ИНТЕГРИРАНИТЕ ГРИЖИ КАТО ЕЛЕМЕНТ НА ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

П. Добрилова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

INTEGRATED CARE AS ELEMENTS OF PRIMARY HEALTH CARE

P. Dobrilova

Branch „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

Резюме. *Интегрираната грижа служи за подобряване на координацията и комуникацията между различните доставчици и за осигуряване на грижи в зависимост от специфичните потребности на пациента. Общопрактикуващите лекари са „входната врата“ при предоставянето на интегрирани грижи и основна фигура при удовлетворяване на здравните потребности на лицата с хронични заболявания. Настоящото проучване има за цел да характеризира процеса на предоставяне на интегрирани здравни грижи в общата медицинска практика като средство за повишаване удовлетвореността на потребителя и качеството на предоставените грижи. Посочва се необходимостта от трансформиране на досегашните услуги за хронично болните пациенти и от развитието на интегрирани грижи. Информационен източник за удовлетвореността от предоставените интегрирани здравни грижи е мнението на 806 пациенти с хронични заболявания, което е изследвано чрез пряка индивидуална анкета през периода януари 2014 г. – декември 2014 г. От проведеното изследване се установи, че по-голямата част от пациентите са неинформирани (43,1%) и частично информирани (37,5%) относно грижите, необходими за подобряване на тяхното здравно състояние. Според пациентите близките им (40,7%) също не притежават необходимите знания и умения за справяне с грижите без помощ и обучение от медицински специалисти. Независимо от реалния достъп до специализираните грижи, съществуват проблеми, които сегашната здравна система не е решила. Един от сериозните проблеми е липсата на колаборация между извънболничната помощ, болниците за активно лечение и болниците за рехабилитация.*

Ключови думи: *интегрирани грижи, хронично болни, общопрактикуващи лекари*

Summary. *Integrated care is designed to improve coordination and communication between different suppliers and for provision of care depending on the specific needs of the patient. GPs are „front door“ in the provision of integrated care and a major figure in satisfying health requirements of people with chronic diseases. This study aims to characterize the process of providing integrated health care in general practice as a means to increase customer satisfaction and quality of care provided. The need for transformation of existing services for chronically ill patients and the development of integrated care is indicated. The information source about satisfaction of provided integrated health care is the opinion of 806 patients with chronic diseases, which was investigated by direct individual survey in the period January 2014 – December 2014. Based the completed survey it was found that the majority of patients are uninformed (43.1%) and partially informed (37.5%) about the care needed for improvement of their health. According to the patients, their relatives (40.7%) also do not have the necessary knowledge and skills to deal with care without the assistance and training by medical professionals. Regardless of the real access to specialized care, there are problems which current health care system has not solved. One of the serious problems is the lack of collaboration between outpatient care, hospitals for active treatment and the rehabilitation hospitals.*

Key words: *integrated care, chronically ill patients, general practitioners*

Въведение

През последните години хроничните заболявания отбелязват високо разпространение сред населението, поради което те са и един от приоритетните проблеми на здравната политика на редица страни. Според определение на СЗО: „Обществеото здравеопазване е наука и практика за предотвратяване на болестите, удължаване на живота и укрепване на здравето чрез организираните усилия на цялото общество“. Хроничните заболявания имат пряко влияние върху здравната система, тъй като повишават търсенето на здравни услуги и разходите за тяхното извършване. Според Т. Златанова и кол. (2012) качественото функциониране на здравната система зависи от движението на пациентите в различните сектори и от резултатите от тяхното лечение [2]. Документът на ЕС „Здраве 2020“ обръща особено внимание на възобновената философия за първичните здравни грижи в общността – семейството, групата, колектива. Здравните системи трябва да се ориентират към предоставяне на достъпни, ефективни, интегрирани и „приятелски“ настроени към пациента здравни грижи. Интегрираните грижи са средство за подобряване на достъпа, намаляване на разходите и предоставяне на грижи с високо качество за пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди. От особено значение при пациентите с хронични заболявания е непрекъснатостта на грижите. Това често изисква участието на различни специалисти и добра комуникация и координация между различните заинтересовани страни. В тази връзка може да се твърди, че интегрираната грижа има различно значение за различните участници. Според някои автори (Lioyd, Wait) това значение може да се представи по следния начин [12, 13]:

