

СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ В РАБОТАТА НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР

Христина Божинова-Димитрова¹, Лора Георгиева²

¹Общопрактикуващ лекар, Варна

²Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването,
Медицински университет – Варна

SOCIAL ASPECTS OF THE WORK OF THE GENERAL PRACTITIONER

Hristina Bozhinova-Dimitrova¹, Lora Georgieva²

¹General practitioner, Varna

²Department of Social Medicine and Healthcare Organization, Faculty of Public Health,
Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Първичната медицинска помощ е най-масовата и достъпна медицинска помощ. Тя е отговорна за първата реакция при възникнал здравен проблем, както и за цялостното медицинско наблюдение на пациентите. Направено е проучване относно социалните аспекти в работата на общопрактикуващия лекар чрез дълбочинни интервюта с 20 респонденти, от които 10 с практики в град Варна и 10 с практики извън Варна. Всички интервюирани са с голям трудов опит, което гарантира добро познаване на проблемите както в техните практики, така и в системата за първична медицинска помощ като цяло. Резултатите показват, че лекарите извършват много дейности, които не са нито остойностени, нито регламентирани: обслужват здравно неосигурени лица без заплащане, транспортират пациенти до медицински институции и т.н. Неясната регламентация и неблагоприятните социално-икономически условия в нашата страна правят медицинските и социалните елементи в работата на лекарите трудно разграничими.

Ключови думи: първична медицинска помощ, общопрактикуващ лекар, социални аспекти

ABSTRACT

The primary medical care is the most massive and accessible medical care. It is responsible for the first reaction to a health problem and for the thorough medical observation of the patients. A research on the social aspects in the work of the general practitioner was conducted, with in-depth interviews with 20 respondents, from whom 10 are with practices in Varna and 10 with practices outside Varna. All of the interviewed have a long experience, which guarantees the good knowledge of the problems in their practices and in the system for primary medical care as a whole. The results show that the doctors perform many activities, which are neither financially calculated nor regulated: to serve uninsured persons without payment, to transport the patients to medical institutions, etc. The unclear regulation and the unfavorable socio-economic conditions in our country make the medical and the social elements in the work of the doctors difficult to separate.

Keywords: primary medical care, general practitioner, social aspects

УВОД

Европейските институции разглеждат здравеопазването като система на социална защита и споделяне на общи ценности. В Европейската социална харта се приема, че правителствата са длъжни да осигуряват социална защита, благосъстояние и да подобряват стандарта на живот на гражданите. На фона на увеличаващите се разходи, главно за болничната помощ, се счита, че е ефективно преориентацията да се извърши към разширяване на първичната медицинска помощ, с познаване на медико-социалните проблеми на пациента. В разширени екипи с медицински сестри, акушерки, социални работници, психолози и общински служители се залага да се постигнат положителни резултати в здравеопазвателната система (3). Първичната медицинска помощ е отговорна за първата реакция при възникнал здравен проблем, както и за цялостното медицинско наблюдение на пациентите.

Концепцията на Министерството на здравеопазването на Република България „Цели за Здраве 2020“ формулира визията и националните цели на България в областта на опазване на здравето на гражданите като основен фактор за устойчив растеж. Тя е основана на схващането, че подобряването на здравето през всички етапи от живота е основно право на всеки, а не привилегия на малцина. В документа се отбелязва, че въведените през 1999 г. модели за организация на първичните, специализираните извънболнични и болничните услуги търпят през последните години непрекъснатата промяна в конфигурацията си, което е отражение на промените както в търсенето им, така и в способите за тяхното предлагане и финансиране (5). Непрекъснатият стремеж към намаляване на разходите и упражняване на административен контрол не взема предвид реалността на социалната среда и факта, че често за да се изпълни медицинското задължение, е необходимо лекарят да извърши редица дейности, които не могат да бъдат рамкирани финансово или времево.

