УЧЕБНО ПОМАГАЛО • ОБЩА МЕДИЦИНА

Пациентът-партньор при вземане на решения в общата медицинска практика

Клинично мислене, управление на несигурността и споделено вземане на решения

> *В общата практика доброто решение не е непременно най-технологичното. То е медицински обосновано, безопасно и приемливо за конкретния човек.*

Д-р Пламен Латев д.м., ОПЛ
Катедра Обща медицина, съдебна медицина и деонтология
Медицински университет - Плевен

За студенти по медицина • V курс •2026

Включени теми

1. Различия между ОПЛ и тесния/болничния специалист.
2. Модели на взаимоотношенията лекар–пациент.
3. Етични дилеми в общата практика и подходи за решаването им.
4. Доверителност и конфиденциалност в работата на ОПЛ.
5. Права на пациента.
6. Вземане на решения в ОМП – особености и влияещи фактори.
7. Различия между вземането на решения в общата практика и болницата.
8. Несигурност в общата практика и нейното управление.
9. Пациентът като партньор и споделено вземане на решения.

Учебни цели

10. разграничаване на диагноза, клиничен проблем, решение и поведенчески план;
11. обяснение на спецификата на клиничното мислене при първи контакт, недиференцирани симптоми и мултиморбидност;
12. сравнение на работата и решенията в общата практика, специализираната и болничната помощ;
13. разпознаване на диагностичната, прогностичната, терапевтичната и организационната несигурност;
14. прилагане на вероятностно мислене, поетапна оценка, safety-netting и проследяване;
15. разбиране на моделите лекар–пациент и различните равнища на участие;
16. структуриране на споделено решение при повече от една клинично разумна възможност;
17. свързване на правата, информираното съгласие, отказа, конфиденциалността и етичната отговорност с реалната консултация.

Как да се използва материалът

Материалът се чете последователно като разказ за решението в общата практика: от първоначалния проблем и вероятностното мислене, през несигурността и безопасността, до партньорството, правата и етичните граници. Всеки основен раздел може да се използва и самостоятелно за подготовка на съответния изпитен въпрос.

Бележките към преподавателя са запазени с по-малък сив шрифт, за да не се губи първоначалната логика на представянето, но са ясно отделени от текста за самоподготовка.

Съдържание

1. Увод: защо решението е повече от диагнозата 5

2. Основни понятия и определения 7

2.1. Какво партньорството не е 8

3. Специфика на вземането на решения в ОМП..... 9

..... 9

3.1. Първи контакт и неселектирана заболеваемост 9

3.2. Ранни и недиференцирани прояви..... 9

3.3. Комплексност, мултиморбидност и приоритети 9
3.4. Условията на работа 10
4. Как лекарят достига до решение 11
4.1. Индуктивен и хипотетико-дедуктивен подход 11
..... 11
4.2. Разпознаване на модели и аналитично мислене 11
4.3. Моделът на Sackett: от възможности към оценен резултат 12
4.4. Изследванията като част от решението 13
5. Фактори, повлияващи решенията в ОМП 14
6. Различия между ОПЛ и тесния/болничния специалист при клиничната работа и вземането на решения 15
6.1. Един и същ симптом в два различни контекста 16
7. Несигурността като нормална част от ОМП 18
7.1. Видове несигурност 18
7.2. Основни източници 18
7.3. Неполезни реакции към несигурността 19
8. Практическо управление на несигурността 20
8.1. Първо: опасното и времевият хоризонт 20
8.2. Вероятностно мислене и прагове за действие 20
8.3. Поетапно изследване и време като диагностичен инструмент 20
8.4. Предпазна мрежа (safety-netting) 21
8.5. Комуникация на несигурността 22
8.6. Документиране и обратна връзка 22
9. Пациентът като партньор 23
..... 23
9.1. Модели на взаимоотношения лекар–пациент 23
26.2. Двете експертизи 23
10. Споделено вземане на решения 25
..... 25
10.1. Кога е особено необходимо 25
10.2. Седем практически стъпки 25
..... 25
10.3. Моделът „три разговора“ 26
10.4. Комуникация на риска 26
10.5. Помощни средства за решение 27

10.6. Споделено решение и мотивационно интервюиране 27
11. Права на пациента, конфиденциалност и етични граници на партньорството 28
11.1. Основни права на пациента в консултацията 28
11.2. Информираното съгласие като комуникационен процес 28
11.3. Способност за решение и подкрепено участие 28
11.4. Право на отказ и професионална реакция 29
11.5. Доверителност и конфиденциалност 29
11.6. Основни етични дилеми в общата практика 29
11.7. Модел за етично решение 29
11.8. Граници на партньорството и медицински необосновано искане 30
Изпитно ядро 30
12. Интегриран модел на решението в ОМП 31
12.1. Седемте въпроса на безопасното решение 31
12.2. Три фази на консултацията 31
13. Практически казуси 33
Въпроси за проверка на знанията 38
Библиография 39

1. Увод: защо решението е повече от диагнозата



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете при началния въпрос към студентите. Оставете кратко време за отговори, след което преминете към метафората за „конете и зебрите“.

„Когато чуеш тропот на галопиращи крака, мисли за коне, а не за зебри“ е запомняща се метафора за предварителната вероятност. В общата практика честите и самоограничаващи се състояния са много по-вероятни от редките болести. Но правилото не означава да се игнорират „зебрите“. То означава лекарят да започне от вероятното, едновременно да търси признаци за опасното и да организира проследяване, което ще разкрие промяната на картината.

Пациентът не влиза в кабинета като учебникова диагноза. Той идва с оплакване, преживяване на болестта, тревога, очакване и конкретна молба: да бъде прегледан, да получи обяснение, лечение, документ, направление, профилактична оценка или потвърждение, че е безопасно да изчака. Затова посещението в ОМП е процес на определяне и решаване на проблем, а клиничният преглед е само една от неговите части.

Диагнозата класифицира заболяването и улеснява общуването между професионалистите. Решението обаче отговаря на по-широки въпроси: Има ли непосредствен риск? Трябва ли да се изследва сега? Може ли да се наблюдава? Кое лечение е подходящо? Как се съчетава с другите заболявания и лекарства? Приемливо ли е за пациента? Кога трябва да се преоцени? В ОМП поведенческо решение често се взема преди окончателната диагноза или без такава.

Партньорството не променя медицинските факти, но променя начина, по който те се превръщат в действие. Лекарят носи експертизата за заболяванията, вероятностите, изследванията и лечението; пациентът носи експертизата за собствения си живот, цели, страхове и допустими компромиси. Когато има повече от една клинично разумна възможност, доброто решение е пресечната точка между доказателствата и човешкия контекст.



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Диагнозата е ориентир; решението е поведение“ — Покажете след разграничението между поставяне на диагноза и избор на конкретно поведение за този пациент

EXAM POINTS Диагнозата е важен ориентир, но не е равнозначна на решение на проблема. В ОМП решенията са диагностични, терапевтични, прогностични, организационни, превантивни и комуникационни; те често се вземат при непълна информация.