– **За пациентите** интегрираната грижа включва достъп и осигуряване на последвателна грижа, лесна за управление;

– **За доставчиците** е интердисциплинарна работа в екип, координация на задачите и услугите, осигуряваща достъп до грижата без професионални и институционални ограничения;

– **Мениджърите** я възприемат като контрол от комбинирани финансови потоци; координация на организационни цели и задачи за изпълнение; управление на комплексни организационни структури и взаимоотношения между агенциите, които я предоставят;

– **Политиците** я свързват с изграждане на политики, отношения и финасови споразумения за организиране на грижата, както и оценка на системите/програмите на холистичен принцип.

Според Г. Петрова, (2012) интегрираните грижи са комплексен набор от планирани и управлявани услуги за определена група пациенти със специфични нужди, предоставяни от различни здравни и социални организации и професионалисти (6). Интегрираната грижа се определя като концепция, свързваща въвеждането, доставянето, управлението и организацията на услугите, свързани с диагностиката, лечението, грижата, рехабилитацията и поддържането на здраве, като начин да се подобрят услугите, свързани с достъпа, качеството, удовлетворението на потребителя и ефективността [11].

Цел

Да се проучи удовлетвореността на пациентите с хронични заболявания от предоставените интегрирани здравни грижи в общата медицинска практика и да се набележат препоръки за тяхното оптимизиране.

Материал и методи

За лицата с хронични заболявания Националната здравна стратегия определя рехабилитацията като ключова стратегическа област, затова изследването е проведено в шест рехабилитационни болници, филиали на “Специализирани болници за рехабилитация – Национален комплекс” ЕАД, град София, намиращи се в градовете Кюстендил, Сандански, Велинград, Момин проход, Хисаря и Вършец. Изследването е част от мащабно проучване, проведено през периода януари 2014 г. – декември 2014 г. Информационен източник за удовлетвореността от предоставените интегрирани здравни грижи е мнението на 806 пациенти с хронични заболявания, което е изследвано чрез пряка индивидуална анкета в деня на изписването. Анкетата е анонимна. Въпросите са отворени, затворени и полузатворени. Включени са въпроси относно демографски характеристики; въпроси, свързани със здравния статус, с достъпност, информираност и удовлетвореност от непрекъснатостта на грижите в болнични и извънболнични условия. Данните от проучването са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v. 19.0, а графиките са изготвени посредством програмата Microsoft Excel.

Резултатите са представени с процентно разпределение в честотни таблици и кростаблици.

За изводите и заключенията са приложени следните статистически тестове:

1. Тест на Колмогоров–Смирнов – определя вида на разпределението при количествени променливи.

2. Непараметрични, които се прилагат при разпределения, различни от нормалното разпределение: тест χ^2 коефициент; Крускал–Уолис и линеен коефициент.

Значимостта на резултатите е определена при $p < 0,05$.

Резултати и обсъждане

Качеството на оказваната медицинска помощ трябва да отговаря на *правилата за добра медицинска практика*, които съдържат изисквания за своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ. Въпреки законово регламентирания свободен достъп на населението до здравни услуги, той е сравнително ограничен поради задълбочаващата се икономическа криза, което води до негативно отношение на гражданите към извършваната здравна реформа. Основна роля за решаване на тези предизвикателства има първичната медицинска помощ, тъй като тя играе ролята на „пазител на входа“ и в същото време от нейното качествено функциониране зависят движението на пациентите в различните сектори и резултатите от тяхното лечение.

