МЕНИДЖМЪНТ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

Учебно пособие за студенти по медицина – V курс

От организацията на кабинета до грижата за цяла пациентска общност

Д-р Пламен Латев, д.м.

Катедра по обща медицина, съдебна медицина и деонтология, МУ – Плевен

Плевен, 2026

© 2026 Д-р Пламен Латев. Материалът е предназначен за учебни цели.

За учебното пособие

Предназначение

Пособието съчетава основния учебен текст с ключови схеми от презентацията. То е предназначено за подготовка на студенти по медицина – V курс и за последващо припомняне на логиката на управлението в общата медицинска практика.

Текстът не разглежда мениджмънта като отделна административна дейност. Основният акцент е върху това как организацията, ресурсите, екипът и информацията подпомагат безопасната, продължителна и ориентирана към пациента медицинска грижа.

Ключовите послания са отделени визуално. Практическите ситуации са включени, за да свържат теорията с ежедневието на кабинета. Схемите могат да се използват за бърз преговор преди упражнение или изпит.

Учебни цели

- да се разбира управленският цикъл и приложението му в общата практика;
- да се разграничава търсенето на медицинска помощ от реалната здравна потребност;
- да се оценяват ресурсите, капацитетът, натоварването и необходимият резерв;
- да се познава ролята на медицинската информационна система като клинична памет и управленски инструмент;
- да се разбират принципите на екипната работа, делегирането, лидерството и мотивацията;
- да се оценяват качеството, безопасността и устойчивостта на практиката.

Как да работите с текста

- Първо разгледайте схемата в началото на темата и формулирайте основното ѝ послание.
- След прочита се върнете към отделените ключови изводи.
- При практическите ситуации потърсете не само „кой е сгрешил“, а и как организацията е позволила проблемът да възникне.
- В края използвайте въпросите за самоподготовка и мини чек-листа за професионална самопреценка.

Съдържание

Тема	с.
1. Защо лекарят трябва да разбира от мениджмънт	4
2. Минималната теория, без която не можем	7
3. Спецификата на общата медицинска практика	13
4. Интегриран модел на управлението на общата медицинска практика	19
5. Управление на ресурсите и капацитета на практиката	26
6. Организация на една работеща обща медицинска практика	34
7. Екип, лидерство и мотивация на персонала	42
8. Качество, безопасност и устойчивост на практиката	51
9. ОПЛ като професионален избор	59
Въпроси за самоподготовка	64
Мини чек-лист: „Ставам ли аз за ОПЛ?“	65
Библиография и препоръчителна литература	66

1. Защо лекарят трябва да разбира от мениджмънт

Защо лекарят трябва да разбира от мениджмънт

На пръв поглед думата „мениджмънт“ може да звучи малко чуждо на медицината. Може би някои от вас си мислят, че мениджмънтът се изучава от икономисти, администратори и ръководители на големи организации, а лекарят трябва основно да диагностицира и лекува.

В реалната практика обаче тези дейности не могат да бъдат разделени.

Всеки лекар управлява нещо. Управлява времето си, информацията, последователността на диагностичните решения, комуникацията с пациента и използването на наличните ресурси.

Общопрактикуващият лекар управлява още повече. Той организира работата на кабинет, медицински екип, пациентски поток, профилактични и диспансерни дейности, документиране, електронно отчитане, взаимодействие със специалисти, лаборатории, болници и институции.

Но най-важното е, че той носи продължителна отговорност за здравето на определена пациентска общност.

Затова кабинетът на общопрактикуващия лекар не е просто помещение, в което се извършват прегледи. Той е малка здравна система в рамките на голямата здравна система.

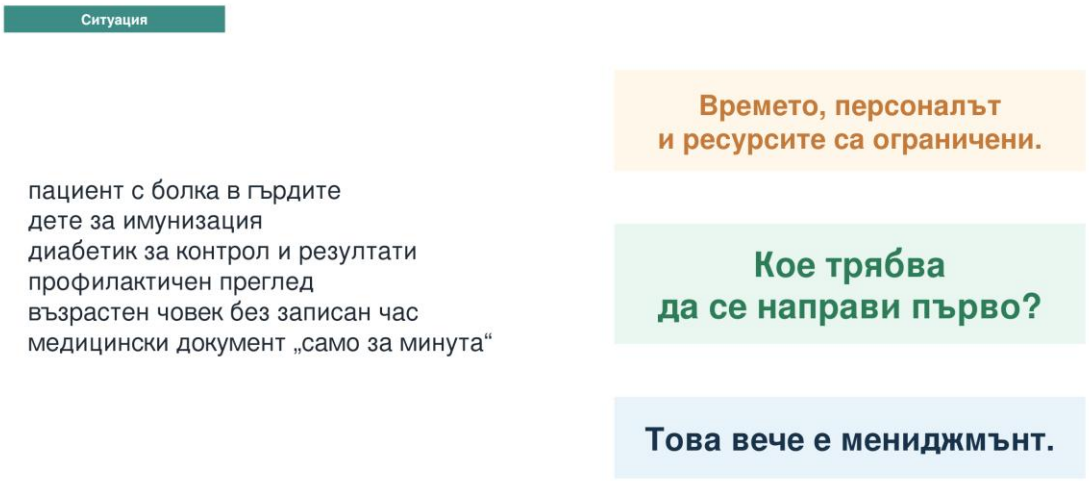
А общопрактикуващият лекар не е само клиницист. Той неизбежно е и организатор, координатор, ръководител и мениджър.

Здравната реформа в България утвърди общопрактикуващия лекар като самостоятелен изпълнител и организатор на първичната помощ, поради което той носи отговорност не само за клиничните решения, но и за достъпа, ресурсите, договорните отношения и отчетността на практиката.

В националната здравна система ОПЛ е първа точка на контакт, координатор между отделните нива на помощ и носител на продължителната грижа, което му отрежда ключова управленска роля в движението на пациента през системата.

Това е основната идея, която трябва да остане още от началото.

Един обикновен ден в кабинета на ОПЛ



Нека си представим един напълно обикновен работен ден.

Работният ден още не е започнал официално, но пред кабинета вече има няколко пациенти.

Един съобщава за болка в гърдите. Дете е доведено за планирана имунизация. Пациент с диабет трябва да получи резултатите от изследванията си и да бъде взето решение за лечението му. Друг пациент е дошъл за профилактичен преглед. Възрастен човек е пристигнал без записан час, защото няма кой друг да му помогне. Някой чака само за медицински документ, но бърза и настоява да бъде приет веднага.

Телефонът звъни. Медицинската сестра има манипулации. Компютърната система изисква данните от всеки преглед да бъдат въведени и изпратени. Междувременно може да се появи спешен случай или да се наложи домашно посещение.

Какво трябва да направи лекарят?

Той трябва да определи приоритетите. Да разграничи спешното от това, което може безопасно да почака. Да разпредели задачите между себе си и медицинската сестра. Да запази достатъчно време за клинично решение, но и да не остави чакалнята без организация. Да отговори на очакванията на пациентите, без да наруши медицинската безопасност.

> Това вече е мениджмънт.

Мениджмънтът не започва след приключването на медицинската работа. Той присъства във всяко клинично решение.

Когато определяте кой пациент да бъде прегледан първи — управлявате риска.

Когато планирате профилактичните прегледи — управлявате време и капацитет.

Когато възлагате задача на медицинската сестра — управлявате екип.

Когато решавате дали пациентът може да бъде наблюдаван, или трябва да бъде насочен незабавно — управлявате несигурност и ресурси.

Когато организирате повторен преглед — управлявате продължителността на грижата.

Следователно добрата организация не е административно допълнение към медицината. Тя е условие медицината да бъде безопасна, достъпна и ефективна.

Какво ще разгледаме

Това учебно пособие няма да ви превръща в икономисти или професионални администратори.

Ще използваме само толкова управленска теория, колкото е необходима, за да разберем реалната работа в общата медицинска практика.

Първо ще разгледаме основния управленски цикъл: как се формулират цели, как се планира, организира, контролира и при необходимост се променя дейността.

След това ще видим защо управлението в медицината е различно от управлението в една обикновена стопанска организация. В медицината решенията не се оценяват единствено по тяхната финансова ефективност. Те трябва да бъдат клинично обосновани, безопасни и етични.

Ще разгледаме общата практика като система, в която се срещат потребностите на пациентите, наличните ресурси, организацията на дейностите и резултатите от грижата.

Ще говорим за управление на времето, пациентския поток, персонала, медицинската информация и качеството.

Но имам и още една цел.

Целта е общата медицина да бъде видяна не само като учебна дисциплина или като задължителна част от подготовката за изпит.

Искам да я видите като реална професионална възможност.

Това е специалност, в която лекарят има широк клиничен обхват, самостоятелност и продължителна връзка с пациентите. Специалност, в която можете не само да лекувате отделно заболяване, а да проследявате човека във времето, да предотвратявате усложнения, да координирате лечението и да влияете върху здравето на цяла общност.

За да бъде това възможно обаче, медицинските знания не са достатъчни.

Необходима е организация.

А организацията започва с ясно поставена цел.

Точно от това ще започнем сега.

2. Минималната теория, без която не можем

Какво е мениджмънт?

Целенасочено управление на хора, дейности и ресурси за постигане на определени резултати.

да определим какво искаме да постигнем
да използваме разумно наличните ресурси
да организираме работата
да проследим резултата
да променим подхода при необходимост

Добър въпрос: „Какво постигнахме и как го разбираме?“

Преди да продължим, трябва да уточним какво разбираме под мениджмънт.

Съществуват много определения. В класическите трудове ще срещнете планиране, организиране, координиране, ръководене и контрол. В други определения акцентът е върху ресурсите, производителността или хората.

Не е необходимо да запаметявате всички дефиниции. За целите на общата практика можем да кажем следното:

> Мениджмънтът е целенасочено управление на хора, дейности и ресурси за постигането на определени резултати.

Това определение съдържа няколко важни думи.

Първата е **целенасочено**. Управлението не е просто извършване на много дейности. Можем да бъдем непрекъснато заети и въпреки това да не постигаме значим резултат.

Втората важна дума е **ресурси**. В медицинската практика ресурсите са ограничени. Разполагаме с определено време, персонал, помещения, оборудване, информация и финансови средства.

Третата дума е **резултати**. Не е достатъчно само да отчетем дейност. Трябва да се запитаме какво сме постигнали за пациента и за пациентската общност; например можем да изпратим покани за профилактичен преглед на сто пациенти. Това е извършена дейност. Но ако са дошли само трима, целта едва ли е постигната.

Следователно добрият мениджмънт не пита само:

„Какво направихме?“

Той пита още:

„Какво постигнахме и как разбираме, че сме го постигнали?“

Управлението е цикъл, а не еднократно решение.



Управлението не е отделно действие. То е непрекъснат процес.

Да приемем, че установяваме нисък обхват с годишни профилактични прегледи.

Първо: формулираме целта

Не казваме просто:

„Трябва да подобрим профилактиката.“

Това е намерение, но не е достатъчно ясна цел. По-добре е да кажем:

„През следващите шест месеца ще увеличим обхвата с профилактични прегледи сред пациентите от определена възрастова група.“

Второ: планираме

Определяме:

- кои пациенти подлежат на преглед
- кои още не са обхванати
- как ще бъдат информирани
- кога ще бъдат приемани
- какво време и какви изследвания са необходими
- кой член на екипа за какво ще отговаря.

Планирането свързва целта с ресурсите и сроковете.

Трето: организираме

Създаваме подреденост:

- изготвяме списък
- определяме график
- разпределяме задачите
- подготвяме информационните материали
- организираме документирането.

Организирането отговаря на въпроса: „Кой, какво, кога и с какви средства ще извърши?“

Четвърто: контролираме

След определен период проверяваме:

- колко пациенти са поканени
- колко са дошли
- колко са прегледани
- при колко са открити рискови фактори
- има ли групи, които остават необхванати.

Контролът не трябва да се възприема само като търсене на грешки. Той е измерване на разликата между планираното и постигнатото.

Пето: регулираме

Ако резултатът е слаб, променяме организацията.

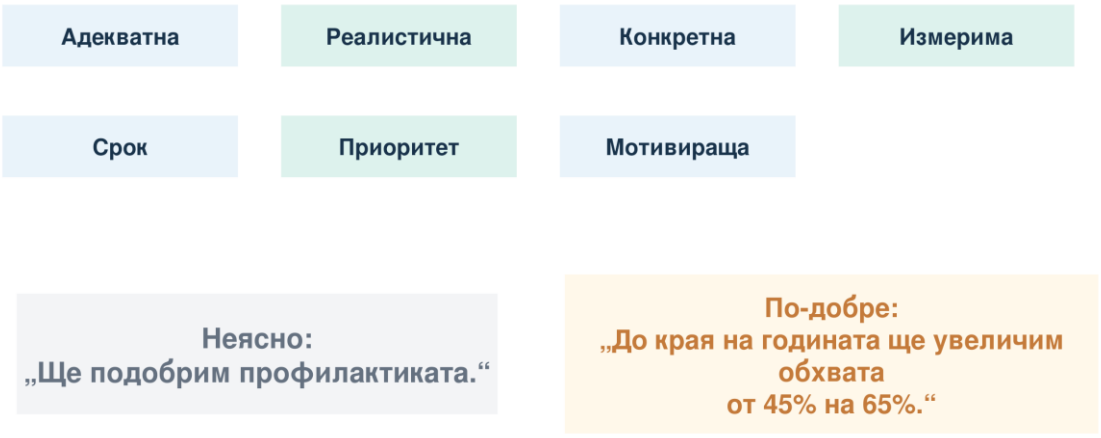
Може би телефонното обаждане е по-ефективно от поставянето на съобщение. Може би работещите пациенти имат нужда от по-късни часове. Може би медицинската сестра трябва да поеме част от информирането и записването.

Регулирането означава да премахнем пречките или да коригираме отклонението от целта.

След това отново оценяваме резултата.

Затова управленският процес е цикъл. Получената информация става основа за следващото решение.

Как изглежда една добре формулирана цел?



В основата на управленския цикъл стои целта.

Ако целта е неясна, планирането също ще бъде неясно, контролът ще бъде формален и накрая няма да можем да определим дали сме постигнали успех.

Адекватност

Целта трябва да отговаря на реална потребност.

Ако в практиката има нисък имунизационен обхват, нарастващ брой пациенти с неконтролирана хипертония или затруднен достъп за хора с увреждания, целта трябва да е насочена към реалния проблем.

Не трябва да избираме цел само защото изглежда добре в отчет.

Реалистичност и достижимост

Твърде ниската цел не води до развитие, но напълно непостижимата цел демотивира екипа.