2. Основни понятия и определения

Понятие	Работно определение	Практическо значение
Здравен проблем	Всяко състояние, потребност или обстоятелство, което засяга здравето и изисква оценка или действие.	Може да бъде симптом, риск, заболяване, функционално ограничение, семейна или социална трудност.
Болест (disease)	Биологично или патологично нарушение, описано чрез професионални категории.	Фокусът е върху патофизиологията, вероятната причина и клиничния изход.
Преживяване на болестта (illness)	Начинът, по който човекът усеща, разбира и вписва проблема в живота си.	Определя тревогите, очакванията, предпочитанията и готовността за действие.
Клинично мислене	Процесът на събиране, интерпретиране и интегриране на данни за изграждане и проверка на хипотези.	Свързва анамнезата, прегледа, контекста, тестовете и последващото наблюдение.
Решаване на проблем	По-широк процес: определяне на проблема, поставяне на цели, избор на действия и оценка на резултата.	Може да завърши с наблюдение, съвет, лечение, насочване или преосмисляне – не само с диагноза.
Клинично решение	Избор между възможни действия при конкретен пациент и конкретна степен на сигурност.	Включва отговорност за ползата, риска, изпълнимостта и проследяването.
Несигурност	Ограничение на знанието или предвидимостта относно диагнозата, развитието, ефекта на лечението или ценностите.	Не е сама по себе си грешка; риск възниква, когато е непризната или неуправлявана.
Пациент-центрирана грижа	Грижа, която отчита опита, нуждите и предпочитанията на пациента.	Измества фокуса от „случай на заболяване“ към конкретния човек.
Личностно ориентирана грижа	По-широк подход към човека във времето, семейството, общността и жизнените му цели.	Особено съответства на продължителността и комплексността на ОМП.
Овластяване	Подкрепа човекът да разбира, да участва и да управлява здравето си според възможностите си.	Изисква информация, умения, реален избор и подкрепа – не прехвърляне на отговорност.
Информирано съгласие	Доброволно приемане на предложено действие след разбираема информация за същността, алтернативите, ползите и рисковете.	Правно и етично условие; не е еднократен подпис, а комуникационен процес.
Споделено вземане на решения	Съвместен процес, в който лекарят и пациентът обсъждат разумните възможности и избират според доказателствата и ценностите.	Най-нужно е при повече от една приемлива алтернатива и чувствителни към предпочитанията решения.

2.1. Какво партньорството не е



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете преди изброяването какво партньорството не е; използвайте слайда като визуално обобщение на шестте последващи точки.

- не е пациентът да бъде оставен сам да избира между неразбираеми медицински възможности;
- не е лекарят да изброи варианти без препоръка и да се оттегли;
- не е механично изпълнение на всяко желание на пациента;
- не е изравняване на медицинските знания, а съчетаване на различни видове експертиза;
- не премахва професионалната, етичната и юридическата отговорност на лекаря;
- не изисква едно и също ниво на участие при всяка ситуация – някои пациенти желаят по-активна, други по-подкрепена роля.

КЛЮЧОВА ИДЕЯ Партньорството не означава „Вие решете“. То означава: „Ще изясним заедно кое е медицински разумно и кое от разумните решения най-добре съответства на Вашите цели и възможности.“

3. Специфика на вземането на решения в ОМП



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете като вход към раздел 3, преди да разгледате последователно първия контакт, ранните прояви, комплексността и продължителността.

3.1. Първи контакт и неселектирана заболеваемост

Общопрактикуващият лекар обичайно е първата медицинска точка на контакт и приема проблеми без предварителна селекция по орган, възраст или предполагаема диагноза. Това има непосредствено последствие: честотата на конкретно тежко заболяване сред всички пациенти с даден симптом е по-ниска, отколкото в специализиран кабинет или болнично отделение. Клиничните данни и тестовете следователно трябва да се тълкуват през различна предварителна вероятност.

Например гръдната болка в спешно кардиологично звено и гръдната болка в общата практика не са еднакви диагностични популации. В ОМП значителна част от случаите ще имат мускулно-скелетна, гастроезофагеална или тревожна причина; въпреки това ОПЛ трябва бързо да разпознае пациентите, при които вероятността и последиците на остър коронарен синдром налагат спешно поведение.

3.2. Ранни и недиференцирани прояви

Заболяването често се вижда преди типичната му клинична картина. Симптомите могат да бъдат краткотрайни, неспецифични или променящи се; в първия контакт не винаги е възможно да се даде етиологичен етикет. Специфичното умение на ОПЛ е не само да разпознава заболявания, а да различава безопасното за наблюдение от състоянието, което изисква незабавна намеса.

Практическо правило: атипичните прояви на честите болести са по-чести от типичните прояви на редките; но „червените флагове“ и несъответстващото развитие променят прага за действие.

3.3. Комплексност, мултиморбидност и приоритети

Един пациент може едновременно да има остър симптом, няколко хронични заболявания, полифармация, функционално ограничение, тревожност и социална трудност. Отделните ръководства могат да препоръчват множество интервенции, които в комбинация са тежки, конфликтни или непостижими. Затова решението в ОМП изисква приоритизиране: кое носи най-голям риск, кое има най-голяма очаквана полза, кое е важно за пациента и кое е възможно сега.

3.4. Условията на работа

Решенията се вземат при ограничено време, променлив достъп до изследвания и специалисти и необходимост да се използват ресурсите отговорно. Същевременно ОМП разполага с уникален ресурс: познаването на пациента, семейството и предишното му поведение; продължителната връзка; възможността за повторна оценка; и координацията на грижата. Времето не е само изчакване – при правилно подбран пациент то е диагностичен инструмент.

- решение дали пациентът може да остане в общността или се нуждае от спешност/хоспитализация;
- решение дали да се изследва незабавно, поетапно или изобщо да не се изследва;
- решение за лечение, наблюдение, самопомощ, консултация или подкрепа;
- решение как да се съчетаят острото, хроничното и превантивното в ограниченото време;
- решение какво може да се отложи безопасно и какво не трябва да бъде пропуснато.

EXAM POINTS Специфичният процес на решение в ОМП се определя от първия контакт, неселектираните и ранни прояви, ниската предварителна вероятност за отделно тежко заболяване, комплексността, ограничените непосредствени ресурси и възможността за продължително проследяване.

4. Как лекарят достига до решение

4.1. Индуктивен и хипотетико-дедуктивен подход

При традиционно описвания **индуктивен подход** се събира максимално пълна анамнеза, извършва се пълен преглед и широк набор изследвания, след което данните се обединяват в диагноза. Подходът има място при неясни и многосистемни случаи, но рутинното му използване е неефективно и може да създаде повече шум.

В **хипотетико-дедуктивния модел** лекарят рано формира ограничен списък от хипотези и целенасочено търси данни, които ги подкрепят или отхвърлят. Процесът е итеративен: новата информация променя списъка; прегледът и тестовете проверяват конкретни въпроси; резултатът от поведението и проследяването връща информация към първоначалната преценка.

- Изходна информация: повод за посещението, симптоми, невербални сигнали и предходно знание за пациента.
- Ранни хипотези и временен списък от проблеми.
- Селективни въпроси, които различават вероятните и опасните възможности.
- Фокусиран преглед и, ако е необходимо, целеви изследвания.
- Преоценка: хипотезата се подкрепя, отслабва или се заменя.
- Решение за поведение и предварително определена обратна връзка.



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете след обяснението на хипотетико-дедуктивния подход и шестте стъпки. Подчертайте, че вероятност × тежест на пропуска определя прага за действие.

4.2. Разпознаване на модели и аналитично мислене

Опитният лекар често разпознава позната конфигурация бързо и с малко съзнателно усилие. Това е полезно при типични и повтарящи се ситуации. Аналитичното мислене е по-бавно и проверяващо; то става особено важно, когато картината е нетипична, рискът е висок, данните си противоречат, пациентът не се подобрява или първоначалната диагноза не обяснява всички находки.

Когнитивно отклонение	Как изглежда	Противодействие
Закотвяне	Прекомерно придържане към първата хипотеза.	Назовете поне една алтернатива и един факт, който не се вписва.

Когнитивно отклонение	Как изглежда	Противодействие
Преждевременно приключване	Спиране на търсенето след първото правдоподобно обяснение.	Попитайте: „Какво опасно още трябва да изключа?“
Потвърждаващо пристрастие	Търсене само на данни „за“ предпочетената диагноза.	Търсете активно опровергаващи данни.
Пренебрегване на базовата вероятност	Надценяване на рядка диагноза или тестов резултат извън контекст.	Започнете от честотата в тази популация и този клиничен контекст.
Ефект на достъпността	Скорошен или емоционален случай изглежда по-вероятен.	Сравнете с реалната честота и с типичните характеристики.
Диагностичен импулс	Приет по инерция предишен етикет без повторна проверка.	Върнете се към първичните данни и хронологията.



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете след сравнението между бързо разпознаване на модели и аналитично мислене. Проследете цикъла от проблема до проследяването и възможното връщане назад.

БЕЗОПАСНОСТ „Диагностичният тайм-аут“ е кратка пауза преди приключване на консултацията: Какво не се вписва? Има ли опасна алтернатива? Какво очаквам да се случи? Как пациентът ще разбере, че планът трябва да се промени?