Интегрираните грижи обикновено са фокусирани върху връзките между първичната и специализираната грижа и между здравния и социалния сектор. Съгласно Медицинския стандарт по обща медицина практиката за първична медицинска помощ си сътрудничи с други лечебни заведения и обществени организации от областта на здравните и социалните грижи с оглед подобряване на грижите за пациентите. Разпокъсаността на услугите и липсата на координация са сериозен проблем при осигуряване на грижи за пациенти с хронични заболявания в България.

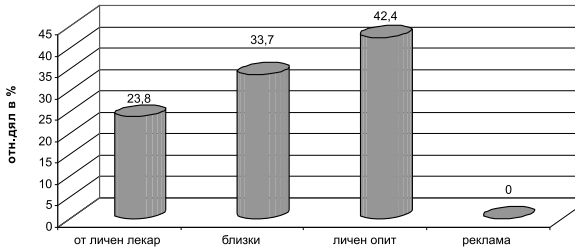
Хроничните заболявания се дефинират като продължителни, често постоянни и предизвикващи остатъчни нарушения, които изискват навременна рехабилитация, вместо дефинитивно лечение. Престоят на тези пациенти в рехабилитационните заведения се заплаща от редица институции: НЗОК – за здравноосигурени лица по клинични пътеки; НОИ – за всички работещи осигурени лица или инвалиди, ненавършили пенсионна възраст; Социални грижи – за инвалиди с определена нетрудоспособност над 90% и техните придружители; работодатели; доброволни здравноосигурителни фондове; военноинвалиди. Въпреки различните източници на финансиране, пациентите срещат редица трудности при постъпване, което наложи да се проучи тяхното мнение по отношение на проблемите, свързани с достъпа до рехабилитационни услуги.

Изследваните лица са предимно жени – 59,1%. Относителният дял на мъжете е 40,9%. Средната възраст на анкетираните пациенти е 65 години (мин. 18 г., макс. 90 г.), предвид спецификата на тези лечебни заведения. Образованието на анкетираните е представено на табл. 1.

Таблица 1. Разпределение на изследваните пациенти по образование

Образование	Брой лица (N)	Относителен дял %
Основно	101	12,5
Средно	416	51,6
Специалист	130	16,1
Бакалавър	89	11,1
Магистър	70	8,7
Общо	**806**	**100**

Според резултатите от проучването 42,4% от анкетираните пациенти (фиг. 1) са посещавали рехабилитационното заведение в предходен период и имат опит и доверие в него, 33,7% са насочени от близки и приятели, 23,8% – от личния лекар, а липсват пациенти, привлечени от реклама в медиите.



Фиг. 1. Разпределение на изследваните лица според източника на информираност за рехабилитационното заведение

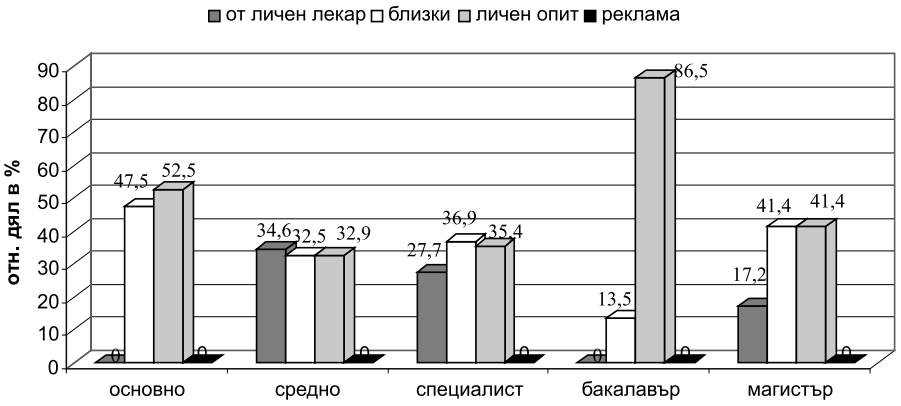
От разпределението според образованието на пациентите (фиг. 2) е видно, че насочените от личния лекар са предимно с висше образование – степен „магистър” и степен „специалист”, и със средно образование (от 17,2 до 34,6%). Значителен е относителният дял на лицата, които имат личен опит и доверие ($p < 0,01$), т.е. вече са посещавали здравното заведение (от 41,4 до 86,5%). Прави впечатление, че делът на насочените от близки и приятели във всички групи според образованието е също значителен (от