Ако досега сме обхващали 40% от определена група, поставянето на цел от 100% за един месец вероятно няма да бъде реалистично.

Конкретност

„Да работим по-добре“ не е конкретна цел.

„Да намалим средното време за чакане в определени часове“ вече е по-конкретно.

Измеримост

Трябва да можем да посочим по какъв показател ще оценим резултата:

- процент обхванати пациенти
- брой неявили се
- средно време за чакане
- дял на пациентите с контролирано артериално налягане
- брой проследени след хоспитализация.

Определеност във времето

Цел без срок често остава добро пожелание.

Трябва да знаем кога ще проверим постигнатия резултат.

Приоритет

В практиката обикновено има повече проблеми, отколкото могат да бъдат решени едновременно. Затова целите трябва да бъдат подредени според:

- спешност
- важност
- риск за пациентите
- възможност за реално въздействие.

Мотивационен заряд

Целта трябва да бъде разбрана и приета от хората, които ще я изпълняват.

Ако медицинската сестра получи само заповед да провежда допълнителни обаждания, без да разбира защо, тя може да го възприеме като още една административна тежест.

Ако екипът види, че чрез тези обаждания се откриват пациенти с неконтролирани заболявания и се предотвратяват усложнения, дейността получава професионален смисъл.

Стратегическо и оперативно управление



Следващото важно разграничение е между стратегическо и оперативно управление.

Стратегическото управление гледа напред; например решение за разширяване на практиката, въвеждане на нова профилактична програма или привличане на втори лекар е стратегическо решение. То отговаря на въпроси като:

- Каква практика искаме да бъдем?
- Какви пациенти обслужваме?
- Какви потребности има нашата общност?
- Какво трябва да променим през следващите години?
- Как ще осигурим устойчивост на практиката?
- Как ще се справим при недостиг на персонал или увеличено натоварване?

Оперативното управление се отнася до ежедневното изпълнение. То включва:

- организация на приема
- графика
- разпределението на задачите
- наличността на консумативи
- обработката на документите
- проследяването на конкретните пациенти.

Стратегия без добро ежедневно изпълнение остава пожелание.

Но и оперативната работа без стратегическа посока може да се превърне в постоянно „гасене на пожари“.

SWOT анализ (S – Strengths, W – Weaknesses, O – Opportunities, T – Threats)

Един от класическите инструменти на стратегическото управление е SWOT анализът. SWOT разглежда четири групи фактори:

Вътрешни фактори	Външни фактори
S — силни страни	O — възможности
W — слаби страни	T — заплахи

Нека разгледаме кратък пример.

Силни страни на практиката

- утвърдено доверие
- опитен екип
- добра информационна система
- висока профилактична активност
- добра достъпност.

Слаби страни

- зависимост от един лекар
- малки помещения
- недостатъчно делегиране
- липса на система за активно проследяване
- претоварен график.

Възможности

- нови програми за профилактика
- дигитална комуникация
- обучение на персонала
- сътрудничество с други специалисти
- включване на специализанти.

Заплахи

- недостиг на медицински кадри
- нарастваща административна тежест
- демографски промени
- чести регулаторни изменения
- професионално изчерпване.

Важно е да подчертаем, че:

- силните и слабите страни са предимно вътрешни характеристики на практиката
- възможностите и заплахите идват предимно от външната среда.

SWOT не дава готово решение, а подрежда ситуацията преди избора.

Работният алгоритъм на ОПЛ включва оценка на потребността и риска, определяне на приоритет, клинично решение, действие, координация, проследяване и обратна връзка и изисква съчетание от клинични, комуникационни и организационни умения, професионално поведение и способност за управление на времето и ресурсите.

3. Спецификата на общата медицинска практика

Сега преминаваме от общата теория към същинската тема: защо управлението на ОМП не е просто управление на малък лекарски кабинет?

Защо управлението на общата медицинска практика не е просто управление на малък лекарски кабинет?

Основните характеристики на общата практика са първият контакт, достъпността, всеобхватността, продължителността, координацията, работата с недиференцирани проблеми и отговорността към определена пациентска популация, което я прави едновременно клинична и управленска дейност.

Общата медицина започва от човека, не от заболяването

Холистичният био-психо-социален подход изисква ОПЛ да оценява не само заболяването, но и психологичните, семейните, социалните и общностните фактори и да организира грижата според цялостните потребности на пациента.

Познаването на семейството помага на ОПЛ да разбере ролите, отношенията, ресурсите, рисковете и възможностите за грижа, защото семейството е едновременно източник на подкрепа, фактор за заболяване и партньор в лечението.

Пациентът с хипертония не е само стойност на артериалното налягане.

работи на смени
приема няколко лекарства
грижи се за близък
има страхове и очаквания
не разбира защо лечението е продължително

Клиничното решение има шанс само ако организацията позволява разбиране, проследяване и обучение.

Вече разгледахме управленския цикъл. Той може да бъде приложен към предприятие, училище, болница или лекарски кабинет.

Но общата медицинска практика има особен предмет на управление.

Тя не произвежда стандартен продукт. Не работи само с отделна диагноза. И не приключва непременно своята отговорност след извършването на конкретна процедура.

Общата медицина започва от човека.

Един от основните принципи, формулирани от Ian McWhinney, е, че **семейният лекар е обвързан преди всичко с личността на пациента**, а не само с определена група заболявания, орган или медицинска техника. Друг негов принцип е необходимостта да се разбира контекстът, в който възниква и се преживява заболяването.

Какво означава това на практика?

Пациентът с артериална хипертония не е само стойност на артериалното налягане. Той може да бъде човек, който:

- работи на смени
- не може редовно да измерва налягането си
- приема няколко различни лекарства
- се грижи за болен член на семейството
- изпитва финансови затруднения
- не разбира напълно защо лечението трябва да бъде продължително
- има различни страхове и очаквания.

Ако виждаме само диагнозата, можем да предпишем правилно лекарство.

Ако виждаме човека, можем да организираме грижа, която има шанс действително да бъде изпълнена. И тук възниква управленският въпрос:

Как трябва да бъде организирана практиката, така че да има време не само за издаване на рецепта, но и за разбиране, проследяване, обучение и промяна на поведението?

Пациентоцентричният клиничен метод съчетава две задачи: разбиране на заболяването и разбиране на самия пациент и значението, което болестта има за него.

Следователно пациентската ориентация не е само добро лично отношение. Тя има организационни последици:

- необходимо е достатъчно време за разговор
- информацията трябва да се запазва и да бъде достъпна
- трябва да има система за повторен контакт
- решенията трябва да се съгласуват с възможностите на пациента
- екипът трябва да знае кой и как ще проследи резултата.

Можем да го кажем така:

> Лекарят взема клиничното решение, но организацията определя дали това решение ще достигне до реален резултат.

Втората особеност на общата практика е, че ОПЛ носи едновременно индивидуална и популационна отговорност.

Близък хоризонт **Човекът днес в кабинета**	**Далечен хоризонт** **Цялата пациентска популация**
непосредствен клиничен проблем	неявили се хронично болни
риск и спешност	пропуснати имунизации
решение и лечение	рискови групи
конкретни очаквания	пациенти без профилактика

Видимото не трябва постоянно да измества важното, което остава невидимо.

Пред него стои конкретният пациент. Този човек присъства, говори, чака и има непосредствен проблем.

Това е близкият хоризонт на практиката. Лекарят трябва да оцени:

- има ли спешност
- какво е най-вероятното обяснение
- какво трябва да се направи сега
- какъв риск носи изчакването
- необходимо ли е лечение или насочване.

Но ОПЛ има и втори, по-далечен хоризонт.

Това са всички хора от пациентската листа, включително онези, които днес не са в кабинета. Сред тях може да има:

- пациент с неконтролирано хронично заболяване
- дете с пропусната имунизация
- човек с висок сърдечносъдов риск
- пациент, който не е извършил назначено изследване
- възрастен човек, който вече не може сам да посети кабинета
- лице, което от години не е преминавало профилактичен преглед.

Тези хора не чакат пред вратата. Те не прекъсват работата и не настояват да бъдат обслужени. Затова лесно могат да останат невидими.

Добрата практика не избира единия вместо другия, а създава способност да поддържа и двата.

Тази идея пряко се свързва с един от принципите на McWhinney: семейният лекар разглежда пациентите на практиката си и като популация в риск, а всеки контакт може да бъде възможност за профилактика или здравна промоция.

Да разгледаме кратък пример.

Пациент идва с болка в кръста.

Можем да се ограничим до оплакването, да го прегледаме и да назначим лечение. Но в досието виждаме, че той:

- не е идвал на профилактичен преглед
- има повишено артериално налягане от предишно посещение
- пуши
- не е изследвал кръвната си захар.

Това не означава да превърнем всяко посещение в безкраен преглед и да решим всички проблеми наведнъж. Означава да не изпускаме възможността да кажем:

> „Днес ще се погрижим за болката. Но виждам и други важни неща. Нека планираме отделна среща, за да ги оценим спокойно.“

Това вече е съчетаване на клиничното решение с организацията на бъдещата грижа.

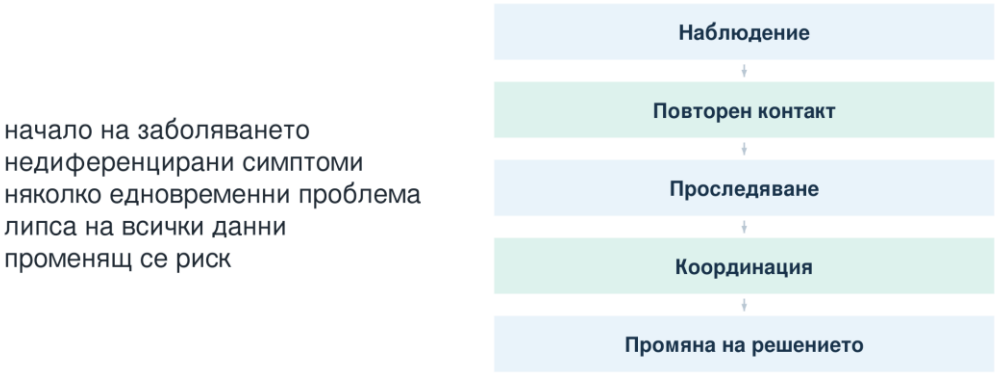
Тук е една от големите разлики между общата практика и епизодичната медицинска помощ.

> ОПЛ не трябва да реши всичко днес. Но трябва да запази нишката на грижата за утре.

Третата особеност е работата с несигурност.

Вземането на решение в ОМП протича често при непълна информация и се влияе от спешността, вероятността и тежестта на риска, предпочитанията на пациента, наличните ресурси, професионалния опит и възможността за проследяване.

За разлика от болницата, където пациентът е предварително селектиран и са концентрирани повече диагностични ресурси, в ОМП решението се взема по-рано, при недиференциран проблем и несигурност, като диагностиката и контролът се развиват във времето.



Клиничната несигурност се управлява чрез ясно планирано проследяване.

В болницата или в специализираната помощ пациентът често достига след предварителна селекция. Има определен проблем, извършени изследвания или насочване към конкретна специалност.

При ОПЛ пациентът често идва в началото на процеса. Той не казва:

> „Имам ранна фаза на определено заболяване.“

Той казва:

> „Не се чувствам добре.“
>
> „От няколко дни съм отпаднал.“
>
> „Боли ме някъде тук.“
>
> „Детето не е както обикновено.“
>
> „Не мога да обясня, но нещо не е наред.“

Симптомите могат да бъдат ранни, неспецифични и все още недиференцирани.

В този момент лекарят може да няма достатъчно основания нито за категорична диагноза, нито за пълно успокоение. Той трябва да реши:

- има ли опасни признаци
- може ли пациентът да остане под наблюдение
- какви изследвания са оправдани
- кога трябва да бъде прегледан повторно
- какво трябва да направи при промяна
- кой ще проследи резултатите.

Тук времето може да бъде диагностичен ресурс.

Но изчакването е безопасно само когато е организирано изчакване.

Да кажем на пациента „изчакайте да видим“ не е достатъчно. Трябва да уточним:

- какво очакваме да се случи
- в какъв срок
- кои симптоми изискват незабавна реакция
- кога ще има повторен контакт
- как ще бъде получен и оценен резултатът.

Това е познатият принцип на safety-netting — създаване на предпазна мрежа около решението за наблюдение. По-важно от английския термин е да разберем механизма:

> Клиничната несигурност се управлява чрез ясно планирано проследяване.

ОПЛ управлява несигурността чрез оценка на риска, ясни прагове за действие и насочване, предпазна мрежа с указания кога да се потърси помощ, планирано проследяване, добра документация и непрекъснатост на информацията.

Продължителността на грижата също не възниква автоматично само защото пациентът е записан при един ОПЛ. Необходими са:

- надеждно медицинско досие
- напомняне за незавършени задачи
- преглед на резултатите
- регистри за хронични заболявания и профилактика
- информация след консултация или хоспитализация
- яснота кой член на екипа носи отговорност за следващата стъпка.

Организационният пропуск може да се превърне в клиничен пропуск. Изследването може да бъде правилно назначено, но резултатът да остане непрегледан. Пациентът може да получи добра консултация, но да отпадне от проследяване. Мениджмънтът не е добавка към медицината, а предпоставка добрата медицина да бъде възможна, повторяема и поддържана във времето.

Координацията е другата страна на продължителността.

Пациентът може да бъде консултиран от кардиолог, ендокринолог, нефролог или хирург. Може да бъде хоспитализиран. Може да получи различни препоръки. Но някой трябва да събере цялата информация и да отговори на въпросите:

- Какво е общото състояние на пациента?
- Съвместими ли са различните терапии?
- Коя препоръка е приоритетна?
- Какво трябва да бъде проследено?
- Кой ще обясни на пациента цялостния план?

Това е ролята на ОПЛ като координатор.

Четвъртата особеност е изключително широкият обхват на общата медицина.



Следователно добрият мениджмънт не означава най-евтината грижа. Той означава необходимата грижа за подходящия пациент, в подходящия момент и на подходящото място.

И тук искам да подчертая нещо важно за вашия бъдещ професионален избор.

Понякога общата медицина се представя като ограничена специалност — като място, откъдето пациентът основно се насочва към друг лекар.

Реалността е точно обратната.

Това е специалност с огромен клиничен хоризонт. В нея трябва да разпознавате сериозното сред множеството ежедневни оплаквания, да работите с несигурност, да познавате човека и семейството му, да предотвратявате заболявания, да проследявате резултатите и да координирате грижата.