4.3. Моделът на Sackett: от възможности към оценен резултат

В учебната рамка на клиничното решение могат да се разграничат три последователни задачи:

1. Идентифициране на възможните действия – включително действие, изчакване, изследване, лечение, консултация или насочване.
2. Оценка на вероятността и значимостта на възможните изходи – полза, вреда, пропусната възможност, неудобство и цена за пациента.
3. Избор на оптимално поведение и последваща оценка – решението не приключва с назначаването, а с проверка на резултата.

Този модел е мост между клиничното мислене и партньорството. Лекарят оценява медицинската приемливост на възможностите; пациентът помага да се оцени значението на изходите в собствения му живот.

4.4. Изследванията като част от решението

Изследването не е неутрално действие и положителният резултат не е автоматично диагноза. Стойността на теста зависи от клиничния въпрос, качеството му и вероятността преди теста. Чувствителността описва способността да се открие заболяването сред болните; специфичността – да се отчете отрицателен резултат сред неболните; предиктивните стойности показват какво означава резултатът в конкретната изследвана популация.

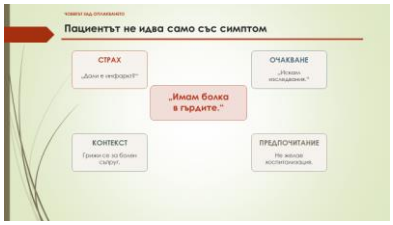
Преди изследването	След изследването	Въпрос за решение
Много ниска вероятност	Положителният резултат може по-често да е фалшив, отколкото истински.	Ще промени ли тестът поведението или ще създаде каскада?
Междинна вероятност	Добре подбран тест може съществено да измести вероятността.	Има ли праг, над/под който поведението се променя?
Много висока вероятност	Отрицателният резултат може да не е достатъчен за изключване.	Трябва ли да се действа незабавно независимо от теста?

Безразборното изследване увеличава броя на случайните и гранични отклонения. Те водят до повторни тестове, образна диагностика, процедури, тревога и понякога свръхдиагностика. Рационалният въпрос не е „Какво още може да се изследва?“, а „Кой резултат би променил поведението и достатъчно вероятно ли е да го получим?“.

> **EXAM POINTS** Предиктивната стойност на теста зависи от предварителната вероятност. Един и същ резултат може да има различно значение в ОМП и в болнично селектирана популация.

5. Фактори, повлияващи решенията в ОМП

Клиничното решение не е продукт само на диагнозата. То възниква в система от взаимодействащи фактори. Удобно е те да се разглеждат в четири групи, без да се забравя, че в реалната консултация границите между тях се припокриват.



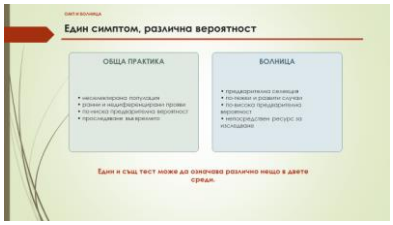
БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете след въвеждащия абзац за факторите, които влияят върху решението. Разгледайте поотделно страха, очакването, контекста и предпочитанието.

Група	Основни фактори	Как могат да променят решението
Пациент	Симптоми; възраст; коморбидност; функционално състояние; страхове и очаквания; ценности; здравна грамотност; културни и езикови особености; семейни и финансови възможности; предишен опит.	Променят риска, желаните резултати, приемливия товар на лечението, способността за самонаблюдение и изпълнимостта на плана.
Лекар	Знания и опит; клинични и комуникативни умения; толерантност към несигурност; когнитивни отклонения; умора; прегаряне; страх от грешка; лични нагласи.	Влияят върху генерираните хипотези, прага за изследване/насочване, представянето на риска и готовността за споделяне.
Здравен проблем	Вероятност и тежест; спешност; обратимост; наличие на няколко разумни алтернативи; баланс полза–риск; качество и приложимост на доказателствата.	Определят колко бързо трябва да се действа, колко несигурност е приемлива и колко чувствително към предпочитанията е решението.
Среда и система	Семейство и общност; време; достъп до проследяване; диагностични и терапевтични ресурси; екип; консултация; правила; финансиране; действащо законодателство.	Определят реално достъпните възможности, безопасността на наблюдението, координацията и цената на всяко действие.

Наличието на влияние не означава непременно пристрастие. Възрастта, функционалността, достъпът до помощ и предпочитанията са легитимни клинични фактори. Проблемът възниква, когато решение се изменя от нерелевантен стереотип, непроверено предположение или системна пречка, която остава неназована.

ВЪПРОС КЪМ СТУДЕНТА Пациент не изпълнява назначеното. Преди да определите поведението като „некомплайънс“, проверете: разбрал ли е плана, може ли да си го позволи, вписва ли се в ежедневието му, има ли нежелани ефекти, страхове или различна цел?

6. Различия между ОПЛ и тесния/болничния специалист при клиничната работа и вземането на решения



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете в началото на сравнението между ОМП и болницата. Подчертайте, че един и същ тест може да има различно значение в двете среди.

Общата практика и болницата прилагат едни и същи научни принципи, но върху различни популации, в различен момент от развитието на заболяването и с различни ресурси. Това променя вероятностите, праговете за действие и смисъла на тестовете. Болничният подход не трябва механично да се пренася в ОМП, както и наблюдението в общността не трябва да се прилага, когато пациентът вече е нестабилен.

ОМП	Болнична помощ
Неселектирани здравни проблеми; първи контакт.	Предварително селектирани пациенти по спешност, диагноза или специалност.
Чести, самоограничаващи се и поведенчески проблеми са много представени.	По-голям дял на сериозни, усложнени или редки заболявания.
Ранни, недиференцирани и непълни клинични картини.	По-разгърнати картини и повече натрупани данни.
По-ниска предварителна вероятност за конкретно тежко заболяване.	По-висока предварителна вероятност вследствие на селекцията.
Ограничени непосредствени изследвания; поетапна диагностика.	Широк и бърз достъп до лабораторни, образни и функционални изследвания.
Лекарят често решава сам или с малък екип.	Мултидисциплинарен екип и лесен вътрешен достъп до специалисти.
Познаване на пациента, семейството, контекста и предходното поведение.	Контекстът може да е по-малко познат; акцентът е върху текущия епизод.
Продължителност и повторна оценка във времето.	Интензивно наблюдение по време на ограничен епизод.
Широк спектър: безопасност, изследване, лечение, профилактика, документи, подкрепа.	По-фокусирани решения около установено/подозирано сериозно заболяване.
Ключов въпрос: може ли пациентът безопасно да остане извън болница?	Пациентът вече е преминал първоначален праг за насочване/прием.
Лесно продължително проследяване, ако достъпът и връзката са добри.	По-трудно проследяване след изписване без ефективна координация с ОПЛ.
Превенцията и здравната промоция са постоянна част от грижата.	Фокусът обичайно е върху острия или специализиран проблем.

Разликата не е в качеството или значимостта на медицинската работа, а в селекцията на пациентите, етапа на заболяването, времевия хоризонт, наличния ресурс и вида на отговорността. ОПЛ работи при първи контакт с неселектирана заболеваемост и често трябва да избере безопасно поведение преди окончателната диагноза. Болничният и тесният специалист по-често работят след предварителна селекция, с по-висока предварителна вероятност за конкретно заболяване и с по-широк непосредствен диагностичен ресурс.

Измерение	Обща медицинска практика	Тясна специалност/болница
Достъп и селекция	Първи контакт; широк спектър от чести, ранни и неспецифични проблеми.	Пациентите обикновено са насочени или приети след предварителна оценка.
Предварителна вероятност	По-ниска за редките и тежки заболявания; необходимо е разпознаване на опасното сред честото.	По-висока за заболяванията от съответния профил.
Време	Времето може да бъде диагностичен инструмент чрез активно наблюдение и повторна оценка.	Често се търси по-бързо уточняване в рамките на епизода или хоспитализацията.
Контекст	Решението включва семейство, социална среда, придържане, множество заболявания и продължителност.	Фокусът е по-тесен върху конкретния орган, заболяване или епизод.
Ресурс	Ограничени изследвания на място; изборът на тест трябва да променя поведението.	По-широк непосредствен достъп до специализирани изследвания и наблюдение.
Отговорност	Продължителност, координация и затваряне на клиничния процес.	Дълбочина в конкретния проблем и решение в рамките на специализираната задача.
EXAM POINT: ОПЛ е специалист по първия контакт, недиференцирания проблем, продължителността и координацията; тесният и болничният специалист работят при по-висока селекция и по-тесен диагностичен фокус.		

