

# ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА ГРИЖАТА В СЪВРЕМЕННАТА ОБЩА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА: РАМКА ЗА ИЗМЕРВАНЕ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ

Парашкевова Б., Ю. Маринова, Г. Чамова, Св. Димитрова, Г. Петрова

*Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт,  
Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора*

## РЕЗЮМЕ

**Въведение:** За измерването на първичната здравна помощ в системата на здравеопазване с нейните водещи функции и цели (управление, генериране на ресурси, финансиране и оказване на услуги) се изтъкват четири елемента. Тези елементи са: достъп, продължителност, комплексност и координация на дейностите. Целта на настоящата разработка е да се представи рамката за измерване на продължителността на грижата в съвременната обща медицинска практика и възможностите за нейното прилагане. **Материали и методи:** Направен е преглед на научни статии и публикации на СЗО, посветени на продължителността на грижата в общата практика (семейна медицина). При търсенето са използвани ключови думи: обща медицинска практика, продължителност на грижата, измерване. **Резултати и обсъждане:** От направения преглед се потвърждава, че продължителността на грижата е основен елемент в общата медицинска практика (семейна медицина), който се разглежда в три измерения. Те са: информационна, лонгитудинална (времева) и интерперсонална продължителност, свързана с човешките взаимоотношения и респект. Някои автори коментират и управлението на продължителността като отделно нейно измерение. **Заключение:** Представената рамка за измерване на продължителността на грижата фокусира към специфични въпроси, политики и здравни приоритети. Този подход може да бъде полезен и приложим с измерими критерии за оценка на продължителността на грижата в българската обща медицинска практика.

**Ключови думи:** обща медицинска практика, продължителност на грижата, измерване

## ВЪВЕДЕНИЕ

Целите, към които здравеопазните системи се стремят са:

- подобряване на здравето (по-добър здравен статус и намаляване на здравните неравенства);
- отзивчивост спрямо повишените очаквания на населението с респект към личността, нейната автономност и достойнство, а също и като потребител на здравни услуги с необходимото внимание, качество, своевременност и избор на предоставящия такива;
- гарантиране на финансово равнопоставяне и защита от финансов риск след оказване на медицинска помощ (8).

Постигането им е пряко свързано със следните функции на системата на здравеопазване:

1. управление на ресурсите,
2. генериране на ресурси,

3. финансиране,

4. оказване на помощ (предоставяне на услуги).

В рамков документ на СЗО са изложени четирите функции, необходими за обезпечаването на добре функционираща Първична здравна помощ (ПЗП). ПЗП е нивото на системата на здравеопазване, на което се осъществява първият контакт по повод здравни проблеми и потребности на хората. Тази помощ е ориентирана към пациента, не толкова към неговата болест, всеобхватна и за продължителен период от време. На това ниво се осъществява координацията с други специалисти и интеграцията с другите нива за оказване на медицинска помощ (7).

Характеристиките на ПЗП в различните страни са разнообразни, но независимо от това комплексната и добре развита система на ПЗП следва да има четирите основни елемента: достъп, продължителност, комплексност и координация на дейностите (фигура 1) (7).

## ЦЕЛ

Целта на настоящата разработка е да се представи рамката за измерване на продължителността

### Address for correspondence:

*Б. Парашкевова, Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински факултет, Тракийски университет - Стара Загора, гр. Стара Загора, 6000, ул. Армийска 11  
e-mail: b\_par@abv.bg*

(непрекъснатостта) на грижата (continuity of care) като основен елемент в съвременната обща медицинска практика.



## ЗАДАЧИ

Да се представи:

1. Развитието на концепцията за продължителност (непрекъснатост) на грижата (ПГ);
2. Нивата (измеренията) на продължителността на грижата;
3. Рамката за измерване на продължителността на грижата.

## МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Направен е преглед на научни статии и публикации на СЗО, посветени на продължителността на грижата в общата практика (семейна медицина). При търсенето са използвани ключови думи: обща медицинска практика, продължителност на грижата, измерване. Изложение: В европейските страни, където общата практика е добре развита, функциите и характеристиките на ПЗП широко се покриват от общата медицинска практика, заемаща ключова позиция в ПЗП. ПГ в общата медицинска практика е определяща за преодоляване на фрагментацията по отношение на грижата за пациента. ПГ има много дефиниции. В контекста на общата практика, ПГ все още често се свързва с грижата от един и същи лекар, обикновено обхваща продължителен период от време и повече от един епизод на болестта (10).