За разлика от тесния специалист, който работи в ограничена област и обикновено с вече насочен проблем, ОПЛ приема недиференцирани оплаквания, оценява човека в неговия контекст, определя приоритетите и координира грижата във времето.

> „Добре организираната първична помощ посреща голяма част от здравните потребности на населението.“

Именно тук професията на ОПЛ става особено привлекателна.

Вие не виждате само отделен епизод.

Виждате как човекът се променя във времето.

Виждате как профилактиката предотвратява заболяване, как ранното разпознаване променя прогнозата, как правилната организация спасява време и как доверието прави лечението възможно.

4. Интегриран модел на управлението на общата медицинска практика



Практиката като отворена система

До този момент разглеждахме отделни елементи: цели, планиране, организация, контрол, пациентска общност, продължителност и координация.

Сега трябва да ги свържем.

Общата медицинска практика не е просто съвкупност от кабинет, лекар, медицинска сестра, компютър и пациенти.

Тя е отворена система. Казваме „отворена“, защото практиката постоянно взаимодейства с външната среда:

- с пациентите и техните семейства
- със специалисти и лечебни заведения
- с лаборатории и аптеки
- със здравни и осигурителни институции
- със социални служби
- с нормативната и икономическата среда
- с демографските и обществените промени.

Промяна извън кабинета може много бързо да промени работата вътре в него, например:

- застаряването на населението увеличава хроничната заболеваемост
- недостигът на медицински кадри намалява капацитета
- нова електронна система променя работния процес
- епидемична ситуация променя търсенето
- нова профилактична програма създава допълнителни задачи и възможности.

Затова практиката не може да бъде организирана веднъж завинаги. Тя трябва непрекъснато да:

- наблюдава средата
- разпознава потребностите
- определя приоритети
- организира ресурсите
- изпълнява дейностите

- оценява резултатите
- коригира начина си на работа.

Това е същността на интегрирания модел.

В началото стоят мисията и ценностите. Мисията отговаря на въпроса „Защо съществува тази практика и каква грижа иска да осигурява?“, а примерна формулировка е:

> „Да осигуряваме достъпна, продължителна, безопасна и ориентирана към пациента медицинска грижа за определена общност.“

Ценностите определят как ще изпълняваме тази мисия:

- уважение към пациента
- професионална отговорност
- достъпност
- справедливост
- конфиденциалност
- работа в екип
- разумно използване на ресурсите.

Мисията не трябва да остане лозунг на стената.

Тя трябва да се разпознава в ежедневните решения.

Ако заявяваме, че практиката е достъпна, но телефонът никога не се вдига, има разминаване между ценност и организация.

Ако заявяваме, че пациентът е в центъра, но графикът е удобен само за екипа, отново има разминаване.

Следователно мениджмънтът превръща мисията и ценностите в реално поведение.

Потребност, търсене и пациентска популация

Кои са нашите пациенти?	Потребност	Търсене
възрастова структура хронични заболявания рискови групи достъп и уязвимост	Обоснована необходимост от профилактика, диагностика, лечение или подкрепа.	Заявеното желание за помощ: направление, антибиотик, документ, преглед веднага.

Потребността и търсенето не винаги съвпадат.

След мисията трябва да определим за кого работи практиката.

За разлика от много други медицински структури, общопрактикуващият лекар има ясно определена пациентска популация.

Това е неговата пациентска листа. Но списъкът с имена и лични номера не е достатъчен. За да управляваме добре практиката, трябва да познаваме характеристиките на тази общност:

- колко деца и възрастни има
- какъв е делът на хората в напреднала възраст

- кои хронични заболявания са най-чести
- колко пациенти живеят сами
- има ли хора с ограничена подвижност
- кои групи имат нисък профилактичен или имунизационен обхват
- има ли затруднен транспорт или достъп
- кои пациенти използват много услуги и кои почти не се появяват.

Тук е важно да разграничим две понятия: потребност и търсене.

Здравната потребност е обоснованата необходимост от медицинска дейност. Пациентът може да има нужда от:

- профилактичен преглед
- контрол на кръвното налягане
- имунизация
- проследяване на лабораторен резултат
- промяна на терапията
- подкрепа за отказване от тютюнопушене.

Но той може да не осъзнава тази потребност и да не потърси помощ.

Търсенето е това, което пациентът заявява. Той идва и казва:

- „Искам направление.“
- „Искам антибиотик.“
- „Искам изследване.“
- „Искам документ.“
- „Искам да бъда прегледан веднага.“

Заявеното желание невинаги съвпада с медицинската потребност.

Понякога има търсене без достатъчно обоснована потребност; например пациентът настоява за антибиотик при вирусна инфекция.

Друг път има потребност без търсене.

Пациент с високо артериално налягане не идва, защото няма оплаквания.

Точно тук общата практика се различава от пасивното обслужване на хората, които са дошли пред вратата.

Ако работим само според търсенето, кабинетът ще бъде управляван от най-настоятелните и най-често идващите пациенти.

По-тихите, уязвимите и хората с неразпозната потребност могат да останат извън вниманието. Затова добрият ОПЛ не пита само:

„Кой дойде днес?“

Той пита и:

„Кой има нужда от нас, но не е дошъл?“

Това е управленският смисъл на профилактичните списъци, регистрите, напомнянията и активното проследяване.

Цели, приоритети, ресурси и капацитет

След като разпознаем потребностите, не можем да решим всички проблеми едновременно.

Всяка практика има ограничени ресурси.

Затова следващата управленска задача е да определим приоритетите. Приоритетът се влияе от няколко фактора:

- колко сериозен е проблемът
- колко хора засяга
- какъв риск носи
- може ли практиката реално да му повлияе
- какви ресурси са необходими
- какво ще се случи, ако не предприемем действие.

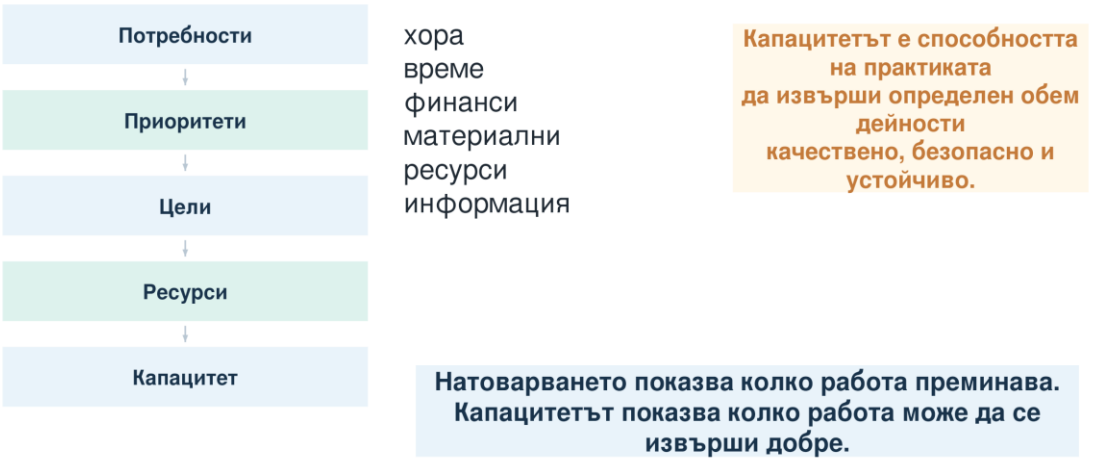
Практиката може едновременно да има:

- нисък профилактичен обхват
- много пациенти с неконтролирана хипертония
- пропуснати детски имунизации
- затруднена телефонна достъпност
- претоварване с административна работа.

Всички са реални проблеми.

Но ако се опитаме да променим всичко наведнъж, има риск да не постигнем нищо устойчиво.

Затова избираме приоритет, формулираме конкретна цел и оценяваме ресурсите. В интегрирания модел разграничаваме пет основни ресурса:



От плана към реалната грижа



Добрата цел сама по себе си не променя практиката.

Необходим е процес, чрез който целта да бъде превърната в реална грижа.

Да вземем пример с пациентите с артериална хипертония.

Практиката установява, че значителна част от тях нямат достатъчно добър контрол. Целта може да бъде правилно формулирана. Но след това трябва да отговорим на конкретни въпроси:

- Как ще открием пациентите?
- Кой ще изготви списъка?
- Как ще бъдат поканени?
- Кой ще измерва кръвното налягане?
- Как ще се проверява приемът на терапията?
- Кога лекарят ще преценява промяна в лечението?
- Кога ще бъде следващият контрол?
- Как ще се документира резултатът?
- Какво ще стане с пациентите, които не се явят?

Това вече е организация на процес.

В малката обща практика процесите често не са описани официално. Екипът работи по навик и всеки предполага, че другият знае какво трябва да направи.

Това може да работи, докато всичко е спокойно.

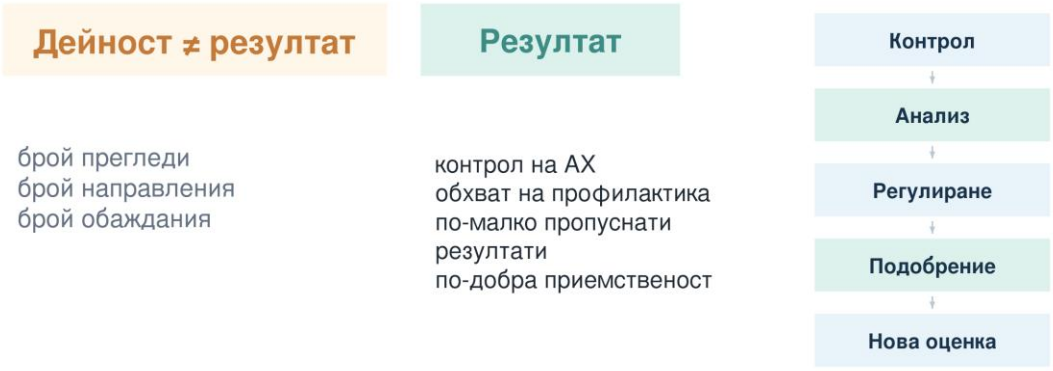
Но при високо натоварване, отсъствие на член на екипа или въвеждане на нова дейност неяснотата бързо се превръща в пропуск.

Затова за важните и повтарящи се дейности трябва да има ясна последователност, например при получаване на патологичен лабораторен резултат:

- резултатът се преглежда
- оценява се неговата спешност
- определя се необходимото действие
- пациентът се уведомява
- организира се следващата стъпка
- действието се документира
- проследява се дали е изпълнено.

Ако една от тези стъпки няма отговорник, може да възникне клиничен риск.

Резултати, обратна връзка и организационно учене



Добрата практика учи от собствените си пропуски.

Последната част на модела е оценката на резултатите. Тук трябва да разграничим дейност от резултат, например:

- брой извършени прегледи е дейност
- брой издадени направления е дейност
- брой направени телефонни обаждания е дейност.

Тези показатели са важни, но не ни казват достатъчно за качеството. Резултатът може да бъде:

- подобрен контрол на артериалното налягане
- увеличен профилактичен обхват
- намален брой пропуснати имунизации
- по-ранно откриване на рискови пациенти
- по-кратко и по-добре организирано чакане
- по-малко пропуснати патологични резултати
- по-добра приемственост след хоспитализация.

Понякога резултатът не може да бъде измерен с един показател, например качеството в общата практика включва едновременно:

- достъпност
- клинична безопасност
- продължителност
- координация
- удовлетвореност
- ефективно използване на ресурсите.

Не трябва да се стремим да измерим всичко.

Трябва да изберем показатели, които имат връзка с поставената цел и могат да доведат до действие. Ако установим отклонение, не е достатъчно да кажем:

> „Персоналът не се е справил.“

Трябва да анализираме причините. Възможно е:

- целта да е била нереалистична
- пациентите да не са били добре информирани

- графикът да не е подходящ
- задачите да са неясно разпределени
- информационната система да не дава необходимите данни
- натоварването да надвишава капацитета
- екипът да няма необходимото обучение.

Тогава регулираме процеса, като можем да:

- променим графика
- преразпределим задачите
- въведем напомняния
- обучим член на екипа
- улесним достъпа
- променим начина на документиране
- поставим по-реалистична междинна цел.

След това отново оценяваме.

Така практиката се превръща в учеща организация.

Организационното учене не означава само лекарят да посещава курсове и конференции. То означава самата практика да натрупва опит:

- кое работи
- кое не работи
- къде възникват пропуски
- какво трябва да се промени
- как успешното решение да стане постоянна част от работата.

Това създава адаптивност и устойчивост.

Практиката става способна да запази основната си функция дори когато средата се променя.

Интегрираният модел в действие

Практиката установява, че много пациенти с хипертония имат незадоволителен контрол. Определя рисковата група, формулира измерима цел и оценява времето на лекаря и медицинската сестра, информационната система и възможностите за контролни прегледи.

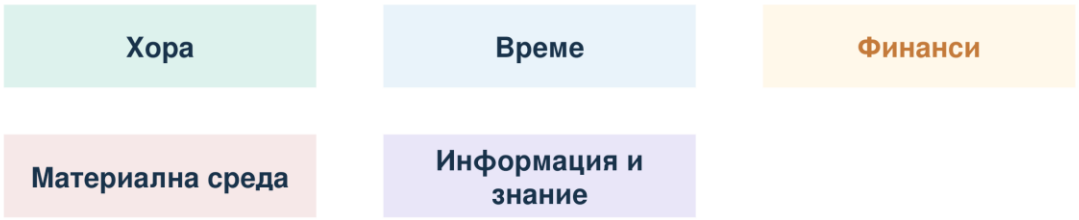
След това се създават списък, график и ясна последователност на действията. Медицинската сестра организира контактите и началните измервания, лекарят извършва клиничната оценка и определя поведението. Следи се не само колко пациенти са поканени, а и как се променя контролът на заболяването.

Ако посещаемостта е ниска или резултатът е слаб, променят се начинът на информиране, часовете за прием или разпределението на задачите. Така резултатът се превръща в обратна връзка за следващия управленски цикъл.

> Това е интегрираният модел в действие: от потребността на пациентската общност до измеримия резултат и новото подобрение.

5. Управление на ресурсите и капацитета на практиката

Петте ресурса на общата практика



Ресурсът не е равен на капацитет.

Между „имаме“ и „можем“ стои управлението.

Оперативният мениджмънт е управление на ресурсите, с които разполага практиката. Разграничаваме четири основни ресурса:

- финанси
- материални ресурси
- време
- хора.

Това е класическата и изпитно важна рамка.

В нашия интегриран модел добавяме пета самостоятелна група — информацията и знанието.

