Процент	Процент само от потърсилите контакт
Не съм го търсил	21	13,5%	–
Винаги се свързвам	71	45,5%	52,2%
Рядко се свързвам	28	17,9%	20,8%
Много рядко се свързвам	21	13,5%	15,7%
Никога не се свързвам	15	9,6%	11,2%
Всичко	156	100,0%	100,0%

В тази насока е и въпросът за **отзивчивостта** и съответно честотата на **отказа** повиквания за домашни посещения от страна на личния лекар (фиг. 2). Нерегулираните, нередовни и редки домашни посещения на пациентите са все още нерешен проблем на общата лекарска практика в България. Според данните от пилотната ни анкета само 43% от анкетираните не са получили отказ за домашни посещения на личния лекар при нужда. Останалите 57% са имали по един, два или повече отказа на домашни посещения от личния си лекар. Това е един от сериозните проблеми в организацията на общата лекарска практика у нас, който се изтъква и от други автори и изисква адекватно решение в бъдеще в интерес на качеството на първичната медицинска помощ.



Фиг. 1. Възможност за телефонен контакт с личния лекар



Въпрос: Отказвал ли ви е лекарят домашно посещение при ваше повикване?

Фиг. 2. Отказ за домашни посещения от личния лекар

Важна функция на ОПЛ е дейността му в областта на промоцията на здравето и превенцията на болестите. В тази насо-

ка основен и лесно установим показател е броят на извършените профилактични прегледи средно на един пациент за една година. На въпроса „Колко профилактични прегледа сте имали при вашия личен лекар през последната година?“ не са отговорили всички анкетирани, което свидетелства за подценяване на този въпрос. Отговорили са само 116 души, т.е. 74% от анкетираните лица. Отговорилите на въпроса са имали общо 118 профилактични прегледа през последната година, което представлява около един профилактичен преглед средно на пациент. Но ако този брой на профилактичните прегледи се отнесе към общия брой анкетирани лица, то се получава следният показател: **0,75 профилактични прегледа** средно на един пациент, което е много неблагоприятен показател.

Първичната медицинска помощ, осъществявана в условията на общата лекарска практика, следва да има много по-широк обхват и не може да се свежда само до чисто клиникодиагностични и клиникотерапевтични дейности. Възприетата приоритетна роля и място на ПМП в здравната система поражда някои нови проблеми и акценти в тази дейност. Тези нови акценти формират доста широк функционален спектър на ПМП, която трябва да решава комплекс от проблеми:

1. диагностично-лечебни проблеми,
2. превантивно-промотивни проблеми,
3. организационно-управленски проблеми,
4. координационно-комуникационни проблеми,
5. социалномедицински, етични и правни проблеми.

Наблюденията показват, че понастоящем първата група проблеми почти изцяло изпълват дейността на ПМП, а останалите са подценени, особено организационно-управленските дейности. Все още няма прецизна организация и управление на дейността в общата лекарска практика, липсва добре изграден екипен подход, структурата на разходите на време на медицинския персонал е ригидна и недостатъчно ефективна. Наложителен е нов мениджмънт в областта на първичната медицинска помощ, включително мениджмънт на времето.

Заклучение

Приоритетното място и роля на първичната медицинска помощ са неоспоримо и официално признати. Първичната медицинска помощ, респ. общата лекарска практика, е не само и просто първи етап в медицинската помощ, но създава и нови отношения лекар–пациент, нови етични проблеми и нова здравна култура, която включва превенция на болестите, промоция на здравето и здравословен начин на живот.

Необходимо е да се осъществява системен мониторинг и анализ на дейността на ОПЛ с оглед на по-добро медицинско обслужване на населението в бъдеще. Специален акцент трябва да се постави на организационно-управленските проблеми в дейността на общопрактикуващия лекар, особено на мениджмънта на времето и екипния подход в неговата дейност.

Библиография

1. А т а н а с о в а , Д. Гражданско участие във вземането на решения, свързани със здравеопазването. – Социална медицина, 2006, № 3, 18-22.
2. Б о р и с о в , В. Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт. 2008, 140.
3. В о д е н и ч а р о в , Ц. Съвременната здравна политика е здравната политика, базирана на доказателства. – Здравна политика и мениджмънт, 2009, № 4, 3-8.
4. К о м и т о в , Г. и С. Генев. Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа. Българската здравна реформа през погледа на пациента и специалиста. София, 2010.
5. З л а т а н о в а , Р. Организационни проблеми в дейността на общопрактикуващите лекари. Дисертация, 2006.
6. Здравната политика в Европейския съюз – поглед отблизо. www.europe.bg/htmls/page.php?id.
7. Д и м о в а , А., М. Попов и М. Рохова. Здравната реформа в България. С., 2007, 341.
8. П о п о в , М. и А. Димова. Качеството на първичната медицинска помощ: отражение в съзнанието на пациента. – Социална медицина, 2001, № 1, 26-29.
9. J o n e s , L. et T. Fisher. Workforce trends in general practice in the UK: results from a longitudinal study of doctors' careers. – Br. J. Gen. Pract., **56**, 2006, № 523, 134-136.
10. W H I T E PAPER: Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. – COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES.

☒ *Адрес за кореспонденция:*
д-р Боряна Борисова
Факултет по обществено здраве
Медицински университет
Ул. „Бяло море“ 7
1527 София

Постъпила – 18 януари 2013 г.