Здравноосигурителната система е своеобразна социална подкрепа, която представлява сърцевината на гражданското общество. Тя възпяща основен принцип за европейските общества – принципа на солидарността. Предизвикателство е да се намери равновесие между решаването на икономическите проблеми на системата и запазването на солидарния ѝ характер и традиционни ценности (9). Заедно със спешната помощ, общата медицинска практика е най-близо до хората и по тази причина неосигурените па-

циенти получават помощ за здравето си именно там. Бедността е фактор за уязвимост по отношение на здравето поради недостатъчно добри условия за поддържане на оптимално здраве и поради ограничени възможности за получаване на медицинска помощ (2). Гарантирането на фундаменталното човешко право на здраве изисква внимание към здравните потребности на тези, чиято бедност ги прави най-уязвими (8). Неслучайно Първата от осемте Цели на новото хилядолетие (Millennium Development Goals), приети от Организацията на обединените нации през 2000 г., е ерадикация на екстремната бедност (10). Бедността не бива да нарушава правото на отделния човек да получи помощ за своето здраве. Лекарят в първичната медицинска помощ работи на първа линия в системата на здравеопазване, с мисия да решава масовите здравни проблеми на населението в контекста на специфичните социални условия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Направено е проучване относно социалните аспекти в работата на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) чрез дълбочинни интервюта с 20 респонденти, от които 10 с общи медицински практики в град Варна и 10 с практики извън Варна. Сред респондентите 15 са жени и 5 са мъже. Средната им възраст е 52±11 години. Всички интервюирани са с голям трудов опит - общ трудов стаж над 20 години, което гарантира добро познаване на проблемите в системата за първична медицинска помощ.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Всички респонденти при дълбочинните интервюта отговарят, че извършват изключително много дейности извън медицинските, които не са нито остойностени, нито регламентирани. На практика за да реши медицинските проблеми на потърсилите го пациенти, лекарят трябва сам да преодолее редица административни и финансови системни недоразумения. По този начин действайки в полза на пациентите, за да изпълни медицинския си и чисто човешки дълг, по същество лекарят изпълнява социална функция.

По мнението на всички респонденти снабдяването с лекарства е проблем в селата без аптеки. Лекарите с пациенти от селата без аптеки се ангажират да закупуват лекарства от аптеки в градовете и да ги предоставят на пациентите си. С това им спестяват средства и време, но се натоваарват допълнително и по същество изпълняват соци-

ална функция. Нерядко се случва и пациентите да не могат да заплатят пълния размер на цената на лекарствата, което остава за сметка на лекаря. Ако желае обаче пациентите да се лекуват, лекарят няма друг избор, освен сам да ги снабди с лекарства.

Обикновено лекарите на пациенти извън Варна заверяват рецептурните книжки в Районната здравноосигурителна каса. Това не е медицинска дейност и също може да се окачестви като своеобразен социален аспект в работата, защото не е тяхно задължение, нито се заплаща от пациентите.

Работата, свързана с инвалидността (признаване, преосвидетелстване, грижи, съдействие за социални придобивки), според почти всички интервюирани е една от най-честите социални функции. Там съчетаването на медицински дейности и социални функции е тясно свързано и, може да се каже, неразлично. Когато става дума за трайно освидетелстване от Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) с придружаващите социални придобивки извън лицата с известни хронични заболявания, има случаи, когато пациентите сами изискват изготвяне на документация, като представят готови документи от тесните специалисти. Тези случаи не са регламентирани в медицинския стандарт, но са социален факт.

Здравнонеосигурените лица в практиките са мащабен проблем според интервюираните лекари. В градска среда обикновено тези болни посещават директно спешните кабинети на болниците, но когато се налага да бъдат долекувани по домовете, да им се поставят инжекции, да се включват системи и да бъдат под продължително наблюдение, това се прави от ОПЛ. Само един от респондентите с практика във Варна успява да получи пълния размер на прегледа от неосигурени. Най-често заплащането е частично или лекарят го отменя, ако се съчетава и с бедност. Обслужването на здравнонеосигурени лица е основна социална функция за много практики. Обичайна практика е от неосигурените дори да не се иска заплащане и потребителска такса, да се поемат изцяло лекарствата, домашните посещения и транспортът именно от ОПЛ.