Не променяме класическата теория, а я адаптираме към реалната обща медицинска практика.

Защо информацията заслужава самостоятелно място?

Защото практиката може да разполага с лекар, медицинска сестра, помещение, работно време и финансови средства, но ако не знае:

- кои пациенти имат нужда от проследяване
- какви дейности са извършени
- кои резултати остават непрегледани
- къде възникват пропуски
- кои пациенти не са обхванати
- какъв е резултатът от предприетите действия,

Тя не може да използва разумно останалите ресурси. Но тук идва още по-важното разграничение:

Наличният ресурс не е автоматично наличен капацитет.

Да вземем няколко примера.

Двама души в кабинета не са автоматично екип.

Ако няма ясно разпределение на задачите, ако двамата вършат едно и също или постоянно се изчакват, вторият човек може да не увеличи капацитета.

Наличният медицински софтуер не е автоматично полезна информация.

Ако данните се въвеждат, но не могат лесно да бъдат извлечени и използвани за проследяване, технологията може да създава повече работа, отколкото да спестява.

Осемчасовото работно време не означава осем часа клиничен капацитет.

Част от времето се използва за документация, телефонни разговори, резултати, координация, административни дейности и непредвидени прекъсвания.

Нов член на екипа също не увеличава капацитета веднага. Първоначално той се нуждае от обучение и може временно да използва допълнително време на лекаря.

Следователно между наличността на ресурсите и реалната способност за работа стои организацията.

Капацитетът е динамичен резултат, а не постоянна даденост.

Бюджет на времето

личен контакт с пациента
непреки дейности по неговата грижа
документация и административна работа
координация и комуникация
профилактична и популационна работа
обучение, организация и възстановяване

Времето за една дейност винаги се взема от друга.

Управлението на времето не означава просто да работим по-бързо.

От всички ресурси времето има особено място.

Финансовият ресурс може да бъде увеличен. Оборудването може да бъде закупено. Нов човек може да бъде назначен. Но изминалият час не може да бъде възстановен.

Затова времето е невъзстановим ресурс. Разграничени са:

- време за личен контакт с пациента
- време за непреки ангажименти с пациента
- време за административна и писмена работа
- ненатоварено и лично време.

Но е важно да разберем, че реалната работа на ОПЛ е още по-сложна. Част от работата е видима:

- прегледът
- измерването
- манипулацията
- разговорът с пациента.

Друга част е невидима за пациента:

- преглед на лабораторни резултати
- анализ на епикризи
- разговор със специалист

- подготовка на профилактични списъци
- телефонно проследяване
- проверка на лекарствени взаимодействия
- корекция на документация
- отговор на електронни съобщения
- организация на следващата стъпка.

Пациентът може да вижда десетминутен преглед, но зад него да има още десет минути работа, която той никога не наблюдава.

Затова не бива да оценяваме натоварването на практиката само по броя на хората, преминали през кабинета.

Всяка дейност използва време. Когато добавим ново административно изискване, времето не се появява допълнително. То се взема от:

- клиничния контакт
- профилактиката
- проследяването
- почивката
- личното време на лекаря и екипа.

И тук трябва да кажем нещо много важно:

Управлението на времето не означава лекарят просто да работи по-бързо. То означава:

- да премахва ненужната работа
- да подрежда приоритетите
- да групира сходните дейности
- да делегира подходящите задачи
- да намалява повторното въвеждане на информация
- да осигурява време за сложните пациенти
- да запазва резерв за непредвиденото.

По-важното знание е понятието „бюджет на времето“ и разграничаването на преките, непреките и административните дейности.

Потокът на пациентите не е просто опашка



Когато говорим за управление на времето, естествено стигаме до пациентския поток.

Потокът не е само броят на пациентите, които чакат пред кабинета. Той започва още от входа към практиката:

- телефонно обаждане
- записване на час
- идване без предварително записване
- електронно съобщение
- резултат от изследване
- информация след хоспитализация
- искане за домашно посещение.

Всеки от тези входове създава работа. Следва оценка:

- има ли спешност
- необходим ли е преглед
- може ли задачата да бъде изпълнена от друг член на екипа
- необходима ли е допълнителна информация
- може ли да бъде планирана за друг момент.

След това пациентът или задачата трябва да бъдат насочени към подходящ процес, например:

- остър клиничен проблем
- планиран хроничен контрол
- профилактична дейност
- административна услуга
- телефонна консултация
- домашно посещение.

А след клиничното решение трябва да има яснота:

- приключена ли е задачата
- необходимо ли е изследване
- кой ще прегледа резултата
- кога ще има следващ контакт
- трябва ли пациентът да бъде насочен
- има ли незавършена работа.

Тук е една от най-честите управленски грешки.

Можем да смятаме, че задачата е приключила, защото пациентът е напуснал кабинета. Но всъщност процесът може да продължава:

- изследването още не е направено
- резултатът не е оценен
- консултацията не е извършена
- терапията не е започната
- повторният преглед не е организиран.

Следователно доброто управление на потока включва не само входа и преминаването през кабинета, а и затварянето на процесите.

Основната цел не е всеки да премине възможно най-бързо.

Ако лекарят приема пациентите прекалено бързо, но оставя незавършена работа, системата изглежда ефективна само на входа. По-късно същите пациенти се връщат, звънят повторно или възникват пропуски. Правилната цел е:

Всеки пациент да получи подходящата грижа, от подходящия член на екипа, в подходящото време и с ясно определена следваща стъпка.

Приоритет и триаж

Приоритетът не се определя от:	Приоритетът се определя от:
реда на пристигане	спешност
силата на настояването	риск
личното влияние	тежест на потребността
удобството на екипа	чувствителност към времето
	безопасна алтернатива

Най-шумният пациент невинаги е най-рисковият.

При ограничено време и едновременно търсене трябва да определяме приоритети.

В ежедневието пациентите често очакват приемът да бъде изцяло по реда на пристигане.

Това е разбираемо, но медицинската практика не може винаги да работи като обикновена опашка.

Пациент с болка в гърдите, тежък задух или остро влошаване не може да чака само защото е дошъл последен.

Приоритетът се определя от медицинската необходимост и риска. Трябва да оценим:

- колко спешен е проблемът
- какво може да се случи при изчакване
- има ли уязвимост
- има ли възможност за безопасно отлагане
- има ли друг подходящ начин за решаване на задачата.

Тук можем да използваме кратък пример. В чакалнята има трима души:

- млад човек, който настоява веднага да получи документ
- пациент с висока температура от два дни
- възрастна жена, която говори тихо и казва само, че „нещо не е добре“, но е бледа и задъхана.

Кой е най-шумен?

Първият.

Кой може да е най-рисков?

Третият.

Затова добрата организация трябва да позволява ранно разпознаване на риска още при входа.

Медицинската сестра или друг член на екипа трябва да знае какви сигнали изискват незабавна оценка от лекаря.

Но триажът не е само разделяне на „спешно“ и „неспешно“. Той включва и избора на подходяща форма на грижа:

- незабавен преглед
- преглед в рамките на деня
- планиран час
- телефонен контакт
- насочване към спешна помощ
- административно обслужване без клиничен преглед
- действие от медицинската сестра в рамките на компетентността ѝ.

Важно е пациентът да разбере, че приоритетът не означава неуважение към чакащите.

Той означава защита на медицинската безопасност.

В общата практика справедливостта не винаги означава всички да чакат еднакво. Тя означава всеки да получи грижа според своята потребност и риск.

Капацитет, натоварване и резерв



Последното важно разграничение е между натоварване, капацитет и резерв.

Натоварването показва колко работа постъпва в практиката и колко дейности се извършват.

Капацитетът показва колко работа може да бъде извършена добре.

Тези две величини не са едно и също.

Практиката може да има много високо натоварване и недостатъчен капацитет. Тогава виждаме:

- постоянно удължаване на работния ден
- нарастване на незавършените задачи
- забавено проследяване
- кратки и прекъсвани консултации
- повече повторни контакти
- грешки
- напрежение в екипа
- изчерпване на лекаря.

Практиката може да има капацитет за ежедневните остри прегледи, но да няма достатъчно време за:

- профилактична работа
- хронично проследяване
- активно търсене на необхванати пациенти
- анализ на резултатите
- организационно подобрение.

Може да успява при нормален работен ден, но да се претоварва при отсъствие на медицинската сестра или при технически проблем.

Затова е необходим и резерв.

В ежедневния език свободният час понякога се възприема като неизползван ресурс.

Но в здравната система резервът има защитна функция. Той позволява да се поеме:

- спешен случай
- по-сложна консултация
- внезапно влошаване
- непредвидено домашно посещение
- отсъствие на член на екипа
- срив на информационната система
- сезонно увеличение на търсенето.

Практика, в която всеки човек, всеки час и всяко помещение са постоянно натоварени до предел, може да изглежда много ефективна.

Но тя е крехка.

При най-малкото отклонение започва да губи контрол.

Следователно резервът не е непременно загуба. Той е част от безопасността и устойчивостта.

ОПЛ като критичен ресурс

В малката практика общопрактикуващият лекар има особена двойна роля.

Той е човекът, който управлява системата, но едновременно е и един от най-дефицитните ѝ ресурси. През него често преминават:

- клиничните решения
- подписите
- документите
- телефонните въпроси
- резултатите
- координацията
- конфликтите
- сложните пациенти
- управленските решения.

Ако всяка задача трябва лично да премине през лекаря, той се превръща в тясно място на собствената практика.

Това не означава, че лекарят е слаб или недостатъчно работоспособен.

Означава, че системата е организирана така, че прекалено много процеси зависят от един човек.

Решението не винаги е лекарят да работи още по-дълго. Понякога решението е:

- по-добро разпределение на ролите
- ясни правила
- делегиране
- автоматизиране
- групиране на сходни задачи
- по-добра информационна система
- премахване на повторната работа
- отказ от дейности с ниска стойност.

Тук трябва да свържем управлението на ресурсите с личната устойчивост.

> Работоспособността на лекаря не е безкраен безплатен ресурс.

Системата, която функционира само защото лекарят постоянно остава след работа, пропуска почивка и поема всичко лично, може временно да постига резултати.

Но това не е устойчива практика.

Управленска диагноза при претоварване

Практиката е претоварена. Телефонът звъни непрекъснато, пациентите чакат, а лекарят остава всеки ден след работно време. Първата реакция е:

„Необходими са още хора.“

Но преди това трябва да поставим управленска диагноза. Възможните причини са различни:

- прекалено много вътрешно създадена повторна работа
- неясно разпределение на задачите
- всички въпроси се насочват към лекаря
- резултатите се обработват многократно
- няма приоритет
- графикът не съответства на реалното търсене
- действително има недостатъчен ресурс.

Различната причина изисква различно решение.

Проблемът, който се вижда, невинаги е проблемът, който трябва да бъде управляван.

6. Организация на една работеща обща медицинска практика

> Практиката не започва с влизането на пациента в кабинета и не завършва с неговото излизане.

Преди прегледа има достъп, записване, оценка на спешността и подготовка на информацията. След прегледа могат да останат изследвания, резултати, насочване, повторен контакт и проследяване.

Достъпът започва преди вратата на кабинета

местоположение и архитектурна достъпност
ясно работно време
телефонен и електронен контакт
възможност за записване
прием на остри и неотложни състояния
организация за домашни посещения

Достъпност ≠ лекарят е на разположение по всяко време за всяко искане.

Достъпност = пациентът знае как, кога и по какъв начин може да получи подходяща помощ.

Когато се говори за организация на кабинета, често се започва от помещението.

Местоположението действително има значение. Практиката трябва да бъде:

- лесно откриваема
- по възможност достъпна за възрастни хора и хора с увреждания
- с ясно обозначено работно време
- с функционална чакалня
- с условия за преглед, разговор и извършване на манипулации
- с достатъчно поверителност.

Но съвременният достъп не започва от входната врата.

Пациентът първо трябва да може да установи контакт с практиката. Този контакт може да бъде:

- по телефон
- чрез предварително записване
- чрез електронно съобщение
- чрез лично посещение
- чрез член на семейството
- чрез информация от друга медицинска структура.

Затова организацията трябва да отговаря на няколко въпроса:

- Кога пациентите могат да се обаждат?
- Кой приема обажданията?
- Как се разпознава спешен проблем?
- Кои въпроси могат да бъдат решени без непосредствен преглед?
- Как се записва час?

- Какво се прави, когато графикът е пълен?
- Как пациентът получава резултат или инструкция?
- Какво трябва да направи извън работното време?

Тук е важно да избегнем едно погрешно разбиране.

Достъпността не означава липса на граници.

Практика, в която лекарят непрекъснато отговаря на телефон, съобщения и непланирани искания по време на преглед, може формално да изглежда много достъпна. Но тази организация:

- прекъсва клиничния разговор
- повишава риска от грешка
- нарушава поверителността
- удължава чакането
- изчерпва лекаря
- намалява качеството за пациента, който вече е в кабинета.

Следователно добрата достъпност изисква ясни и предвидими канали, а не постоянно прекъсване.

> Пациентът трябва да има път към практиката, но този път трябва да бъде организиран.

Работното време е архитектура на грижата

планирани прегледи
остри и неотложни проблеми
профилактични дейности
хронично проследяване
административни задачи
резултати и телефонни контакти
домашни посещения
екипна организация

Графикът не е списък с часове.

Той е разпределение на капацитета според потребностите.

Важното, но неспешно, трябва да бъде защитено в графика.

Работното време не е само задължителен график, поставен на видно място.

То е начинът, по който практиката разпределя своя капацитет между различни видове работа. В един и същ ден трябва да намерят място:

- пациенти с остри оплаквания
- планирани профилактични прегледи
- деца за имунизация
- хронично болни за контрол
- пациенти след хоспитализация
- хора, които се нуждаят от документ
- лабораторни резултати
- телефонни разговори
- домашни посещения
- административна и отчетна работа.

Ако всички дейности се насочат към един и същ часови пояс, ще възникне хаос независимо колко усърдно работи лекарят. Затова графикът трябва да съответства на реалното търсене, например практиката може да отделя:

- определени интервали за планирани профилактични дейности
- възможност за прием на остри случаи в рамките на деня
- време за преглед на резултати и медицински документи
- предварително определени часове за телефонен контакт
- периоди за домашни посещения
- кратко време за координация между лекаря и медицинската сестра.

Не казваме, че всяка практика трябва да има еднакъв график.

Градската практика с много работещи пациенти има различни потребности от практиката в малко населено място с възрастно население и затруднен транспорт.

Следователно добрият график не се копира механично. Той се изгражда според:

- характеристиките на пациентската популация
- сезонното натоварване
- броя и компетентностите на екипа
- наличните помещения
- организацията на външните партньори
- реалния поток от задачи.