13,5 до 47,5%), а липсват пациенти, насочени от реклама в медиите.

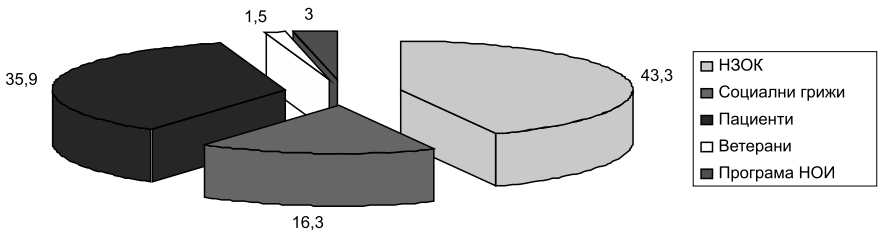
Около половината от анкетираните пациенти – 45,9%, са инвалиди и имат определен процент нетрудоспособност с експертно решение на ТЕЛК, като от тях 26% са с инвалидност от 50 до 71%; от 72 до 89% са 45% и с над 90% са 29% от анкетираните. Останалите болни – 54,1%, нямат определена група инвалидност.

Пациентите, които са с определен процент нетрудоспособност над 90%, както и техните придружители имат право веднъж годишно да ползват рехабилитационни услуги в тези болници на стойност до 195 лв. (средно около 7 дни). При постъпване те сами заплащат стойността на лечението, а след това представят разходооправдателен документ в Дирекция „Социално подпомагане" за възстановяване на изразходените средства. От тази възможност са се възползвали 16,3% от анкетираните. Най-голям е делът на пациентите, постъпили по клинични пътеки – 43,3%, чието лечение и рехабилитация се финансира от НЗОК. Не е малък и делът на пациентите, които сами заплащат лечението си – 35,9%. Дванадесет от пациентите (1,5%) са ветерани и тяхното лечение се финансира от държавния бюджет. Прави впечатление, че е нисък делът на лицата, ползващи Програмата на Националния осигурителен институт за профилактика и рехабилитация, които са взели участие в анкетното проучване през изследвания период – едва 3%. Това вероятно се дължи на факта, че пътят, който извървява пациентът е дълъг – от личния лекар до лекуващия специалист и обратно, от личния лекар до работодателя, от личния лекар до териториалното поделение на Националния осигурителен институт, където отново се посещава лекар и се издава удостоверение за ползване на услугата (фиг. 3).

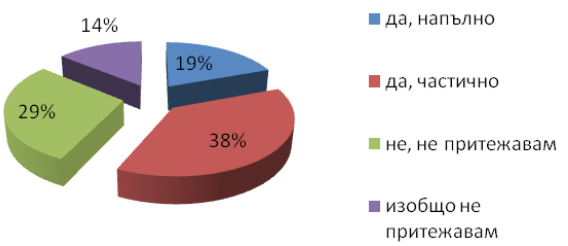
Ролята на общопрактикуващия лекар при пациентите с хронични заболявания е да осигури непрекъснатост на грижите от болнично лечение към лечение в домашна обстановка. Пациентите с хронични заболявания имат потребност от информация и обучение, за да се предотвратят възможните усложнения, от една страна, и от друга – да извършват грижи, адекватни на развитието на хроничното заболяване. Постигането на тези цели до голяма степен се определя от информираността и активното участие на пациента. Установяването на нивото на информираност на пациентите е необходимо, за да се планира и осъществи тяхната подготовка и обучение за продължаване на адекватни грижи в домашни условия (фиг. 4).