6.1. Един и същ симптом в два различни контекста

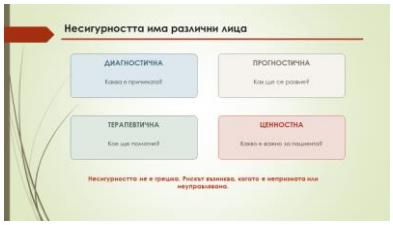
Симптомът е „гръдна болка“, но клиничната задача не е еднаква.

Елемент	В кабинета на ОПЛ	В кардиологично/спешно отделение
Популация	Много пациенти с мускулно-скелетна, гастроезофагеална, респираторна или тревожна причина; малък, но критичен дял с опасно заболяване.	Пациентите са селектирани по симптоми, риск, ЕКГ, насочване или нестабилност; делът на острите сърдечни състояния е по-висок.
Първа задача	Бърза оценка на витални показатели и „червени флагове“; решение дали е безопасно да остане извън болница.	Незабавна стратификация, мониториране и потвърждаване/изключване на спешна диагноза.
Изследвания	Целенасочени и съобразени с достъпа; при достатъчен риск насочването е по-важно от множество тестове в практиката.	Серийни биомаркери, образни и функционални методи според протокола и динамиката.
Роля на контекста	Предходни епизоди, фамилност, поведение, тревоги и възможност за повторен контакт.	Текущата физиологична стабилност и специализираните находки имат водеща тежест.

Елемент	В кабинета на ОПЛ	В кардиологично/спешно отделение
Изход	Спешно насочване; целево изследване; лечение на вероятна доброкачествена причина; или наблюдение със safety-netting.	Прием, интервенция, специализирано лечение или изписване със съгласуван последващ план.

EXAM POINTS ОМП не е „по-малка болница“. Това е различен клиничен контекст: други предварителни вероятности, по-ранни прояви, по-широки решения и уникално използване на продължителността и познаването на пациента.

7. Несигурността като нормална част от ОМП



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете след определението на несигурността и преди подробното разглеждане на диагностичната, прогностичната, терапевтичната и ценностната несигурност.

Несигурността възниква, когато наличната информация не позволява напълно сигурно описание на състоянието, развитието или най-доброто действие. Тя не е признак за некомпетентност. Компетентността се проявява в способността да се разпознае какво не се знае, какъв риск носи това незнание и как то да бъде управлявано безопасно.

7.1. Видове несигурност

Вид	Основен въпрос	Пример
Диагностична	Какво причинява оплакването?	Ранна коремна болка без типична локализация и без перитонеални признаци.
Прогностична	Как вероятно ще се развие състоянието?	Остра вирусна инфекция при възрастен пациент с коморбидност.
Терапевтична	Коя интервенция ще даде най-добър баланс полза–вреда?	Интензифициране на антихипертензивно лечение при риск от ортостатизъм.
Свързана с доказателствата	Колко надеждни и приложими са данните?	Пациент с мултиморбидност, слабо представена в клиничните изпитвания.
Ценностна	Кой изход е най-важен за пациента?	По-голяма профилактична полза срещу по-голям ежедневен товар на лечението.
Организационна	Ще може ли планът да се изпълни и наблюдава?	Няма достъп до изследване или пациентът живее далеч и няма транспорт.
Комуникационна	Разбираме ли еднакво проблема и плана?	Езикова бариера, ниска здравна грамотност или различни очаквания.

7.2. Основни източници

18. непълни, противоречиви или неточно съобщени данни;
19. ранен стадий, в който характерните белези още липсват;
20. вариабилност на заболяванията и на индивидуалния отговор;
21. ограничена чувствителност и специфичност на прегледа и тестовете;
22. мултиморбидност, взаимодействия и конкуриращи се рискове;
23. противоречиви ръководства или доказателства с ниска сигурност;
24. повече от една медицински приемлива възможност;
25. неизяснени, променящи се или вътрешно противоречиви предпочитания на пациента;

26. ресурсни ограничения и несигурен достъп до проследяване.

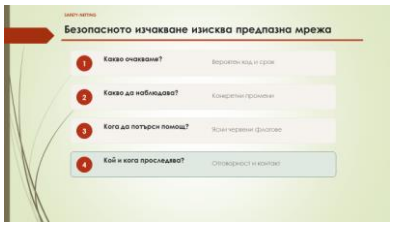
7.3. Неполезни реакции към несигурността

Реакция	Защо е проблем	По-добър отговор
Фалшива категоричност	Създава преждевременно приключване и подкопава доверието при промяна.	Назовете вероятното и неизвестното; дайте план за проверка.
Безразборни изследвания	Увеличават фалшивите положителни резултати, каскадите и тревогата.	Изследвайте само ако резултатът има вероятност да промени поведението.
Защитно насочване	Прехвърля риска, натоварва системата и може да фрагментира грижата.	Определете клиничен праг и причина за насочването.
Пасивно изчакване	Оставя пациента без критерии кога картината е променена.	Активно наблюдение с срок, отговорност и safety-netting.
Прехвърляне на избора	„Вие решете“ превръща автономията в изоставяне.	Дайте ясна препоръка и подкрепете информирания избор.
Скриване на несигурността	Пациентът не разбира защо е нужно проследяване.	Комуникирайте несигурността спокойно и структурирано.

КЛЮЧОВА ИДЕЯ Целта не е да се премахне всяка несигурност – това е невъзможно. Целта е остатъчната несигурност да бъде съвместима с безопасността и ясно управлявана.

8. Практическо управление на несигурността

8.1. Първо: опасното и времевият хоризонт



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете при управлението на несигурността. Използвайте четирите въпроса като практическа проверка дали наблюдението е действително активно и безопасно.

Преди да се уточнява най-вероятната диагноза, се определя дали има непосредствена заплаха и колко време е безопасно за допълнително наблюдение. Клиничната значимост не е равна на вероятността: рядко, но катастрофално и лечимо състояние може да изисква по-нисък праг за действие.

1. Оценете общото състояние, виталните показатели и бързата динамика.
2. Търсете специфични „червени флагове“ и уязвимост – възраст, бременност, имуносупресия, коморбидност.
3. Назовете „не трябва да пропусна“ диагнозите и проверете дали поведението ги покрива.
4. Определете времевия хоризонт: минути/часове, дни или по-дълго проследяване.

8.2. Вероятностно мислене и прагове за действие

Вместо абсолютното „има/няма заболяване“ лекарят работи с вероятност, която се актуализира. Под определен праг е разумно да не се изследва и да се наблюдава; между праговете изследването може да промени решението; над терапевтичен или спешен праг се действа, дори когато диагнозата още не е напълно потвърдена. Праговете зависят от тежестта, обратимостта, риска на интервенцията и възможността за проследяване.

8.3. Поетапно изследване и време като диагностичен инструмент

Поетапният подход започва с най-информативните и най-малко обременяващи действия. След всяка стъпка се пита дали вероятността е преминала праг, който променя поведението. Наблюдението е активно, когато има предварително определена очаквана динамика, срок за контакт и ясни критерии за по-ранна оценка.

Подход	Подходящ когато	Задължително условие
Активно изчакване	Вероятното състояние е леко/самоограничаващо се и опасните възможности са достатъчно малко вероятни.	Пациентът може да наблюдава, разбира предупрежденията и има достъп до повторна помощ.