Добре организираният график не премахва натоварването, но не позволява всички видове работа да се конкурират едновременно за вниманието на лекаря.

Общата практика не работи само „при повикване“

Реактивно	Проактивно
отговаряме на хората, които търсят помощ	търсим хората, които имат потребност, но не идват

профилактични прегледи
имунизации
диспансерно проследяване
контрол след патологичен резултат
проследяване след хоспитализация
рискови и уязвими групи

Добрата практика не чака всеки проблем да се появи сам пред вратата.

Една от най-важните особености на общата практика е, че тя не може да бъде само реактивна.

Реактивната практика отговаря на търсенето.

Пациентът идва, представя проблем и получава помощ.

Това е необходимо, но не е достатъчно. Ако работим само с хората, които активно идват, ще пропуснем:

- пациента с високо кръвно налягане, който няма оплаквания
- човека с висок сърдечносъдов риск

- детето с пропусната имунизация
- пациента с диабет, който не се е явил за контрол
- възрастния човек, който вече трудно напуска дома си
- пациента, който не е изпълнил изследване след патологичен резултат
- човека, който не е разбрал препоръките след хоспитализация.

Затова общата практика има и проактивна функция. Тя използва:

- пациентски списъци
- регистри
- напомняния
- предварително планирани прегледи
- контролни срокове
- телефонен контакт
- домашни посещения
- работа със семейството.

Това е реалното разнообразие на общата медицина.

Един ден може да започне с имунизация на дете, да продължи с остър пациент, след това с контрол на хронично заболяване и да завърши с домашно посещение.

Общата медицина не е еднообразна. Тя съчетава:

- клинична бързина при острия проблем
- дългосрочно мислене при хроничния пациент
- превенция при здравия
- комуникация с цялото семейство
- координация със специалистите
- грижа в кабинета и извън него.

Но това разнообразие не може да се остави само на случайността.

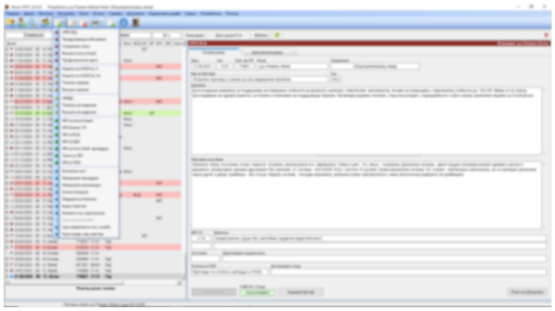
Проактивната дейност трябва да бъде защитена в графика.

Ако всяко свободно време бъде погълнато от неотложното ежедневие, профилактиката и проследяването винаги ще бъдат отложени за „когато остане време“.

А това време обикновено не остава.

> Важните, но неспешни дейности трябва да бъдат организирани, иначе спешното постоянно ще ги измества.

Медицинската информационна система — паметта на практиката



Клинична памет

Комуникация

Безопасност

Управленска видимост

Софтуерът не замества клиничното мислене.
Той подрежда информацията и не позволява да изгубим пациента.

След по-абстрактните понятия нека влезем в реалния кабинет. На работното място на ОПЛ медицинските знания, организацията и технологията се срещат на един екран. Информационната система не е само средство за издаване на документи и изпращане на отчет. Тя е клиничната памет на практиката и инструмент, чрез който отделните срещи с пациента се свързват във времето.

Един пациент през информационната система

Идентифициране

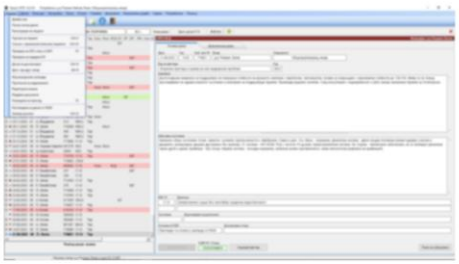
Досие и история

Настоящ преглед

Електронни документи

Следваща стъпка

Проследяване



Каква информация търсим преди да променим терапията?

диагнози • терапия • алергии • предишни резултати • последен контрол • неизпълнени задачи

Представете си пациент с главоболие и измерено артериално налягане 168/96 mmHg. Преди да решим какво да направим, отваряме медицинското досие. Само за няколко секунди трябва да възстановим историята: предходни стойности на налягането, активни диагнози, текуща терапия, алергии, последни лабораторни изследвания, консултации и предишни решения.

На екрана може да се окаже, че високото налягане не е първо измерване, че пациентът не е извършил назначено изследване или че от месеци получава рецепти без достатъчен контрол. Това не поставя диагнозата вместо лекаря. То насочва вниманието към въпросите, които не трябва да бъдат пропуснати.

Следват анамнезата и прегледът. В системата се документират оплакванията, обективното състояние, оценката и планът. От едни и същи надеждно въведени данни могат да бъдат

създадени амбулаторният лист, електронната рецепта, направлението, назначението за изследване и указанията за последващ контрол.

Тук студентите обикновено виждат нещо привлекателно в ежедневната работа: едно клинично решение веднага се превръща в подреден процес. С няколко действия лекарят може да провери историята, да сравни резултатите във времето, да създаде необходимите документи и да определи следващата стъпка.

> Добрата информационна система не е тази, в която само бързо отчитаме дейността. Тя е тази, която ни помага да не изгубим пациента след прегледа.

След прегледа: клиничният процес продължава

Пациентът напуска кабинета, но работата може да не е приключила. Назначеното изследване трябва да бъде извършено, резултатът да постъпи, да бъде прегледан и при необходимост да доведе до контакт с пациента, промяна на терапията или консултация. Информационната система трябва да помага да се виждат тези незавършени задачи.

Затова в добре организираната практика е ясно къде постъпват резултатите, кой ги преглежда, как се определя спешността, как се уведомява пациентът и как се документира следващото действие. Отговорността не трябва да зависи само от това дали някой ще си спомни.

Системата подпомага и безопасността: показва предишни резултати, алергии, активна терапия и възможни дублирания; улеснява проследяването след хоспитализация и съхранява информацията така, че тя да бъде достъпна при следващия контакт. Но предупреждението на екрана има стойност само ако лекарят го разбере и реагира правилно.

От отделния пациент към цялата пациентска общност

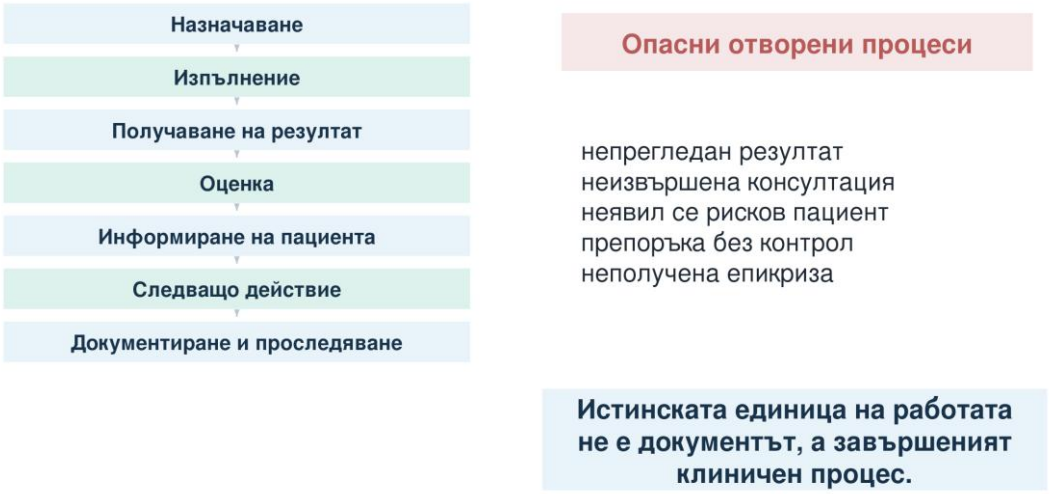
Информационната система има и втора перспектива. Тя не обслужва само човека, който днес е в кабинета. Чрез списъци, регистри и справки можем да видим кои деца имат предстояща имунизация, кои пациенти не са преминали профилактичен преглед, кои хронично болни са пропуснали контрол и къде се натрупват незавършени задачи.

Така данните от отделните прегледи се превръщат в управление на пациентската популация. Практиката вече не работи само реактивно, а може да търси хората с потребност, които не са дошли сами.

Технологията има и ограничения. Лошо въведените данни създават лоша информация. Прекомерното документиране може да отнеме вниманието от пациента. Неподходящият интерфейс може да създаде повторна работа. Затова задачата на ОПЛ не е да служи на софтуера, а да го организира като помощник на клиничната работа.

> Данните не са автоматично информация, а информацията не е автоматично решение. Управлението превръща данните във видимост, а видимостта — в действие.

Затворен информационно-клиничен цикъл



Често казваме: „Ако не е документирано, значи не се е случило.“ Това е важно правило за отчетността. Но трябва да добавим още едно: ако е документирано, но не е последвано от необходимото действие, работата пак не е завършена.

При назначено изследване цикълът включва: назначаване, изпълнение, получаване на резултата, оценка, информиране на пациента, следващо действие и проследяване. Пропуск във всяка от тези стъпки може да превърне организационния дефект в клиничен риск.

Кабинетът е „малка система в системата“.



Нека обобщим.

Кабинетът е най-видимата част на общата практика.

Там лекарят среща пациента, извършва прегледа, взема решение и провежда разговор.

Но практиката е много повече от кабинета. Тя включва:

- начина, по който пациентът достига до нея
- правилата за достъп
- графика и разпределението на времето
- ролите на хората
- информационната система
- профилактиката и проследяването
- комуникацията със специалисти, лаборатории, болници и институции

- процесите, които продължават след прегледа
- хората от пациентската листа, които в момента не са дошли.

Изразът, че кабинетът на ОПЛ е „малка система в системата“, е много точен.

Малка е по размер.

Но не е проста. В нея ежедневно се срещат:

- остри и хронични проблеми
- индивидуални и популационни потребности
- клинични решения и нормативни изисквания
- човешки отношения и цифрови системи
- ограничени ресурси и високи очаквания.

Точно тази сложност прави професията интересна.

Като ОПЛ вие не сте просто изпълнител на поредица от прегледи. Можете да изградите система, която:

- разпознава риска
- не губи пациента след прегледа
- запазва информацията
- осигурява профилактика
- координира грижата
- учи от собствените си пропуски
- става по-добра с времето.

Това е реална професионална автономия.

Но автономията не означава да правим всичко сами.

Тя означава да носим отговорност за начина, по който системата работи.

Практическа ситуация за размисъл

Пациент е изписан от болница с променена терапия.

Епикризата е получена, но не е прегледана своевременно. Пациентът продължава старите си лекарства, а новият медикамент дублира част от лечението.

Къде е проблемът?

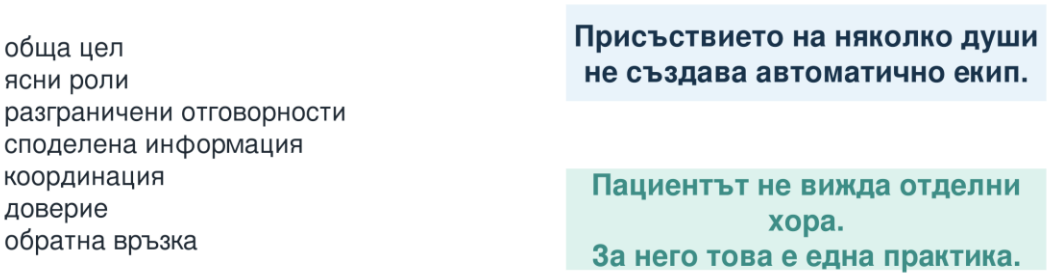
- В знанията на лекаря?
- В поведението на пациента?
- В комуникацията с болницата?
- В информационната система?
- В липсата на отговорник за входящите документи?
- В това, че не е организиран ранен контрол?

Вероятно проблемът не е в един човек.

Той е в процеса. И това е важният управленски урок:

Когато възникне грешка, не трябва да питаме само „Кой е виновен?“, а и „Как системата позволи това да се случи?“

7. Екип, лидерство и мотивация на персонала



Хората не са пасивен ресурс. Начинът, по който са подбрани, обучени, включени и ръководени, може да увеличи или да намали капацитета на практиката.

Група от хора или истински екип?

Екипната работа е основна характеристика на общата практика, като ОПЛ организира ядрен екип в практиката, разширен мултипрофесионален екип и при необходимост междусекторна мрежа със здравни и социални структури.

Най-важният ресурс на практиката са хората.

Но думата „ресурс“ не трябва да ни подвежда. Човекът не е консуматив или част от апаратурата. Той:

- мисли
- учи
- взема решения
- общува
- предлага подобрения
- допуска грешки
- влияе върху останалите
- може да бъде силно мотивиран, но може и постепенно да загуби мотивацията си.

Затова хората са активен ресурс.

Добре организираният екип може да създаде по-голям капацитет от простия сбор на отделните му членове.

Обратното също е вярно. Неясните роли, конфликтите и лошата комуникация могат да намалят капацитета дори когато персоналът формално е достатъчен.

Да вземем кратък пример.

Пациент се обажда с въпрос за патологичен лабораторен резултат. Медицинската сестра не знае:

- дали има право да отвори резултата
- дали трябва веднага да прекъсне лекаря
- дали пациентът трябва да бъде записан
- дали информацията вече е прегледана
- кой носи отговорност за следващата стъпка.

Тогава тя може да каже:

> „Обадете се по-късно, когато лекарят е свободен.“

Пациентът звъни отново, лекарят е прекъсван, информацията се предава устно и рискът нараства.

Проблемът не е непременно в сестрата.

Проблемът може да е в липсата на ясно организиран процес. Екипът не означава всички да могат да правят всичко. Означава всеки да познава:

- собствената си роля
- границите на компетентността си
- отговорността си
- връзката между своята задача и работата на останалите.