Фиг. 2. Връзка между образованието и начина на насочване на пациентите към лечебното заведение



Фиг. 3. Разпределение на изследваните лица в зависимост от източниците на финансиране на лечението



Фиг. 4. Самооценка на пациентите относно знанията и уменията за адекватни грижи в домашни условия

Получените резултати показват, че най-голям е относителният дял на пациентите – 43,1%, които не притежават знания и умения за грижи, насочени към техните потребности и проблеми, като от тях 29% посочват, че не притежават, а 14,1% изобщо не притежават такива. Частични знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравното състояние имат 37,5%. Положителен отговор са посочили едва 19,4% от анкетираните. Лечебният процес при хронично болните пациенти е дълъг и продължителен и е невъзможно той да доведе до необходимите резултати, ако пациентът не е добре обучен и подготвен за това.

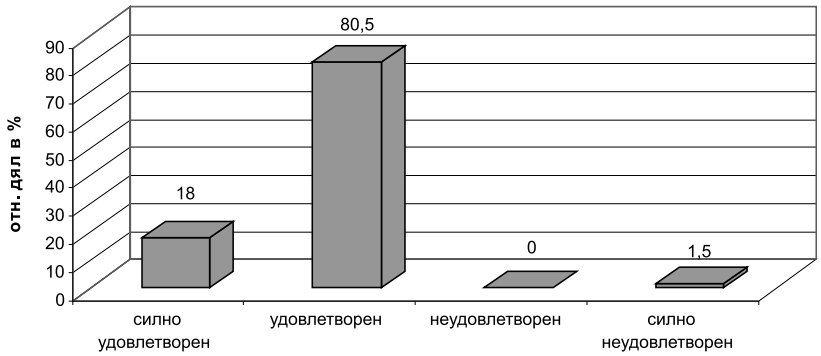
Удовлетвореността на пациентите от получената информация е представена на фиг. 5.

Информирайки пациентите, личните лекари им помагат да се адаптират към своето състояние, за да запазят максимално възможното за тях ниво на комфорт, или да променят начина си на живот, за да намалят рисковите фактори за заболяванията.

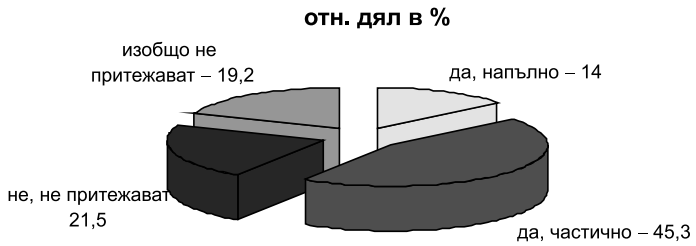
В процеса на предоставяне на интегрирани грижи трябва да участва не само пациентът, но и семейството и близките му като партньори в лечебния процес. Затова зададохме въпроса „Смятате ли, че Вашите близки притежават знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние?". Отговорите също са незадоволителни (фиг. 6).

От резултатите, представени на фигурата, става ясно, че близките на пациентите, които участват в процеса на предоставяне на интегрирани грижи, също не притежават необходимите знания и умения – 40,7%, като от тях 21,5% не притежават, а 19,2% изобщо не притежават. Частични знания и умения в полагане на грижи имат 45,3% от близките. Напълно положителните отговори са само 14%. Ето защо е необходимо пациентите и техните близки да бъдат обучавани, за да може интегрираните грижи за пациенти с хронични заболявания да постигнат своята ефективност.