Подход	Подходящ когато	Задължително условие
Пробно лечение	Интервенцията е относително безопасна, има диагностична/терапевтична логика и отговорът може да е информативен.	Определени са цел, срок, нежелани реакции и критерии за спиране/промяна.
Целево изследване	Резултатът реално може да премести вероятността и да промени поведението.	Предварително е ясно какво ще се направи при положителен, отрицателен или неясен резултат.
Консултация/насочване	Рискът, сложността или нужният ресурс надхвърлят безопасната граница на практиката.	Посочен е конкретен въпрос и е осигурена приемственост.
Незабавна спешност	Има физиологична нестабилност, бърза прогресия или висок риск от тежък изход.	Не се губи време в изследвания, които няма да променят необходимостта от спешна помощ.

8.4. Предпазна мрежа (safety-netting)

Предпазната мрежа е структурирано споразумение как ще се разпознае и управлява неочаквано развитие. Тя е необходима винаги, когато диагнозата не е окончателна, протичането може да се промени или наблюдението се извършва извън непосредствен лекарски контрол.

Елемент	Какво трябва да чуе пациентът
Работна оценка	„В момента най-вероятно е …, но в този ранен етап не можем да сме напълно сигурни.“
Очакван ход	„Очаквам до … да настъпи …; възможно е симптомът да се запази до …“
Предупредителни признаци	Конкретни, наблюдаеми промени – не само общото „ако се влошите“; например задух в покой, припадък, нарастваща локализирана болка, невъзможност за прием на течности.
Действие	„При тези признаци потърсете … незабавно/същия ден; не чакайте насрочения контрол.“
Срок и отговорност	„Ако няма подобрение до …, свържете се с …; контролът е на …; резултатите ще бъдат прегледани от …“
Проверка на разбирането	„За да съм сигурен, че обясних ясно, кажете ми какво ще наблюдавате и какво ще направите.“

БЕЗОПАСНОСТ Фразата „Елате, ако се влошите“ не е достатъчна. Добрата предпазна мрежа уточнява какво означава влошаване, кога да се действа, къде да се потърси помощ и кой носи отговорност за резултатите и контрола.

8.5. Комуникация на несигурността

Пациентът може да приеме несигурността, ако чуе едновременно компетентност и план. Полезна структура е: какво знаем → какво още не знаем → защо сегашното решение е разумно → как ще проверим дали е правилно. Това е различно от неуверено „не знам“ и от фалшиво успокояване.

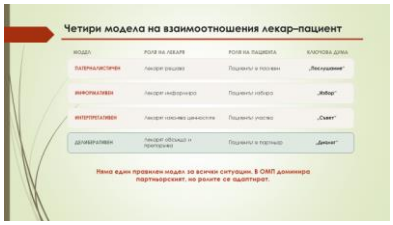
ОПЛ	Прегледът днес не показва признаци за остър хирургичен корем. Най-вероятно причината е неусложнена и може да се наблюдава.
Пациент	Значи със сигурност не е нещо сериозно?
ОПЛ	Не мога да обещая абсолютна сигурност в първите часове. Мога да Ви кажа, че рискът сега изглежда нисък и че имаме ясен начин да уловим промяна навреме.
ОПЛ	Ако болката стане постоянна и по-силна, повърнете многократно, припаднете или вдигнете висока температура, търсите помощ веднага. Ако няма подобрение до утре, ще Ви прегледам отново.

8.6. Документиране и обратна връзка

1. поводът и най-важните положителни и отрицателни находки;
2. работните хипотези и опасните възможности, които са оценени;
3. обсъдените алтернативи и причините за избраното поведение;
4. предпочитанията, въпросите и отказите на пациента;
5. конкретните инструкции за проследяване и предупредителните признаци;
6. кой ще проследи резултатите и в какъв срок;
7. какво ще бъде преразгледано при незадоволителен изход.

EXAM POINTS Управлението на несигурността включва: оценка на риска, вероятностно мислене, поетапно изследване, активно наблюдение, използване на времето, целеви праг за консултация/спешност, safety-netting, документиране и последваща преоценка.

9. Пациентът като партньор



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете при раздел 9.1. Обяснете оста от по-водеща роля на лекаря към по-активно участие на пациента и че моделът се адаптира към ситуацията.

9.1. Модели на взаимоотношения лекар–пациент

Моделите описват кой определя целите, как се използва информацията и как се избира действието. Те не са твърди категории, а ориентири. Добрата практика изисква съзнателно адаптиране към клиничната ситуация, способността и желанието на пациента да участва.

Модел	Роля на лекаря	Роля на пациента	Подходящ контекст / риск
Патерналистичен	Определя най-доброто действие и го препоръчва/предприема.	Ограничено участие.	Спешност или временна невъзможност за решение; риск от прекомерна употреба извън тези ситуации.
Информативен	Предоставя факти и възможности.	Сам избира според известните си ценности.	Ясни предпочитания и добра компетентност; риск от информационно изоставяне.
Интерпретативен	Помага да се изяснят ценностите и как възможностите им съответстват.	Изследва и формулира собствените си приоритети.	Колебание, сложни компромиси, хронични решения.
Делиберативен	Обсъжда не само „какво може“, а „какво е разумно и защо“; дава професионална препоръка.	Партньор в диалога и решението.	Чувствителни към предпочитанията решения, профилактика, дългосрочна грижа.

Предпочитаното участие може да се променя. Човек може да желае активен избор при профилактика, но по-силна препоръка при остра тревожна ситуация. Затова ОПЛ пита, вместо да предполага: „Искате ли да разгледаме подробно вариантите и да решим заедно, или предпочитате да Ви препоръчам кое смятам за най-подходящо?“

26.2. Двете експертизи

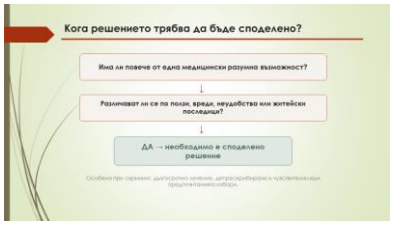


БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете непосредствено след обяснението на двете експертизи. Акцентът е общата зона: медицински обосновано, лично приемливо и реално изпълнимо решение.

Медицинска експертиза на лекаря	Жизнена експертиза на пациента	Общото решение
Диференциална диагноза, вероятности, естествен ход, доказателства, ползи и вреди, противопоказания, организация на грижата.	Цели, преживяване, страхове, ежедневие, семейни отговорности, ресурси, допустим риск и товар на лечението.	Клинично приемлива, лично смислена, практически изпълнима и проследима стратегия.

КЛЮЧОВА ИДЕЯ Равнопоставеността в достойнството не означава еднакви професионални роли. Лекарят очертава границите на безопасното и доказано поведение; пациентът участва в избора вътре в тези граници.

10. Споделено вземане на решения



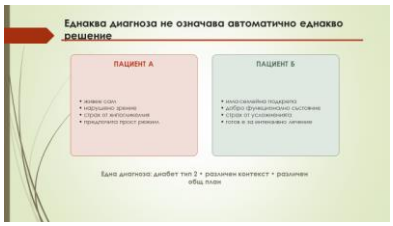
БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете като въвеждаща схема към раздел 10.1, след което конкретизирайте условията с изброените в текста ситуации

10.1. Кога е особено необходимо

1. има повече от една клинично разумна възможност;
2. ползите и вредите са близки или се оценяват различно от различните хора;
3. решението е за скрининг или превантивна интервенция;
4. предстои дългосрочно лечение, което изисква ежедневни усилия;
5. се избира между контрол на симптомите, функционалност и нежелани ефекти;
6. се обсъжда депрескрибиране или промяна на установено лечение;
7. пациентът се колебае, отказва или има предпочитание, различно от първоначалната препоръка;
8. доказателствата са несигурни или приложимостта им към конкретния пациент е ограничена.

Споделеното решение не е еднакво подробно при всяка консултация. При малък и рутинен избор може да са необходими минути; при голям компромис процесът може да се разпредели в няколко срещи и да включи помощно средство за решение, близък човек по желание на пациента и повторно обсъждане.

10.2. Седем практически стъпки



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете след условията за споделено решение. Сравнете двамата пациенти и поискайте от студентите да посочат кой житейски фактор променя общия план.