- През 1975 McWhinney дефинира ПГ като вид споразумение (имплицитно) с четири основни правила:
  - общопрактикуващия (семейният) лекар осигурява помощ независимо от вида на заболяване;
  - той поема лична отговорност за пациента си;
  - пациентите не могат да заобиколят своя лекар;
  - договарянето може да бъде прекратено само по взаимно съгласие (6).

ПГ се базира на безусловното задължение на общопрактикуващия/фамилен лекар към неговите пациенти. Авторът фокусира ПГ предимно към взаимоотношението лекар-пациент и подчертава, че "ключовата дума е отговорност" (6).

- Hennen (11) изразява несъгласие с горепосоченото и предлага: географско, хронологично, интердисциплинарно и фамилно измерения за ПГ.
- По-късно Freeman (4,11) дефинира още едно измерение на ПГ - информационното. Той подчертава важноста на приемствеността на информацията за пациента сред специалистите, включени в лечението, както и значението на пациентските досиета (записи).

Някои автори (11) виждат реализирането на ПГ в общата медицинска практика (ОМП) точно в интерперсоналната връзка лекар - пациент. Други считат, че този аспект на ПГ не е от най-важните. Въпреки това, идеята на McWhinney за отговорността и доверието като основен елемент на ПГ намира постоянна подкрепа.

- През 1996 Blakenkensteina et al развиват т.нар. личност-фокусирана продължителност и анализират личността на пациента и на общопрактикуващия лекар, взаимният им опит, личните усещания и впечатления на лекаря (8).
- Hjortdahl първоначално определя следните компоненти на ПГ: логитудинален (хронологичен), интердисциплинарен, персонален (личностен) компонент с фокус към задължението и обвързаността на ОПЛ с пациента. По-късно започва да акцентира само върху два - междуличностен и логитудинален (3,11).
- През 2003 г. Saultz, обобщавайки еволюцията на концепцията, представя модел на ПГ с три нива (измерения):
  - информационно,
  - логитудинално и
  - интерперсонално (междulichностно).

Този модел намира приложение в рамковия документ на СЗО за измерване на продължителността на грижата, като елемент на ПЗП (7).

- *Първото ниво е информационното*, свързано с приемствеността на информацията за пациента между първият и последващи прегледи. Предоставянето на всички данни за заболяванията, лекарствената терапия, списъка на алергии, имунизационния статус, епикризи, лабораторни изследвания, рентгенови снимки са от съществено значение и трябва да са на разположение на всеки медицински специалист, участващ в лечението. Информационна продължителност на грижата предполага, че при всяка медицинска помощ и грижа за пациента трябва да има възможност за достъп до изчерпателна информация, независимо от това дали става дума за различни специалисти и на различни места. Основните компоненти, от

които зависи информационното измерение (ниво) са създаването на медицински записи с медицинската и социална история на пациента, тяхното съхранение и своевременно актуализация. В настоящия момент вниманието е насочено към електронния медицински запис, който има големи предимства относно съхранението, актуализацията и възможността да се ползва своевременно, на различни места и от различни специалисти (1). В рамката за измерване на ПГ са включени параметри, свързани с наличието и развитието на електронни информационни и комуникационни технологии (1).