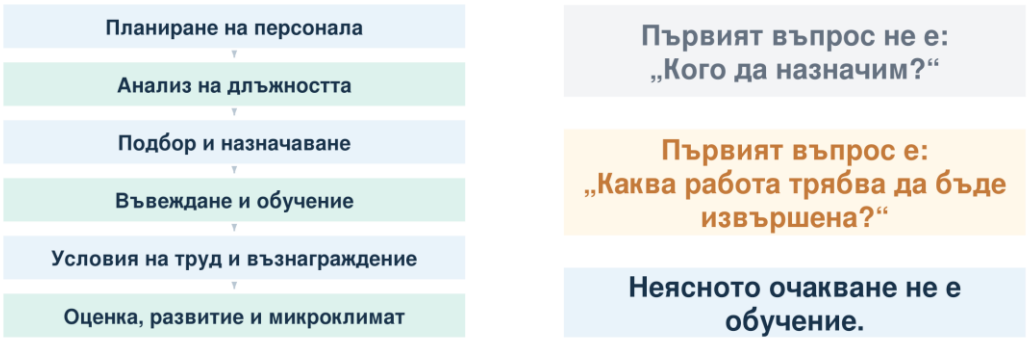
Пациентът не преживява лекаря и медицинската сестра като отделни организации.

За него те са една практика.

Ако единият обещае нещо, а другият не знае за него, доверието се нарушава към цялата система.

Екипът преминава през формиране, конфронтация, нормиране и ефективна работа, а управленската задача на ОПЛ е във всяка фаза да изяснява целите, ролите, правилата, комуникацията и отговорностите.

Мениджмънт на персонала



Управлението на персонала започва преди назначаването на конкретен човек. Първият въпрос е:

От какъв човек и за каква работа действително се нуждае практиката?

Понякога видимият проблем е „трябва ни още един служител“.

Но ако не сме определили какво точно трябва да изпълнява този човек, новото назначение може да увеличи разходите, без да реши проблема. Първият елемент на кадровия мениджмънт е планирането на необходимата работна сила — колко и какви специалисти са необходими. Следва анализът на длъжността: какво, защо, къде и как ще се извършва, с кого ще се взаимодейства и каква квалификация е необходима.

В малката обща практика този анализ може да бъде съвсем практичен.

Да приемем, че търсим медицинска сестра. Не е достатъчно да кажем:

> „Необходима е медицинска сестра.“

Трябва да определим дали тя ще:

- извършва манипулации
- участва в профилактични дейности

- измерва жизнени показатели
- поддържа ваксиналната организация
- приема телефонни обаждания
- работи с пациентски списъци
- следи определени срокове
- подпомага документирането
- организира потока на пациентите.

Едва тогава можем да определим какви знания и умения са необходими.

При подбора квалификацията е задължителна, но не е единственият критерий. В малкия екип голямо значение имат:

- надеждността
- комуникативността
- способността за учене
- адаптивността
- отношението към пациентите
- умението да се работи в условия на натоварване
- готовността да се поема отговорност в ясни граници.

Следват подбор, назначаване, обучение, предоставяне на здравословни и безопасни условия на труд, възнаграждение, ръководене, мотивация и създаване на добър микроклимат.

Но назначаването не приключва процеса.

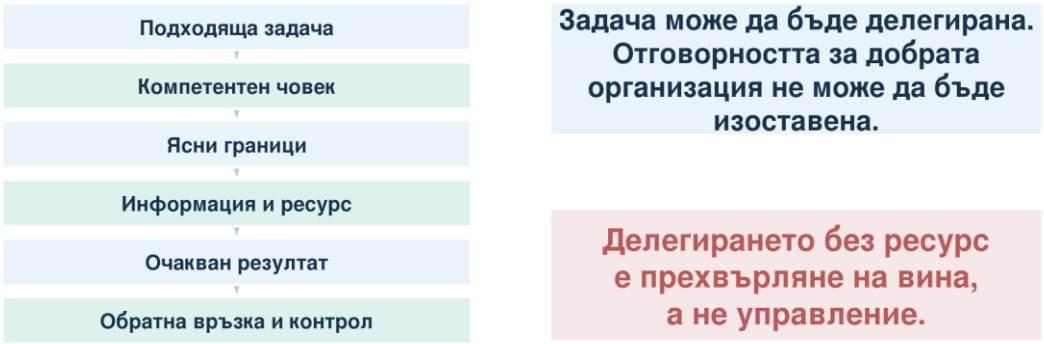
Новият човек трябва да бъде въведен в работата.

Не бива да очакваме той просто да наблюдава няколко дни и сам да открие неписаните правила. Въвеждането трябва да изясни:

- как е организиран работният ден
- как се разпознава спешен пациент
- как се предава информация
- как се документира
- какво може да бъде решено самостоятелно
- кога е задължително да се потърси лекарят
- как се реагира при грешка или несигурност.

Неясното очакване не е обучение.

Делегиране без загуба на контрол



В малката практика лекарят лесно може да се превърне в тясно място.

Ако всяко обаждане, всеки документ, всяка справка и всяко решение трябва лично да преминават през него, екипът формално съществува, но капацитетът остава концентриран в един човек.

Затова е необходимо делегиране.

Но делегирането често се разбира неправилно. То не означава:

„Аз нямам време, затова ти го направи."

Правилното делегиране започва с въпроса:

„Подходяща ли е тази задача за компетентността и ролята на конкретния човек?"

След това трябва да бъдат ясни:

- целта на задачата
- последователността на действията
- границите на самостоятелност
- случаите, в които трябва да бъде потърсен лекарят
- необходимата информация
- срокът
- очакваният резултат
- начинът за обратна връзка.

На медицинската сестра могат да бъдат делегирани например:

- изготвяне на списък с неявили се пациенти
- организиране на повторен контакт
- измерване на артериално налягане
- проверка дали са извършени определени изследвания
- подготовка на пациента за преглед
- предоставяне на предварително утвърдена организационна информация.

Но трябва да е ясно при какви данни тя незабавно уведомява лекаря, например при:

- много високи стойности на артериалното налягане
- новопоявил се задух
- болка в гърдите
- нарушение на съзнанието
- патологичен резултат с предварително определена спешност.

Делегирането не освобождава изпълнителя от лична отговорност за собствените му действия. Но не освобождава и лекаря като ръководител от задължението да осигури:

- подходящ подбор
- обучение
- ясни правила
- ресурс
- контрол.

Една от честите грешки е да се делегира задача без необходимите правомощия. Казваме:

> „Организирайте профилактичните прегледи."

Но човекът няма:

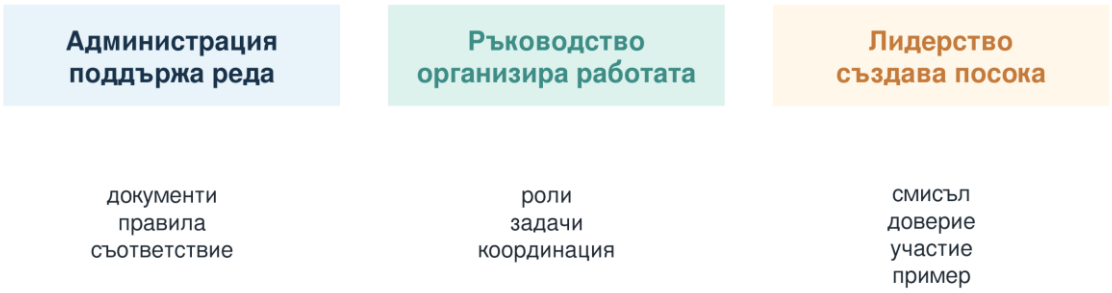
- достъп до необходимия списък
- време в графика
- право да определя часове
- ясна инструкция
- начин да отчете проблемите.

Тогава задачата е формално възложена, но реално неизпълнима.

> Делегирането без ресурс е прехвърляне на вина, а не управление.

Основните етични рискове в екипа са нарушаването на конфиденциалността, неясната или прехвърлена отговорност, работата извън компетентност и неуважителното отношение, затова ОПЛ трябва да осигури ясни правила и безопасна професионална комуникация.

Ръководство и лидерство в малкия екип



**Хората чуват какво казва ръководителят,
но следват това, което той ежедневно показва.**

В ежедневния език управление, администрация, ръководство и лидерство често се използват като едно и също понятие.

Полезно е обаче да ги разграничим.

Администрацията

Поддържа необходимия ред:

- документи
- процедури
- графици
- нормативно съответствие
- отчетност.

Тя е необходима. Но практиката може да има отлично подредени документи и въпреки това да има:

- слаб достъп
- напрежение
- неясни роли
- незатворени клинични процеси
- ниска способност за промяна.

Ръководството

Организира хората и задачите:

- кой какво извършва
- в каква последователност
- кой носи отговорност
- как се координира работата.

Лидерството

Добавя друг въпрос:

„Защо хората биха поискали да участват и да поддържат този начин на работа?“

Лидерът:

- обяснява посоката
- свързва задачата със смисъла
- създава доверие
- допуска въпроси
- признава добрата работа
- реагира справедливо при грешка
- поема отговорност за собствените си решения
- показва с поведението си какво очаква от другите.

Администрацията поддържа реда, ръководството организира изпълнението, а лидерството помага на хората да разберат посоката, да приемат промяната и да участват в общата работа.

В малката практика лидерството е много видимо.

Ако лекарят настоява всички да говорят спокойно с пациентите, но самият той унижава член на екипа пред тях, действителното послание не е уважение.

Ако настоява грешките да се съобщават, но наказва всеки, който признае проблем, екипът ще започне да прикрива грешките.

Ако иска инициативност, но контролира всяка малка стъпка, хората ще престанат да вземат решения.

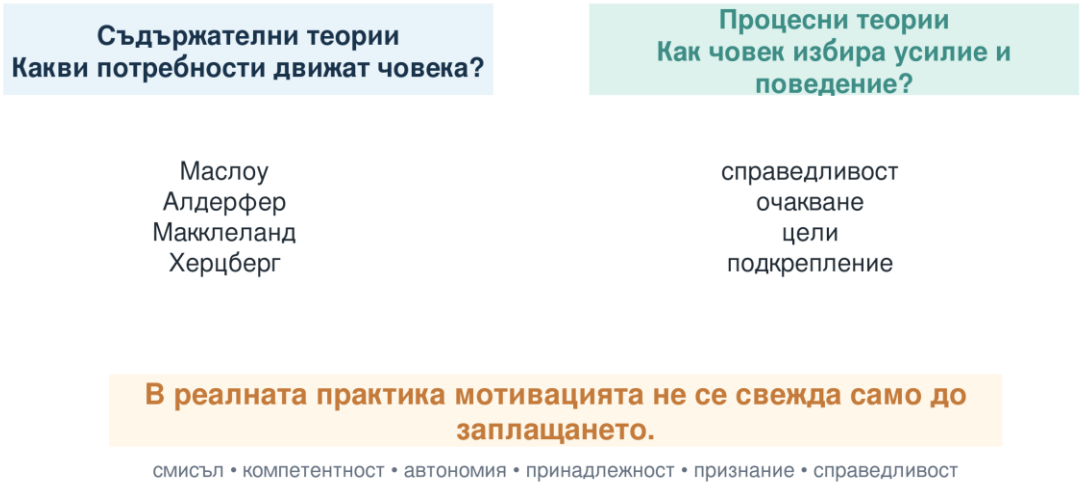
> Културата на практиката се формира не само от правилата, а от поведението, което ръководителят поощрява, допуска или пренебрегва.

Лидерството не означава постоянна мекота. Понякога са необходими:

- ясна граница
- категорично решение
- корекция на опасно поведение
- отказ да се допусне нарушение
- поемане на отговорност в кризисна ситуация.

Но и твърдото решение може да бъде обяснено спокойно, уважително и справедливо.

Какво мотивира хората?



Мотивацията обяснява защо човек избира да действа, колко усилие влага и доколко поддържа поведението във времето.

Теоретичният минимум

Мотивационните теории обичайно се разделят на две големи групи. Съдържателните теории на Маслоу, Алдерфер, Макклеланд и Херцберг разглеждат потребностите, които движат човека. Процесните теории се интересуват как човек избира поведението си — чрез преценка за справедливост, очакван резултат, поставени цели и подкрепление.

За практиката по-важен е изводът, че мотивацията не се свежда само до заплащането. Хората ценят различни неща: сигурност, признание, автономия, развитие, принадлежност, справедливост, предвидим график, уважение и смисъл.

Но как изглежда мотивацията в реалната практика?

Често тя се свежда до заплащането. Заплащането е важно. То трябва да бъде:

- справедливо
- предвидимо
- съобразено с отговорността и вложения труд.

Несправедливото възнаграждение може силно да демотивира.

Но допълнителното възнаграждение не решава всички проблеми. Хората се различават по това, което ценят:

- сигурност
- признание
- автономия
- развитие
- принадлежност
- справедливост
- предвидим график
- уважение
- смисъл.

Полезно е да разграничим външна и вътрешна мотивация. Външната мотивация включва:

- заплащане
- бонус
- награда
- повишение
- санкция
- контрол.

Вътрешната мотивация се свързва със:

- смисъла на работата
- чувството за компетентност
- определена автономия
- принадлежността към екипа
- професионалната гордост.

Двете не се изключват. Добрата практика трябва едновременно:

- да осигурява справедливи материални условия
- да не унищожава вътрешната мотивация чрез безсмислени задачи, постоянен микроконтрол и липса на признание.

Понякога въпросът не е:

„Как да мотивираме този човек?“

По-правилният въпрос е:

„Какво в нашата организация постепенно унищожава неговата първоначална мотивация?“

За устойчивата мотивация са особено важни три условия:

Автономия

Човекът има достатъчна свобода да използва компетентността си в ясни граници.

Компетентност

Той знае какво се очаква и има необходимите знания и умения.

Принадлежност

Усеща, че е уважаван член на екип с обща цел.

Когато липсва автономия, възниква зависимост.

Когато липсва компетентност, възникват несигурност и страх.

Когато липсва принадлежност, общата работа се превръща в набор от чужди задачи.

Практическа ситуация за размисъл

Медицинската сестра системно пропуска да се обажда на пациентите от профилактичния списък. Първото обяснение:

„Тя не е мотивирана.“

Но какви могат да бъдат истинските причини?

- Не разбира защо тази задача е важна.
- Няма отделено време за нея.
- Списъкът е неудобен и съдържа грешки.

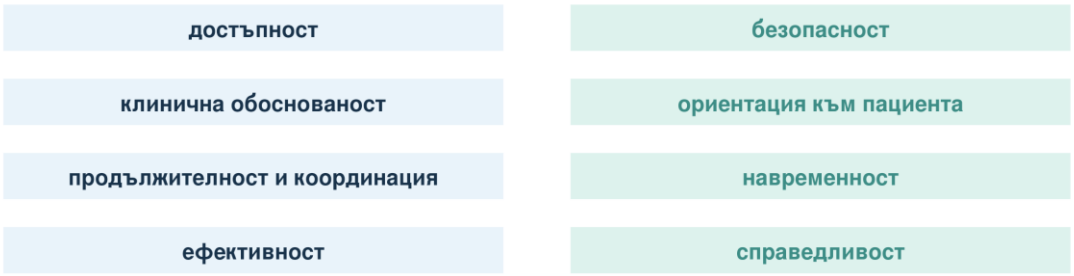
- Телефонът постоянно се използва за други обаждания.
- Не знае какво да казва на пациентите.
- Страхува се от въпросите им.
- Никой не отчита резултата.
- Когато дейността е изпълнена добре, това остава незабелязано.
- Има прекалено много други задачи.