1. Посочете, че съществува избор и че мнението на пациента има значение.
2. Представете всички разумни възможности – включително наблюдение, отлагане или отказ, когато са безопасни.
3. Сравнете очакваните ползи, вреди, неудобства и неизвестното на разбираем език.
4. Изяснете целите, страховете, предпочитанията и приемливия товар на лечението.
5. Свържете възможностите с реалния живот на пациента – работа, грижи за близки, финанси, подкрепа.
6. Вземете решение, отложете го информирано или планирайте каква информация още е нужна.

7. Документирайте и проследете резултата; предпочитанията и обстоятелствата могат да се променят.

10.3. Моделът „три разговора“



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете в 10.3. Разгърнете последователно разговорите за екипа, възможностите и решението, а проследяването представете като постоянна обратна връзка.

Моделът на Elwyn и съавтори структурира споделеното решение като три свързани разговора:

Разговор	Цел	Примерна фраза
Разговор за екипа (team talk)	Да се създаде усещане за партньорство и да се обяви изборът.	„Има няколко разумни начина да продължим. Искам да изберем този, който е най-подходящ за Вас.“
Разговор за възможностите (option talk)	Да се сравнят вариантите, ползите, вредите и неизвестното.	„Нека разгледаме какво печелим, какъв риск поемаме и какво изисква всеки вариант.“
Разговор за решението (decision talk)	Да се изяснят предпочитанията и да се стигне до план.	„Кое от тези последствия е най-важно за Вас? Как се вписва това решение в ежедневието Ви?“

10.4. Комуникация на риска



БЕЛЕЖКА КЪМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: Покажете преди обяснението за относителен и абсолютен риск. Сравнете „30% намаление“ с „3 от 100“ и завършете с teach-back

Рискът трябва да се съобщава така, че да подпомага преценката, а не да впечатлява. Относителното намаление може да изглежда голямо при малка абсолютна разлика; процентите могат да бъдат трудни за сравнение; положителното и отрицателното рамкиране влияят на избора.

Принцип	По-слабо представяне	По-полезно представяне
Абсолютен риск	„Рискът намалява с 50%.“	„Без интервенцията 2 от 100, а с нея 1 от 100 души преживяват събитието за този период.“
Естествени честоти	„Вероятността е 3%.“	„Около 3 от 100 души като Вас.“
Еднакъв знаменател	„1 от 10 срещу 8%.“	„10 от 100 срещу 8 от 100.“
Двете страни	Само „97% нямат усложнение“.	„97 от 100 нямат, а 3 от 100 имат усложнение.“
Времеви хоризонт	„Рискът е 10%.“	„Рискът е около 10% през следващите 10 години.“
Несигурност	Една точна цифра без контекст.	Диапазон или уточнение, че оценката е приблизителна и зависи от допусканията.

При възможност се използват визуални таблици с еднакви знаменатели. След обяснението се прилага teach-back: пациентът не се изпитва, а лекарят проверява собственото си обяснение – „За да съм сигурен, че го казах ясно, как бихте обяснили на близък какви са двата варианта?“

10.5. Помощни средства за решение

Помощното средство за решение представя структурирано възможностите и вероятните изходи. То не заменя консултацията, клиничната оценка или препоръката. Качественият инструмент посочва източниците, използва абсолютни рискове, представя полза и вреда симетрично, обозначава несигурността и оставя място за ценностите на пациента.

10.6. Споделено решение и мотивационно интервюиране

Подход	Основна задача	Типична ситуация
Споделено вземане на решения	Избор между две или повече медицински разумни възможности.	Дали да се започне лекарство с умерена полза и значим за пациента риск от нежелани ефекти.
Мотивационно интервюиране	Изследване на амбивалентността и подкрепа за промяна на поведение.	Пациентът желае по-добро здраве, но се колебае относно отказване от тютюнопушене.
Комбиниран подход	Първо избор на стратегия, след това подкрепа за изпълнението ѝ.	Избор на план за диабет и работа с опасенията/готовността за инжекционно лечение.

EXAM POINTS Споделеното решение е процес, а не подпис. Задължителни компоненти са: ясно наличие на избор, разумни алтернативи, разбираема полза/вреда/несигурност, ценности и предпочитания, общ план и проследяване.

11. Права на пациента, конфиденциалност и етични граници на партньорството

Партньорството има смисъл само когато се основава на уважение към човека, ясна професионална отговорност и безопасна процедура за вземане на решение. Правата на пациента не са отделна административна тема. Те се проявяват в начина, по който лекарят дава информация, търси съгласие, приема отказ, пази поверителността и реагира при конфликт между желания, професионален стандарт и интерес на трети лица.

11.1. Основни права на пациента в консултацията

Право на уважение към достойнството и недискриминационно отношение.

27. Право на разбираема информация за здравния проблем, разумните възможности, ползите, рисковете и очакваното развитие.
28. Право на участие в решението и на свободно информирано съгласие.
29. Право на отказ, когато пациентът има способност за решение и отказът не създава непосредствена опасност за други лица.
30. Право на поверителност, защита на личните данни и ограничаване на достъпа до необходимия професионален кръг.
31. Право на продължителност, информация за следващите стъпки, достъп до документацията по установения ред и възможност за второ мнение.

11.2. Информираното съгласие като комуникационен процес

Съгласието не е подпис, който замества разговора. То е процес на предоставяне на подходяща информация, проверка на разбирането, доброволност и способност за решение.

Информацията се адаптира към конкретното решение. Колкото по-голям е рискът, необратимостта или несигурността, толкова по-подробно трябва да бъдат обсъдени алтернативите и възможността да не се предприема действие.

Teach-back проверява обяснението на лекаря: „За да съм сигурен, че обясних ясно, как разбирате възможностите и следващата стъпка?“

11.3. Способност за решение и подкрепено участие

Способността е конкретна за определено решение и момент. Тя включва разбиране на информацията, оценяване на значението ѝ за собствената ситуация, сравняване на възможностите и изразяване на избор.

Тревога, напреднала възраст, психично заболяване или необичайно решение не означават автоматично липса на способност. Необходимо е първо да се коригират обратими пречки: болка, делириум, езикова бариера, слухов дефицит, липса на подходящо обяснение.

Когато е възможно, участието се подкрепя чрез повече време, прост език, визуални средства, доверен придружител или повторен разговор.

11.4. Право на отказ и професионална реакция

Информираният отказ не прекратява лекарската грижа. ОПЛ изяснява причините, проверява разбирането и способността, обяснява вероятните последствия и предлага приемливи алтернативи.

Отказът се документира фактически: каква информация е обсъдена, какво е разбрано, какъв избор е направен и какъв план за безопасност е договорен.

Натискът, морализирането и формалното „подпишете отказ“ не са партньорство и могат да прекъснат бъдещото търсене на помощ.

11.5. Доверителност и конфиденциалност

Конфиденциалността защитава информацията, получена в професионалното отношение. Тя е условие пациентът да говори открито и лекарят да получи необходимите данни.

Информацията се споделя само при професионална необходимост и в минималния необходим обем. Семейството, работодателят или друг лекар нямат автоматично право да получат цялата информация.

Практическите рискове включват разговори в коридор, достъпни екрани и документи, споделени пароли, неподходящи електронни канали и обсъждане пред придружител без уточнено съгласие.

Изключенията се преценяват ограничително при законово задължение или сериозен и непосредствен риск; пациентът се информира, когато това е допустимо и безопасно.

11.6. Основни етични дилеми в общата практика

Автономия срещу благотворност: пациентът избира вариант, който лекарят смята за по-неблагоприятен.

32. Ненавреждане срещу желание за действие: изследване, антибиотик или процедура се иска без достатъчна очаквана полза.
33. Конфиденциалност срещу защита на трето лице.
34. Интерес на отделния пациент срещу справедливо използване на ограничен ресурс.
35. Пациентско предпочитание срещу професионална граница, нормативно изискване или безопасност.

11.7. Модел за етично решение

Определяне на клиничните факти, степента на риск и времевия хоризонт.

36. Установяване на способността, желанията, ценностите и предпочитаната роля на пациента.
37. Назоваване на засегнатите етични принципи, права, професионални задължения и интереси на други лица.
38. Формулиране на разумните възможности и техните последствия.
39. Разговор с пациента, а при необходимост – консултация с колега или подходяща структура.