- *Второто ниво на ПГ е логитудиналното.* Това измерение е най-близко до класическото определение за ПГ: грижа от един и същи лекар, за продължителен период от време и за повече от един епизод на болестта (10). Реализира се чрез последователния и непрекъснат процес на справяне със здравния проблем на пациента. Пациентът има възможност да получи по-удовлетворяваща помощ и грижа при дълготрайна връзка с един и същи лекар, на познато и достъпно място, с натрупване на медицинска и социална информация (3). Все по-често започва да се говори не само за един и същи лекар, а за екип от доставящи грижи на пациента. Някои изследователи въвеждат определението продължителност на грижата в екипа в ПЗП (3). Координирането с други специалисти, както и включването и на членове на семейството, са друг елемент на общата медицинска практика. Някои автори добавят това към ПГ и дефинират интердисциплинарно - базирана и фамилна ПГ (8,9). В рамката за измерване всички тези аспекти са компонентите на логитудиналната ПГ (7). ПГ се явява определящ фактор за ефективността, особено за лечението на хроничните заболявания. Затова и компонентите, които се измерват са свързани основно с утвърдени практики и възможностите за грижа за хронично болни пациенти. Логитудиналната продължителност, въпреки че е пряко свързана с постоянството на връзката с един и същи личен лекар, не гарантира по-добри отношения лекар-пациент и не дава ясна представа за естеството на взаимоотношенията лекар - пациент (3,4).
- *Трето ниво - интерперсонално:* Сложните междуличностни отношения между лекар и пациент се изразяват чрез третото ниво на ПГ - междуличностно или интерперсонално. Компонентите на това ниво са отговорност, зачитане на достойнството, утвърждаване на автономността на пациента (3,4,9). Пациентът познава своя лекар и подхожда към него с доверие и лоялност (4,8). Лекарят от своя страна проявява съпричастност и поема своята лична отговорност за здравето на пациента. Gabel смята, че "емпатията е един от факторите за поддържане на интерперсоналната непрекъснатост на грижата за пациента в ОМП" (9). Измерването на това ниво е трудно. Някои от изследванията са свързани с

проучвания на удовлетвореността на пациентите от дълготрайността и качеството на взаимоотношенията лекар-пациент, при други пациентите просто са помолени да назоват името на своя лекар (9). Интерес представлява развитието на интерперсоналната връзка лекар-пациент в груповите практики, които все повече се увеличават в европейските страни. Много изследователи поставят въпроса: "Остава ли ОПЛ личен лекар?"(2) и имат ли бъдеще този тип взаимоотношения, основани на доверие, съпричастност и лична отговорност в екипа в ОМП (5).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Продължителността ( непрекъснатостта) на грижата е основна характеристика на общата медицинска практика, като McWhinney описва междуличностната ПГ като основа за първичната медицинска помощ (6). Продължителността на грижата може най-добре да се дефинира като йерархична концепция (9) от три нива, вариращи от наличието на информация за медицинската и социална история на пациента до сложните междуличностни отношения между лекар и пациент, характеризирани се с доверие и чувство за отговорност. Проучването на продължителността на грижата в ОМП може да служи като база за предоставянето на доказателства за утвърждаването на добре функционираща ПЗП, с удовлетворяване на очакванията на пациентите и с ориентация към потребностите на лекарите. Представената рамка за измерване на продължителността на грижата фокусира към специфични въпроси, политики и здравни приоритети. Този подход може да бъде полезен и приложим с измерими критерии за оценка на продължителността на грижата в българската обща медицинска практика.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Златанова-Великова Р., К. Попов, Л. Иванов, Непрекъснатостта на медицинската помощ и ролята на съвременните информационни и комуникационни технологии, Здарвен мениджмънт, 2010, т.10-2, 5053
2. Baker R., Will the future GP remain a personal doctor?, *Br J Gen Pract*, 1997, 47:831-834.
3. Freeman G., Per Hjortdahl, What future for continuity of care in general practice?, *BMJ*, Vol. 314, 28 June 1997
4. Freeman G., Jane Hughes, Continuity of care and the patient experience Research paper
5. Guthrie Bruce, Sally Wyke, Does continuity in general practice really matter?, *BMJ*, Vol. 321, 23 Sept. 2000, 734-736, bmj.com
6. McWhinney IR., Continuity of care in family practice. Part 2: Implications of continuity., *J Fam Pract* 1975, 2:373-374

- 
7. Primary Care Evaluation Tool (PCET)  
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2010/p>
  8. Rogers J., P.Curtis, The Concept and Measurement of Continuity in PrimaryCare, *AJPH*, February 1980, **Vol. 70**, No. 2
  9. Saultz JW., Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 2003, **1**:134-143(<http://www.annfammed.org/cgi/content/full/1/3/134>).
  10. Starfield B., Continuous confusion?, *Am J Public Health* 1980, **70**:117-119.
  11. Schers Jozef Hendrik, Continuity of care in general practice. Exploring the balance between personal and informational continuity, dissertation, Radboud Universiteit Nijmegen, 17 november 2004