Много често в тези случаи лекарите съобщават, че дават на пациентите мостри на лекарства, предоставени им от фармацевтичните фирми, дори лекарите сами купуват лекарства за неосигурените пациенти. Същевременно някои лекари смятат, че точно неосигурените понякога имат най-големи изисквания как да бъдат обслужени.

Важно е да се отбележи, че неосигуреност невинаги значи бедност. Един от ОПЛ споделя, че има пациенти с много висок стандарт на живот, които не считат за необходимо да заплащат на държавата пари за здравеопазване.

В две от практиките на интервюираните, на територията на които има социални домове, ОПЛ провежда лечение на записаните при него възрастни лица и извършва много други дейности, които не са ясно регламентирани. Изготвя периодично и безплатно редица документи за пренастаняване на лицата. Във връзка с това на базата на личните си контакти организира посещения на различни специалисти на място, прави имунизации против грип и т.н.

Ангажиментите с възрастни лица, живеещи сами, са окачествени като продължителни и винаги свързани с необходимостта от ангажиране на други хора. Често в големите градове в месеците на преизбор на личен лекар роднини и близки на самотните желаят тази промяна с надеждата новият личен лекар да бъде по-отзивчив спрямо нуждите на пациента. Споделят се единични случаи на нежелание за записване в практиката на самотни лица по тази причина, макар законово ОПЛ да няма това право. Причините са: изчерпването на лекарите и опитът, че всички социални функции спрямо лицето се прехвърлят на ОПЛ като най-достъпен и влизаш в договорни взаимоотношения.

Според респондентите по правило ОПЛ изпълнява в пълния смисъл на думата ролята на социален работник в селата. В проучване на Велкова (2001) върху старите хора, живеещи сами в селата, се установява, че има много слаба връзка между ОПЛ и социалните служби по места, което поставя проблема за ефективността на цялостните грижи, особено за старите хора, живеещи сами в селата (1). Лекарите изтъкват необходимостта и от медицински сестри в грижите за тези пациенти. Споменава се и необходимостта от болногледачи, защото според медицинския стандарт по обща медицинска практика условие за провеждане на домашно лечение е способността на пациента обективно да прецени състоянието си, признаците на влошаване и да спазва назначеното лечение. Ако пациентът е в несъстояние да изпълни посоченото, задължително в дома, където живее, трябва да има поне още едно лице, което може да прецени състоянието му и да сигнализира в случай на внезапно влошаване (6). При липсата на медицински сестри и слабата дейност на личните и социалните асистенти се създават много проблеми, свързани със здравето

на пациентите, които в крайна сметка остават за решаване от ОПЛ.

Всички респонденти са имали повиквания и са извършвали домашни посещения, които не са медицински обосновани.

Много често при домашните посещения, които са медицински основателни, се налага ОПЛ да приложи медикаментозно лечение в дома, обикновено парентерално. Ако пациентът не може да си позволи да заплати медикаментите, разходите остават за сметка на лекаря.

Нерядко се случва лекарите с пациенти от селата сами да транспортират пациентите до града – не само при липса на обществен транспорт, но също при спешна ситуация, трудна подвижност, напреднала възраст, липса на близки, включително ако пациентите нямат средства. Това не е част от функциите на ОПЛ, така както са определени от нормативната база. Респондентка с 12 години практика на село казва: „Транспортът от селото до специалист или болница е от мен. А също, ако хората нямат кола или спешна помощ откаже.“ Друг респондент определя като подвиг самото стигане до някои адреси, което включва преминаване през гористи местности, кучета и пр.

Необходимо е да се уточни, че транспортът е проблем не само за пациентите, но и за самите лекари.