40. Решение, документиране, safety-netting и последваща преоценка.

11.8. Граници на партньорството и медицински необосновано искане

Партньорството не задължава лекаря да извърши действие без медицинска индикация, с несъразмерен риск, извън компетентността или в нарушение на професионалния стандарт.

Отказът на лекаря трябва да бъде ясен и уважителен: да посочи медицинската причина, да предложи безопасна алтернатива и да запази отношението.

Подходяща формулировка е: „Разбирам защо искате това. Не мога да го препоръчам, защото очакваната полза е малка, а рискът е реален. Мога да предложа следните по-безопасни стъпки…“

EXAM POINT: Правата на пациента се реализират чрез уважение, разбираема информация, доброволно съгласие, възможност за отказ, конфиденциалност и безопасно продължаване на грижата. Партньорството не отменя професионалните граници и отговорността на лекаря.

Изпитно ядро

1. Представя моделите на взаимоотношенията и мястото на партньорския модел.

2. Определя основните права на пациента и информираното съгласие като процес.

3. Обяснява способността за решение, подкрепеното участие и правото на отказ.

4. Определя конфиденциалността, практическите рискове и ограничените изключения.

5. Разглежда основните етични дилеми и стъпките на етичното решение.

6. Завършва с професионалните граници при медицински необосновано или опасно искане.

12. Интегриран модел на решението в ОМП



Класическата учебна логика – идентифициране на проблема, формиране и проверяване на хипотези, избор на поведение – може да се разшири с ценностите на пациента, предпазната мрежа и обратната връзка. Така решението става цикъл, а не еднократна точка.

ПРОБЛЕМ	РИСК	ХИПОТЕЗИ	ВЪЗМОЖНОСТИ	ПРЕДПОЧИТАНИЯ	ОБЩ ПЛАН	ПРОСЛЕДЯВАНЕ

12.1. Седемте въпроса на безопасното решение

Стъпка	Ключов въпрос	Изход
1. Проблем	Какво доведе пациента и какво очаква от срещата?	Общ списък на клиничните и пациентските проблеми.
2. Риск	Какво опасно не трябва да пропусна и колко време имам?	Спешност, „червени флагове“, уязвимост и времеви хоризонт.
3. Хипотези	Кои са вероятните и значими обяснения?	Подреден, ограничен списък и целеви въпроси/преглед.
4. Възможности	Кои действия са медицински разумни и какви изходи носят?	Наблюдение, изследване, лечение, консултация или спешност.
5. Предпочитания	Кои ползи, вреди и тежести са най-важни за пациента?	Изяснени цели, страхове, ресурси и желано участие.
6. Общ план	Какво правим сега, кой какво прави и кога?	Конкретно, изпълнимо и документирано решение.
7. Проследяване	Как ще разберем дали решението работи и кога го променяме?	Срок, safety-netting, резултати и повторна оценка.

12.2. Три фази на консултацията

1. Идентифициране на проблема и молбата за помощ: изслушване, уточняване, приоритизиране и общо формулиране.
2. Формиране и проверяване на хипотези: допълнителни данни, фокусиран преглед, целеви тестове и преоценка.
3. Избор на поведение: представяне на разумните възможности, обсъждане на пациента и решение.

Постоянна обратна връзка: проследяване, предпазна мрежа и ревизия при незадоволителен резултат. Възможните изходи не се изчерпват с рецепта или направление. Те включват отказ на неуместна молба с обяснение; активно изчакване;

съвет за самопомощ; информация; лекарствено или друго лечение; консултация; психологическа и социална подкрепа; превантивна интервенция; координация и проследяване.

КЛЮЧОВА ИДЕЯ Доброто решение трябва едновременно да отговаря на четири теста: клинично приемливо, безопасно, изпълнимо и приемливо за пациента. Ако един от тях липсва, планът е нестабилен.

13. Практически казуси

Казусите не са рецепти за автоматично поведение. Те показват структурата на решението. Реалният избор зависи от прегледа, актуалните ръководства, ресурсите и националната нормативна рамка. При всеки случай първо се отделя опасното, след това се работи с вероятностите, възможностите и гледната точка на пациента.

1 Болка в лявата долна половина на корема

Вероятна диагноза, праг за насочване и активно наблюдение

Ситуация: 58-годишна жена съобщава за болка ниско вляво от около 24 часа, леко повишена температура и промяна в изхожданията. Хемодинамично е стабилна, приема течности, няма повтарящо повръщане и при прегледа няма генерализирана мускулна защита. Тревожи се за „рак“ и настоява за незабавно изследване на скенер.

Какво знаем	Какво още не знаем
Локализация и кратка давност; стабилни витални показатели; липса на генерализиран перитонеален синдром; възможност за прием на течности; тревога и конкретно очакване.	Точната етиология; динамиката през следващите часове; лабораторните отклонения; наличие на усложнение; уринарна или гинекологична причина; по-дългосрочно органично заболяване.

Опасни възможности: Перфорация/перитонит, обструкция, значимо кървене, сепсис, усложнена дивертикуларна болест, остро урологично или гинекологично състояние. При нестабилност, нарастваща дифузна болезненост, невъзможност за прием на течности, значима имуносупресия или бързо влошаване прагът за спешна оценка е нисък.

Работни хипотези: Неусложнена дивертикуларна болест е вероятна, но не е единствена. В списъка остават колит, запек, уринарна инфекция/конкремент, гинекологична причина и по-рядко неоплазия. Тревогата за рак трябва да бъде чута, но не превръща спешното образно изследване в автоматичен отговор.

Разумни възможности: Незабавна болнична оценка при висок риск; целеви лабораторни/образни изследвания, ако ще променят поведението; или кратко активно наблюдение при нисък риск с симптоматична подкрепа, конкретен контрол и планирана последваща оценка за персистиращи/рецидивиращи симптоми.

ОПЛ	Разбирам защо мисълта за рак Ви плаши. Днешният преглед не показва белези, че трябва непременно да бъдете приета в болница сега.
Пациент	Но без скенер как ще сме сигурни?
ОПЛ	Скенерът е нужен, когато резултатът вероятно ще промени поведението или има белези за усложнение. В момента можем да изберем целеви изследвания и повторен преглед до 24 часа, като предварително уточним кога не трябва да чакате.
Пациент	А тревогата ми за рак?
ОПЛ	Няма да я игнорираме. Ако симптомите персистират, рецидивират или се появят предупредителни белези, ще планираме подходящото изследване извън острия момент.

Общ план и проследяване: При описаната стабилност може да се избере поетапна оценка: целеви изследвания според находките, писмени указания, повторен преглед до 24 часа и незабавна помощ при усилване/разпространение на болката, повтарящо повръщане, припадък, кръвотечение, висока температура или общо влошаване. Отделно се планира оценка на онкологичния страх и необходимата профилактика според възрастта и историята.

EXAM POINTS Ниската непосредствена опасност не означава окончателна диагноза. Безопасното наблюдение изисква селекция на подходящ пациент, срок, предупредителни признаци, достъп до помощ и повторна оценка.

2 Пристъп на тревожност с телесни симптоми

Да не се соматизира психичното и да не се психиатризира соматичното

Ситуация: 34-годишен мъж идва с внезапно сърцебиене, стягане в гърдите, треперене, задух и страх, че ще умре. Епизодът е започнал преди 30 минути след конфликт на работа. Имал е подобни, по-кратки пристъпи. В момента е контактен и хемодинамично стабилен.

Какво знаем	Какво още не знаем
Внезапен пристъп, силен страх, вегетативни симптоми, психосоциален тригер и предишни сходни епизоди; стабилност в момента.	Има ли аритмия, исхемия, белодробен емболизъм, тиреоидно/метаболитно нарушение, употреба на стимуланти; честота и избягващо поведение; депресивност или суициден риск.

Опасни възможности: Остро сърдечно или белодробно състояние, значима аритмия, хипогликемия/друго метаболитно нарушение, интоксикация, тежка психична криза. Оценката се води от анамнезата, виталните показатели, риска и фокусирания преглед; „млад е“ не е достатъчно основание за изключване.