Следователно проблемът може да не бъде липса на желание. Той може да бъде липса на:

- смисъл
- компетентност
- време
- инструмент
- обратна връзка
- признание.

> Преди да обявим човека за немотивиран, трябва да проверим дали системата му позволява да успее.

8. Качество, безопасност и устойчивост на практиката



Много извършени дейности не означават автоматично качествена практика.

Организационният дефект може да произведе клиничен дефект.

Три въпроса насочват оценката на практиката:

- Работи ли практиката добре?
- Създава ли реална полза, без да причинява неприемлив риск?
- Може ли да продължи да работи така и утре?

Много извършени дейности не означават автоматично качествена практика.

Кога една обща практика работи добре?

След като сме организирали ресурсите, процесите и екипа, трябва да си зададем най-важния въпрос:

> „Работи ли практиката действително добре?“

На пръв поглед отговорът изглежда лесен. Можем да кажем:

- преглеждаме много пациенти
- извършваме профилактични дейности
- спазваме работното време
- подаваме отчетите
- документацията е попълнена
- пациентите чакат сравнително малко.

Всичко това е важно.

Но само по себе си не доказва качество.

Една практика може да извършва много прегледи, но да не проследява резултатите.

Може да има добра достъпност, но консултациите да бъдат постоянно прекъсвани.

Може да има висок профилактичен обхват, но да не достига до най-рисковите пациенти.

Може да удовлетворява всяко искане за изследване или направление, но да използва ресурсите без достатъчна медицинска стойност.

Затова качеството е многомерно.

Достъпност

Пациентът трябва да може да достигне до подходящата грижа.

Безопасност

Организацията трябва да намалява риска от:

- пропуснат патологичен резултат
- лекарствена грешка
- забавено насочване
- загуба на важна информация
- прекъсване на проследяването.

Клинична обоснованост

Дейността трябва да съответства на медицинските знания и индивидуалната ситуация.

Пациентоцентричност

Пациентът трябва да бъде разбран, информиран и включен в решението.

Продължителност и координация

Отделните контакти трябва да образуват свързана грижа, а не поредица от независими епизоди.

Навременност

Правилното действие, извършено прекалено късно, може да загуби своята стойност.

Ефективност

Ресурсите трябва да се използват така, че да създават реална здравна полза.

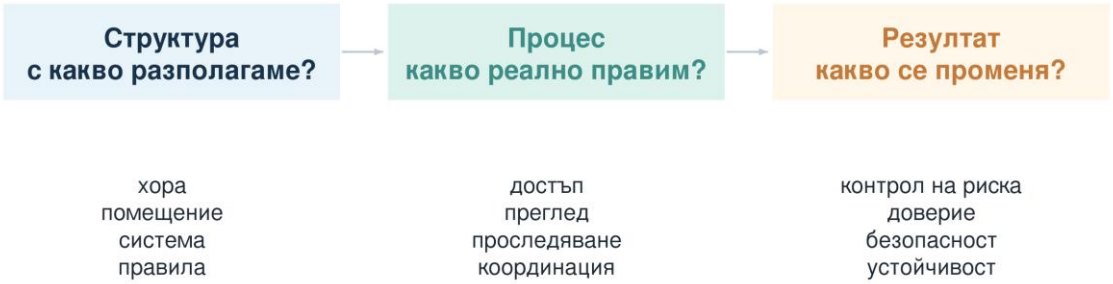
Справедливост

Грижата не трябва да достига само до най-активните, най-информираните или най-настоятелните пациенти. Тук можем да използваме една силна формулировка:

> Организационният дефект може да произведе клиничен дефект.

Лекарят може да вземе правилно решение, но лошата система да не позволи то да достигне до пациента като реален резултат.

Как измерваме качеството? Структура → Процес → Резултат



Наличието на ресурс показва възможност, а не доказан резултат.

За да оценим практиката, е полезно да разграничим три равнища: структура, процес и резултат.

Това е класическата рамка на Донъбедиан, която е особено подходяща за общата медицинска практика.

Структурата показва с какво разполагаме

Оценяваме:

- има ли достатъчно хора
- имат ли необходимата компетентност
- има ли подходящо помещение
- има ли апаратура
- има ли информационна система
- съществуват ли ясни правила
- има ли резервен начин за работа при технически проблем.

Структурата отговаря на въпроса:

> „Имаме ли предпоставките да извършим необходимата работа?“

Но наличието на апарат не доказва, че той се използва правилно.

Наличието на регистър не доказва, че пациентите действително се проследяват.

Наличието на медицинска сестра не доказва, че ролите са добре разпределени.

Следователно структурата показва възможност, не постигнато качество.

Процесът показва какво реално правим

Оценяваме:

- как приемаме пациентите
- как оценяваме риска
- как извършваме профилактичните прегледи
- как проследяваме хронично болните
- как обработваме резултатите
- как уведомяваме пациента
- как координираме грижата.

Процесният показател отговаря на въпроса:

> „Извършва ли се правилното действие по надежден начин?“

Резултатът показва какво се е променило

Примери за резултати са:

- по-добре контролирано артериално налягане
- по-висок имунизационен обхват
- по-малко пропуснати патологични резултати
- по-добро доверие
- по-малко напрежение в екипа
- по-устойчиво използване на ресурсите.

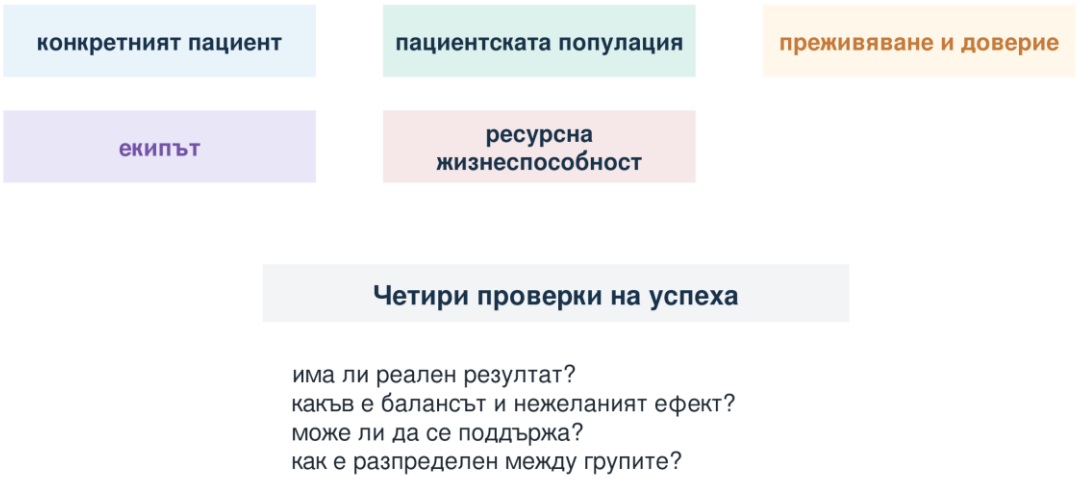
Рамката е: структура → процес → резултат

Но стрелката не означава автоматична причинност.

Добрата структура увеличава възможността за добър процес, но не го гарантира. Добре изпълненият процес увеличава вероятността за добър резултат, но върху здравния резултат влияят и:

- поведението на пациента
- тежестта на заболяването
- социалната среда
- други лечебни структури
- фактори извън контрола на практиката.

Една практика няма само един резултат



В практиката лесно можем да изберем един показател и да обявим успех, например: „Увеличихме профилактичния обхват.“ Това е положителен резултат.

Но трябва да зададем още въпроси.

- Достигнахме ли до хората с най-висока потребност?
- Подобри ли се действително контролът на риска?
- Разбраха ли пациентите ползата?
- Колко допълнително време използва екипът?
- Може ли същата работа да продължи и след шест месеца?
- Какви други дейности бяха изместени?
- Създадохме ли ново неравенство?

Точно затова в интегрирания модел една практика няма само един резултат.

Тя създава ефекти в пет области.

Първо: индивидуалният пациент

Подобри ли се:

- здравето
- контролът на заболяването
- качеството на живот
- безопасността
- способността да се справя?

Второ: пациентската популация

Достига ли ползата до:

- хората с реална потребност
- рисковите групи
- пациентите, които не търсят активно помощ
- уязвимите и трудно достижимите?

Трето: пациентският опит и доверието

Пациентът:

- чувства ли се изслушан
- разбира ли плана
- знае ли какво следва
- има ли доверие
- може ли да използва системата?

Четвърто: екипът

Могат ли лекарят и останалите членове на практиката да поддържат работата:

- компетентно
- спокойно
- без постоянно претоварване
- без загуба на мотивация
- с възможност за обучение?

Пето: ресурсният и икономическият резултат

Използваме ли средствата така, че практиката:

- да остане жизнеспособна
- да поддържа необходимото оборудване
- да заплаща труда
- да инвестира в развитие
- да запази капацитета си?

Но дори добрият резултат трябва да бъде проверен критично.

Затова използваме четири проверки.

- Има ли реален резултат? Или измерваме само извършена дейност?
- Какъв е балансът и нежеланият ефект? Подобрението на едно място създаде ли проблем на друго?
- Може ли резултатът да се поддържа? Или зависи от временно свръхусилие?
- Как е разпределен резултатът? Средната стойност може да изглежда добра, но най-уязвимите пациенти да остават извън ползата.

> Петте резултата показват какво постигаме. Четирите проверки показват дали можем честно да го наречем успех.

Устойчивост, адаптация и нормативна рамка

**Устойчивата практика може да запази основните си функции
и при промяна, отсъствие, технически проблем или ново изискване.**

ясни процеси
разпределени роли
информационна памет
резерв
финансова жизнеспособност
способност да учи и да се адаптира

**Нормативната рамка определя граници,
но не замества клиничната преценка
и добрата организация.**

**Резултат, постигнат чрез постоянно изчерпване,
съдържа причината за бъдещия си провал.**

Последният въпрос е дали постигнатото може да бъде поддържано.

Това е смисълът на устойчивостта. Практиката може временно да има отлични резултати, защото:

- лекарят работи всяка вечер след края на графика
- медицинската сестра изпълнява задачи в почивката си
- важни административни дейности се отлагат
- няма резерв при отсъствие
- няма време за обучение
- системата зависи от паметта на един човек.

Това може да работи известно време.

Но не е устойчиво.

Устойчивата практика трябва да има:

- ясни процеси
- разпределени роли
- информационна памет
- известен резерв
- финансова жизнеспособност
- възможност за заместване
- способност да учи и да се адаптира.

Тук използваме понятието резилентност.

Резилентността не означава човекът или организацията просто да издържат на всичко. Тя означава способност:

- да понесат нарушение
- да запазят основната функция
- да се адаптират
- да се възстановят
- да научат нещо от ситуацията.

При срив на медицинския софтуер например устойчивата практика трябва да знае:

- как ще идентифицира пациентите
- как ще документира временно
- как ще запази важната информация
- как ще възстанови данните
- кои дейности могат да продължат
- кои трябва безопасно да бъдат отложени.

При отсъствие на медицинската сестра трябва да има яснота:

- кои функции могат да бъдат поети
- кои се отлагат
- как се променя графикът
- как пациентите се информират
- как се запазва безопасността.

Устойчивостта включва и съхраняването на лекаря и екипа. Личната устойчивост е свързана с граници, самогрижа, продължаващо обучение и психологическа издръжливост.

Това не е само личен въпрос.

Състоянието на ОПЛ влияе върху капацитета на цялата практика.

Нормативната рамка

Общата медицинска практика работи в силно регулирана среда. Нормативната рамка определя:

- условията за работа
- професионалните задължения
- документацията
- договорните отношения
- правата на пациента
- отговорността на лечебното заведение.

Тя е необходима и трябва да бъде познавана.

Учебният текст по мениджмънт не трябва да се превръща в дълго изброяване на наредби и членове.

Причината е, че конкретните документи се променят. По-важният управленски принцип е:

Практиката трябва да има система за проследяване и своевременно въвеждане на нормативните промени.

Не е достатъчно лекарят случайно да научи, че има ново изискване. Трябва да бъде ясно:

- кой следи промените
- как се оценява влиянието им
- как се променя работният процес
- кой трябва да бъде обучен
- как пациентите се информират
- как се проверява изпълнението.

Практическа ситуация за размисъл

Практиката увеличава профилактичния обхват от 45% на 70%.

На пръв поглед това е успех. Но:

- лекарят остава всеки ден с час по-късно
- медицинската сестра няма време за друга дейност
- част от пациентите са поканени многократно, а най-уязвимите не са достигнати
- разходите са увеличени
- проследяването на патологичните резултати се забавя.

Въпрос:

Успешна ли е програмата?

Отговорът не е просто „да“ или „не“. Има положителен резултат в една област, но трябва да проверим:

- реалната здравна полза
- нежеланите последствия
- справедливото разпределение
- възможността работата да продължи.

Това е зрелият управленски анализ.

9. ОПЛ като професионален избор

Това не е реклама на специалността и още по-малко проверка „кой става и кой не става“. Целта е да се види реалният професионален хоризонт на общата медицина — трудностите, отговорността, свободата и смисълът.

Основното послание е:

Общата медицина е професия за лекар, който иска едновременно да лекува, да проследява, да организира и да влияе върху здравето на цяла общност.

ОПЛ има няколко професионални роли



широка клинична подготовка
профилактика и хронично проследяване
координация и палиативна грижа
документация и дигитални умения
организация, лидерство и качество

**Никой не започва напълно подготвен.
Голямата част от тези способности се изграждат.**

В края се връщаме към въпроса, с който започнахме.

Общопрактикуващият лекар само клиницист ли е?

Разбира се, преди всичко той е лекар. Трябва да има широка клинична подготовка и да разпознава:

- острите и потенциално опасните състояния
- ранните и неспецифичните прояви на заболяванията
- хроничните проблеми и техните усложнения
- необходимостта от наблюдение, лечение или насочване.

Но клиничната компетентност не изчерпва професията.

ОПЛ е и координатор.

Пациентът може да бъде консултиран от много специалисти. Може да бъде хоспитализиран, да получи различни терапии и препоръки. Но някой трябва да запази цялостната картина:

- как тези решения се отнасят към конкретния човек
- кои препоръки са приоритетни
- съвместими ли са терапиите
- какво следва да бъде проследено
- дали пациентът разбира плана.