Много често (по думите на интервюираните „ежечасно“) те са обект на споделяне и на запълване на нуждата на пациентите от социално общуване. ОПЛ в кабинета си е достъпен за споделяне на всякакви несвързани със здравето проблеми. Желанието на пациентите да разговарят с лекаря понякога достига неприемливи размери – от разпитване за личния живот на лекаря до запълване на време в разговори. Според един респондент пациентите просто искат да си изляят проблемите пред някого и като го направят, се успокояват. Това обаче е с обратен знак за лекаря.

От гледна точка на пациента и качеството на получаваната медицинска помощ се приема, че съществен момент в подобряване на достъпността на пациентите до ОПЛ е възможността за постоянна телефонна комуникация. Според интервюираните обаче възможността за телефонна комуникация се използва в прекалено голяма степен. Наред с обоснованите обаждания ОПЛ се чувстват буквално залети от питания, несвързани с медицински проблеми и опити за социални контакти с лекаря. Интервюираните са еднородни, че лекар със средна практика от 1000-1300 лица провежда над 40 телефонни разгово-

ра дневно, което е изтощително. Този резултат се потвърждава в проучване на Киров (2012), според което има линейна зависимост между броя на обажданията и проявите на емоционално изхабяване на ОПЛ (4).

Изискването за всеобхватност и социална насоченост в работата, както и несвойствената за професията дейност по самостоятелно поддържане на материалната и финансовата обезпеченост на практиката, имат негативен ефект върху ОПЛ. Тези констатации се потвърждават от изследванията на Парашкевова (2013) за професионалната кариера на лекарите в общата медицинска практика (7) и на Киров (2012) за бърнаут синдрома при ОПЛ в България (4).

Отбелязва се недостатъчна готовност за сътрудничество на държавни и граждански организации за извършване на социални и медико-социални дейности при определени болни и групи от населението, неадекватно обществено разбиране за ролята и значението на първичната медицинска помощ и нейните главни извършители – ОПЛ.

ИЗВОДИ

Общопрактикуващите лекари извършват много дейности, които не са нито остойностени, нито регламентирани: обслужват здравно неосигурени лица без заплащане, транспортират пациенти до медицински институции и т.н.

Неясната регламентация и неблагоприятните социално-икономически условия в нашата страна правят медицинските и социалните елементи в работата на лекарите трудно разграничими.

Прилагането на холистичния подход е задължително условие за пълноценната работа, но административните особености, на които се подчинява българската първична помощ, прави лекаря своеобразен заложник на холистичния подход и го натоварва с решаване на всички проблеми на хората, без това да бъде подкрепено от другите медицински и социални институции. Това резултира в емоционално изтощение и демотивация, които не са от полза нито за лекаря, нито за пациента, нито за обществото като цяло.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велкова. А. Здравни и социални проблеми на старите хора, живеещи сами в селата. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“. Плевен, 2001.

2. Георгиева Л. Бедност и здравни неравенства. Варненски медицински форум, 2015; т.4, прил.3:272-276.
3. Здравнонеосигурените и здравното осигуряване в България. Институт Отворено общество, 2009.
4. Киров Л. Епидемиология и съдържание на изпепеляването на ОПЛ в България. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“. Пловдив, 2012.
5. Министерство на здравеопазването на Република България. Концепция „Цели за здраве 2020“. София, 2015.
6. Наредба №41 от 21 декември 2005 г. за утвърждаване на „Медицински стандарт по обща медицинска практика“. ДВ, бр.1 от 03.01.2006.
7. Парашкевова-Симеонова Б. Професионална кариера на лекарите в общата медицинска практика. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“. Стара Загора, 2013.
8. American Convention on Human Rights, adopted at the Inter-American Specialized Conference on Human Rights, San José, Costa Rica, 22 November 1969.
9. Saltman RB, Busse R, Figueras J. Social health insurance systems in western Europe. Open University Press, 2004.
10. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2011. New York: United Nations, 2011.

*Адрес за кореспонденция:
Д-р Христина Божинова-Димитрова
Амбулатория за индивидуална практика за
първична медицинска помощ
бул. „Съборни“ №40, ет. 2
гр. Варна 9000
e-mail: christina.dim@gmail.com*