В основата на информирането и съветването на пациентите и техните близки, насочени към удовлетворяване на техните потребности, лежат принципите на холистичния подход – цялостния подход към личността на пациента с отчитане не само на физическите, но и на психологичните, емоционалните, интелектуалните, социалните и духовните потребности.



Фиг. 5. Удовлетвореност на пациентите от получената информация от общопрактикуващия лекар



Фиг. 6. Оценка на пациентите относно знанията и уменията за грижи на техните близки

Изводи

1. Независимо от реалния достъп до специализираните грижи, съществуват проблеми, които сегашната здравна система не е решила. Един от сериозните проблеми е липсата на колаборация между извънболничната помощ, болниците за активно лечение и болниците за рехабилитация.

2. По-голямата част от пациентите са неинформирани (43,1%) и частично информирани (37,5) относно грижите, необходими за подобряване на тяхното здравно състояние. Според пациентите близките им (40,7%) също не притежават необходимите знания и умения за справяне с грижите без помощ и обучение от медицински специалисти.

3. Изградените връзки и отношения в здравните екипи се нуждаят от преразглеждане и преосмисляне. Преструктурирането, преразпределението на задачите и дейностите в екипите би допринесло за подобряване на мениджмънта на болниците, на ефективността и качеството на здравните грижи.

Заключение

Интегрираните грижи, като елемент от здравната система, обхващат всички свързани с потребностите на пациентите аспекти – от организацията и управлението им до професионалните умения на доставчиците на тези грижи. Разпокъсаността на услугите и липсата на координация са сериозен проблем при осигуряване на грижи за пациенти с хронични заболявания в България. Въвеждането на интегрирани грижи ще допринесе за по-добра комуникация и координация между доставчиците на грижи, както и реални ползи за потребителите.

Библиография

1. Горанов, М. Основи на общата медицина, Плевен, Университетско издателство ВМИ – Плевен, 2001, 74-132.

2. Златанова, Т., Димитрова, Д., Златанова-Великова, Р., Чешмеджиева, А. Оценка на здравни мениджъри на ефикасността на общата медицинска практика при остри и хронични заболявания, Двадесет и девета научно-технологична сесия, Контакт 2012, София, 2012, 74-79.

3. Златанова, Т., Златанова-Великова, Р. Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, София, Дидакта консулт, 2008, 13-24.

4. Медицински стандарти по обща медицинска практика, www.mh.government.bg

5. Основи на общата медицинска практика, под ред. Е. Шипковенска, Дж. Джолис, ,,Отечество“ С., 1998.

6. Петрова, Г. Стратегически избор и модел за интегрирании здравни грижи в Република България в условията на членството ни в Европейстия съюз, Дисертация, Варна, 2012.

7. Стефанова, К. Комплексна програма за промоция на здравето и профилактика на болестите в дейността на първичната медицинска помощ, сп. Здравна политика и мениджмънт, 14, 2015, 2, 42-45.

8. Стефанова, К., Добрилова, П., Маринова, А. Промоция на здравето – нова философия на общественото здраве, XIV Международна научна конференция, Варна, 2015, ISSN 1314-0507, 566-571.

9. Стефанова, К., Здравнопромотивни и профилактични функции на медицинската сестра в ПМП, Дис. труд, С., 2015.

10. Шипковенска, Ел. Кол. Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателства, С., Делфи, 2002.

11. Gröne, O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 Jun 1;1.

12. Lloyd, J, Wait S. Integrated care: a guide for policymakers. London: Alliance for Health and the Future; 2005.

13. Marriott, J. and A.L. Mable. 1998. „Integration: Follow Your Instincts, Ignore the Politics, and Keep Your Eyes on the Ideal Model.“ Canadian Journal of Public Health 89: 293-4.

Адрес за кореспонденция:
Павлинка Петкова Добрилова
Филиал на МУ – София
"Проф. д-р Иван Митев"
Университетски комплекс, Корпус 1
3000 Враца
e-mail: pavlinka1969@abv.bg