ОПЛ е и архитект на практиката. Той определя:

- как пациентите достигат до кабинета
- как се разпознава спешният проблем
- как се организират профилактиката и проследяването
- как се използва информацията

- кои задачи могат да бъдат делегирани
- как се затварят клиничните процеси.

Той е и стратег. Трябва да вижда не само днешния претоварен график, но и въпроса:

> „Каква практика искаме да бъдем след няколко години?“

И накрая — ОПЛ е лидер.

Не защото раздава нареждания, а защото създава посока, отговорност и култура на работа.

Важно е да не противопоставяме медицината и мениджмънта.

Мениджмънтът не отдалечава ОПЛ от пациента. Добре използван, той освобождава повече възможност за истинска медицина:

- по-малко пропуски
- по-добро проследяване
- по-разумен график
- по-надеждна информация
- повече време за сложните решения.

> ОПЛ не управлява вместо да лекува. Той управлява, за да може да лекува по-добре.

Какви качества развива професията?

Какъв човек трябва да бъде общопрактикуващият лекар?

Общата практика развива емпатия, търпение, устойчивост, комуникативност, адаптивност, дисциплина и общностно мислене. Към професионалните компетентности се включват широка клинична база, координация, профилактика, диспансерно проследяване, палиативни грижи, документация и информационни умения.

Този списък може да прозвучи обезкуражаващо. Студентът може да си каже:

> „Трябва едновременно да бъда отличен клиницист, психолог, администратор, ръководител и компютърен специалист. Как е възможно?“

Отговорът е:

> Никой не започва напълно подготвен.

Медицинското образование често създава усещането, че първо трябва да знаем всичко, а след това да започнем да работим. В реалната професия компетентността се изгражда постепенно:

- чрез обучение
- чрез практика
- чрез наблюдение на по-опитни колеги
- чрез анализ на грешките
- чрез обратна връзка
- чрез промяна на начина на работа.

Емпатията не означава лекарят да изпълнява всяко желание. Понякога най-отговорното решение е да кажем „не“:

- на ненужен антибиотик
- на изследване без очаквана полза

- на процедура, която създава повече риск
- на искане, което нарушава правилата или справедливостта.

Но „не“ трябва да бъде обяснено така, че пациентът да разбере, че не е изоставен.

Търпението също не означава липса на граници. Добрият ОПЛ трябва да може едновременно:

- да изслушва
- да подрежда разговора
- да разпознава съществените
- да запазва времето и за следващия пациент.

Устойчивостта не означава лекарят да търпи безкрайно натоварване. Тя изисква:

- разумни професионални граници
- грижа за собственото здраве
- способност да търси помощ
- продължаващо обучение
- организация, която не зависи от постоянно саможертване.

> Ако лекарят не пази себе си, няма да може дългосрочно да пази и пациентите си.

Работата като ОПЛ не затваря професионалното развитие. Тя може да бъде основа за:

- усъвършенстване в различни клинични направления
- преподавателска дейност
- научна работа
- управление на лечебно заведение
- участие в професионални организации
- развитие на собствени модели за профилактика и проследяване.

Условията и продължителността на специализацията трябва винаги да се проверяват в действащата нормативна уредба.

Защо да изберете общата медицина?

познавате пациента, а не само заболяването
виждате резултата във времето
предотвратявате, а не само лекувате
работите с деца, възрастни и семейства
решавате голяма част от ежедневните здравни проблеми
изграждате собствен модел на работа
влияете върху здравето на цяла общност

Няма да получите благодарност за инфаркта, който не е настъпил. Но това е един от големите резултати на общата медицина.

**Хората няма да ви помнят заради отчетите.
Ще ви помнят, защото сте били до тях, когато най-много са имали нужда.**

Искам да завърша не с още едно определение, а с въпроса:

> „Защо един млад лекар би избрал общата медицина?“

Не защото професията е лесна.

Тя не е.

ОПЛ работи с голяма отговорност, ограничено време, високи очаквания и непрекъснати промени.

Но точно в тази професия можете да видите медицината в нейната цялост.

Можете да познавате пациента не само в момента на заболяването, а във времето. Да познавате:

- семейството му
- условията, в които живее
- страховете и очакванията му
- причините да приема или да не приема лечението
- риска, който се натрупва години преди заболяването да стане видимо.

Можете да видите детето, което сте имунизирали, като млад човек.

Да проследите пациент с хипертония години наред и да предотвратите усложнение, което никога няма да се появи като драматичен клиничен случай.

Това е една от трудностите на профилактиката.

Когато тя е успешна, събитието, което сме предотвратили, не се случва.

Няма да получим благодарност за инфаркта, който не е настъпил.

Но именно това е един от най-големите резултати на общата медицина.

Общопрактикуващият лекар може да решава много широк кръг от проблеми.

Той не е просто човекът, който издава направление към „истинския специалист“. Самият той е специалист по:

- първия контакт
- недиференцирания проблем
- продължителността
- контекста
- профилактиката
- координацията
- човека като цялост.

Има още нещо, което рядко се подчертава достатъчно.

В общата практика можете да изградите собствен професионален модел. Можете да решите:

- как ще организирате достъпа
- как ще проследявате пациентите
- как ще използвате технологията
- как ще работите с екипа
- какво качество искате да постигнете
- какви нови дейности ще развивате.

Тази автономия носи отговорност, но дава и възможност за създаване.

Не всеки от вас ще избере общата медицина.

И не е необходимо.

Но всеки бъдещ лекар трябва да разбира нейната роля.

Защото независимо каква специалност изберете, голяма част от пациентите ви ще идват от общата практика и отново ще се връщат там.

Силната обща практика не конкурира останалите специалности.

Тя прави работата на цялата система по-свързана и по-смислена.

Мениджмънтът в ОМП съчетава знания, лидерство и човечност, а успешният ОПЛ не е просто администратор, а професионалист с медицинска компетентност, организационни умения и морална отговорност.

И бих завършил със същата човешка мисъл:

> Хората няма да ви помнят заради броя на отчетите, направленията или попълнените документи. Те ще ви помнят заради това, че сте били до тях, когато най-много са имали нужда.

Но за да можем да бъдем до тях не само веднъж, а години наред, са необходими:

- клинични знания
- добра организация
- надежден екип
- устойчива практика
- човечност.

Това е мениджмънтът в общата медицинска практика.

Започнахме с един претоварен кабинет и видяхме, че управлението не е отделено от клиничната работа. Видяхме, че управлението е цикъл:

цел → планиране → организиране → контрол → регулиране → обратна връзка.

Събрахме тези елементи в интегриран модел: потребности → цели → ресурси → капацитет → процеси → резултати → учене и подобрение.

Разгледахме хората, времето, информацията, организацията на кабинета, лидерството, мотивацията, качеството и устойчивостта. И стигнахме до основния извод:

Добре управляваната практика не е тази, в която лекарят върши най-много. Тя е тази, в която пациентът получава необходимата грижа навреме, процесите не го губят, екипът може да работи добре, а системата запазва способността си да продължи.

Въпроси за самоподготовка

1. Как бихте определили мениджмънта в общата медицинска практика?

2. Кои са етапите на управленския цикъл и каква е ролята на обратната връзка?

3. Какви характеристики трябва да има добре формулираната цел?

4. Каква е разликата между стратегическото и оперативното управление? Какво показва SWOT анализът?

5. Защо управлението в общата практика не е просто управление на малък кабинет?

6. Какво означават близкият и далечният хоризонт на отговорността на ОПЛ?

7. Как продължителността и планираното проследяване подпомагат работата при клинична несигурност?

8. Кои са основните елементи на интегрирания модел на управление на ОМП?

9. Каква е разликата между здравна потребност и заявено търсене?

10. Кои са петте ресурсни групи и как от тях възниква капацитетът на практиката?

11. Как се различават натоварването, капацитетът и резервът?

12. Какви са принципите на медицинския триаж и справедливото определяне на приоритет?

13. Какви функции изпълнява медицинската информационна система в общата практика?

14. Какво означава затворен информационно-клиничен цикъл?

15. Кога групата от хора се превръща в истински екип?

16. Кои условия правят делегирането безопасно и ефективно?

17. Как се различават администрацията, ръководството и лидерството?

18. Кои са основните източници на външна и вътрешна мотивация?

19. Как рамката „структура – процес – резултат“ подпомага оценката на качеството?

20. Какво означават устойчивост и резилентност на практиката?

21. С какво професионалната роля на ОПЛ надхвърля клиничния преглед на отделния пациент?

Мини чек-лист: „Ставам ли аз за ОПЛ?“

Подходящ ли съм за общопрактикуващ лекар?

– готовност за дългосрочна отговорност,

– умение за отказ на ненужни процедури,

– организация на екип и документи,

– приемане на профилактиката като равностойна на лечението.

📌 *Ако на повече от половината отговорът ви е „да“ – значи имате бъдеще като ОПЛ.*

Чек-листът не е изпит и няма правилни или грешни отговори. Той е покана за размисъл върху нагласите, които общата медицина изисква и развива.

Библиография и препоръчителна литература

Български и основни учебни източници

1. Латев, П. **Интегриран модел на управлението на общата медицинска практика.** Авторска монография. 2026.
2. Валентинова, Ц. **Мениджмънт на общата медицинска практика. Мотивация на персонала в практиката.** Учебна презентация. Медицински университет – Плевен.
3. Асенова, Р.; Форева, Г. **Учебник по обща медицина.** Пловдив: Лакс Бук; 2024.
4. Валентинова, Ц.; Балашкова, М.; Недкова-Миланова, В. **Обща медицина. Теоретични основи.** Плевен: Издателски център на Медицински университет – Плевен; 2024. ISBN 978-954-756-166-3.

Обща медицина и първична медицинска помощ

5. Freeman, T. R. **McWhinney's Textbook of Family Medicine.** 4th ed. New York: Oxford University Press; 2016.
6. WONCA Europe. **The European Definition of General Practice / Family Medicine.** 3rd ed. Barcelona: WONCA Europe; 2011.
7. Starfield, B. **Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology.** Revised ed. New York: Oxford University Press; 1998.
8. Stewart, M.; Brown, J. B.; Weston, W. W.; McWhinney, I. R.; McWilliam, C. L.; Freeman, T. R., eds. **Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.** 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2014.
9. World Health Organization. **Declaration of Astana.** Geneva: WHO; 2018.
10. World Health Organization; United Nations Children's Fund. **Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action.** Geneva: WHO; 2020.
11. World Health Organization. **Framework on Integrated, People-Centred Health Services.** Geneva: WHO; 2016.
12. Bearden, T.; Ratcliffe, H. L.; Sugarman, J. R.; Bitton, A.; Anaman, L. A.; Buckle, G., et al. Empanelment: a foundational component of primary health care. **Gates Open Research.** 2019;3:1654. doi:10.12688/gatesopenres.13059.1.
13. Wagner, E. H.; Austin, B. T.; Davis, C.; Hindmarsh, M.; Schaefer, J.; Bonomi, A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Affairs.** 2001;20(6):64–78. doi:10.1377/hlthaff.20.6.64.
14. Haggerty, J. L.; Reid, R. J.; Freeman, G. K.; Starfield, B. H.; Adair, C. E.; McKendry, R. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ.** 2003;327(7425):1219–1221. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219.

Тези източници дават основата за първия контакт, достъпността, продължителността, координацията, ориентацията към човека и отговорността към определена пациентска популация.

Основи на управлението, екипа и мотивацията

15. Fayol, H. **Administration industrielle et générale.** Paris: Dunod et Pinat; 1916.
16. Drucker, P. F. **The Practice of Management.** New York: Harper & Brothers; 1954.
17. Maslow, A. H. A theory of human motivation. **Psychological Review.** 1943;50(4):370–396. doi:10.1037/h0054346.
18. Herzberg, F.; Mausner, B.; Snyderman, B. B. **The Motivation to Work.** 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1959.
19. Deci, E. L.; Ryan, R. M. The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. **Psychological Inquiry.** 2000;11(4):227–268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01.
20. Ryan, R. M.; Deci, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychologist.** 2000;55(1):68–78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68.

21. Edmondson, A. Psychological safety and learning behavior in work teams. **Administrative Science Quarterly.** 1999;44(2):350–383. doi:10.2307/2666999.

Тази група подкрепя управленския цикъл, лидерството, вътрешната и външната мотивация, автономията, компетентността, принадлежността и психологическата безопасност в екипа.

Качество, безопасност и оценка на резултатите

22. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quarterly.** 1966;44(3 Pt 2):166–203.
23. Donabedian, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA.** 1988;260(12):1743–1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033.
24. Institute of Medicine. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.** Washington, DC: National Academies Press; 2001. doi:10.17226/10027.
25. Berwick, D. M.; Nolan, T. W.; Whittington, J. The Triple Aim: care, health, and cost. **Health Affairs.** 2008;27(3):759–769. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759.
26. Bodenheimer, T.; Sinsky, C. From Triple to Quadruple Aim: care of the patient requires care of the provider. **Annals of Family Medicine.** 2014;12(6):573–576. doi:10.1370/afm.1713.
27. Reason, J. Human error: models and management. **BMJ.** 2000;320(7237):768–770. doi:10.1136/bmj.320.7237.768.
28. World Health Organization. **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care.** Geneva: WHO; 2021.

Те подкрепят рамката „структура – процес – резултат“, системния анализ на грешките, безопасността и необходимостта едновременно да се оценяват пациентските резултати, популационният ефект, ресурсите и състоянието на екипа.

Информационни системи и учеща практика

29. Arndt, B. G.; Beasley, J. W.; Watkinson, M. D.; Temte, J. L.; Tuan, W. J.; Sinsky, C. A.; Gilchrist, V. J. Tethered to the EHR: primary care physician workload assessment using EHR event log data and time-motion observations. **Annals of Family Medicine.** 2017;15(5):419–426. doi:10.1370/afm.2121.
30. Friedman, C. P.; Rubin, J.; Brown, J.; Buntin, M.; Corn, M.; Etheredge, L., et al. Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning Learning Health System. **Journal of the American Medical Informatics Association.** 2015;22(1):43–50. doi:10.1136/amiajnl-2014-002977.
31. World Health Organization. **Global Strategy on Digital Health 2020–2025.** Geneva: WHO; 2021.

Заключително послание

Добре управляваната практика не е тази, в която лекарят върши най-много. Тя е тази, в която пациентът получава необходимата грижа навреме, процесите не го губят, екипът може да работи добре, а системата запазва способността си да продължи.