Пациентска перспектива: Човекът не преживява „само тревожност“, а реален телесен ужас. Преждевременното „нищо Ви няма“ звучи като отхвърляне. Полезно е да се валидира преживяването, да се обясни механизмът и да се остави възможност за преоценка, ако моделът се промени.

ОПЛ	Симптомите Ви са реални и разбирам защо Ви плашат. Първо ще проверя дали има признаци за опасна телесна причина.
Пациент	Значи мислите, че е от нерви?
ОПЛ	Паническият пристъп е вероятен, защото симптомите са започнали внезапно, има сходни епизоди и прегледът е успокояващ. Но няма да използвам това обяснение, преди да оценя рисковете.
ОПЛ	Ако проверката остане успокояваща, ще обсъдим какво става в тялото, как да преминете през пристъпа и как да намалим вероятността да се повтори.

Общ план и проследяване: След достатъчна соматична оценка се обяснява вероятният панически механизъм, прилага се спокойна подкрепа и се обсъждат последващи стъпки:

оценка на честота, отключващи фактори, функционално отражение, употреба на вещества, депресивни симптоми и риск; психотерапевтична и/или медикаментозна стратегия според тежестта и предпочитанията; конкретен контрол. Нов, продължителен или различен симптом изисква повторна оценка.

EXAM POINTS Психосоциалното обяснение е работна хипотеза, не диагноза по изключване без преценка. При тревожен пристъп ОПЛ съчетава оценка на соматичния риск, валидиране на преживяването и общ дългосрочен план.

3 Артериална хипертония

Лекарства, начин на живот и реалистично договаряне

Ситуация: 55-годишен мъж има повторно потвърдени повишени стойности на артериалното налягане и повишен сърдечно-съдов риск. Няма белези за хипертонична спешност. Казва: „Дайте ми най-силното хапче; нямам време за диети и спорт.“

Медицинска перспектива	Пациентска перспектива
Необходима е оценка на общия риск, таргетно органно увреждане, коморбидност, противопоказания и вероятна полза от медикаментозни и немедикаментозни действия.	Желае бързо и просто решение; може да очаква лекарството да „замени“ промените; вероятно има времеви, работни или мотивационни бариери.

Разумни възможности: Започване/интензифициране на подходящо медикаментозно лечение според риска и актуалните ръководства; едновременно въвеждане на една или повече реалистични промени; кратък период за домашно измерване, ако е клинично безопасно и е нужна допълнителна информация; последващо титриране според ефекта и поносимостта. „Само хапче“ и „само режим“ не трябва да се превръщат в идеологичен спор.

ОПЛ	Лекарството е важна част от намаляването на риска и ще Ви препоръчам конкретен вариант. То обаче не отменя ефекта на солта, теглото, алкохола, движението и тютюнопушенето.
Пациент	Не мога да променя всичко.
ОПЛ	Не е нужно да започваме с всичко. Коя промяна би била най-реалистична през следващите две седмици?
Пациент	Мога да спра солените закуски и да ходя пеша след работа три дни.
ОПЛ	Това е конкретен старт. Започваме лекарството, записвате налягането по договорения начин и се виждаме за ефект и нежелани реакции.

Общ план и проследяване: Договарят се медикаментозната стъпка, една-две измерими поведенчески цели, техника и честота на домашното измерване, критерии за спешна помощ при симптоми, срок за контрол и лабораторен мониторинг според избраното лечение. Успехът се оценява не само по стойностите, а и по поносимостта и устойчивостта.

EXAM POINTS Споделеното решение не изисква компромис с медицинската индикация. То превръща препоръката в изпълним план, като изяснява кое е задължително за безопасността и къде пациентът има избор.

4 Отказ от профилактичен преглед или скрининг

Автономия, риск и информирано решение без натиск

Ситуация: 40-годишна жена отказва препоръчан профилактичен цервикален тест. Казва, че се страхува от самата процедура и от възможен лош резултат: „По-добре да не знам.“

Клинична задача: Да се потвърди приложимостта на препоръката според възрастта, предходните резултати и действащите правила; да се изяснят ползата, ограниченията и възможните вреди на скрининга; да се разберат конкретните бариери; и да се уважи компетентният информиран избор.

Какво не работи: Уплашване, морализиране, преувеличаване на ползата, омаловажаване на дискомфорта или формалното „подпишете отказ“. Тези реакции могат да постигнат моментно съгласие, но разрушават доверие и не доказват разбиране.

ОПЛ	Кое Ви тревожи повече – самият преглед или възможността да се открие промяна?
Пациент	И двете. Имах болезнен преглед преди години.
ОПЛ	Това е важно. Можем да обсъдим как процедурата да бъде по-поносима, кой да я извърши и че можете да поискате да спрем. Искате ли първо да обясня какво може и какво не може да покаже тестът?
Пациент	Да, но не обещавам, че ще го направя.
ОПЛ	Не е нужно да обещавате. Целта е да вземете информирано решение, а ако Ви трябва време, ще се върнем към темата.

Общ план и проследяване: След разбираемо обсъждане пациентката може да приеме, да отложи с конкретна дата или да откаже. Ако отлага, се договаря какво би ѝ помогнало: женски специалист, повече време, подкрепящ човек, предварително обяснение и контрол върху спирането. Документират се информацията и предпочитанието; въпросът може да бъде повдигнат отново деликатно, без отказът да нарушава останалата грижа.

EXAM POINTS Скринингът се предлага на хора без симптоми; затова качеството на информирания избор е особено важно. Необходимо е да се обсъдят както потенциалната полза, така и ограниченията и вредите.

5 Лошо контролиран диабет и страх от инсулин

От „отказ“ към изясняване на смисъла и бариерите

Ситуация: 62-годишен пациент с диабет тип 2 има трайно незадоволителен контрол въпреки досегашното лечение. Лекарят предлага инжекционна терапия, а пациентът отговаря: „Инсулинът означава, че съм стигнал края. Ще стана зависим и ще ослепея.“

Какво трябва да се оцени медицински	Какво трябва да се изясни с пациента
Придържане и техника; вторични причини; симптоми и усложнения; бъбречна/чернодробна функция; риск от хипогликемия; алтернативни схеми според показанията; способност за самоконтрол.	Какво означава „зависимост“; откъде идва убеждението; страх от игли/хипогликемия; работа, зрение, сръчност, цена, семейна подкрепа; лична цел и готовност.

Опасност от погрешна рамка: Ако разговорът стане „лекарят убеждава – пациентът се съпротивлява“, може да се пропусне истинската бариера. Инсулинът не трябва да се представя като наказание за „лош пациент“, нито като единствена възможност преди повторна оценка на диагнозата, лечението и контекста.

ОПЛ	Когато казвате „зависим“, какво точно си представяте?
Пациент	Че веднъж започна ли, няма връщане и усложненията вече са неизбежни.
ОПЛ	Разбирам. Инсулинът не причинява късните усложнения; често се започва, когато организмът вече не произвежда достатъчно или когато е нужен по-силен контрол. Но има различни варианти и трябва да сравним кой е безопасен и възможен за Вас.
Пациент	Най-много ме е страх да не падне захарта, докато съм сам.
ОПЛ	Това е конкретен риск. Нека обсъдим схема с подходящ риск, обучение, измерване и какво да правите при ниска стойност. Можем да включим близък човек, ако желаете.

Общ план и проследяване: След повторна клинична оценка се сравняват разумните варианти и се дава ясна професионална препоръка. Ако се избере инсулин или друга нова терапия, планът включва обучение, демонстрация и teach-back, индивидуални цели, профилактика на хипогликемия, контакти при проблем и ранен контрол. Ако пациентът още не е готов и отлагането е приемливо, се определя кратък срок, междинна стратегия и критерии за промяна.

EXAM POINTS „Отказът“ често съдържа информация за страх, погрешно убеждение или практическа бариера. Споделеното решение започва с изясняване на причината, не с повторение на същата препоръка по-силно.

6 Колебание на родители относно ваксинация

Доверие, силна препоръка и обществена отговорност

Ситуация: Родители на 2-годишно дете се колебаят за ваксина от задължителния/препоръчителния календар, защото са чели противоречиви публикации

онлайн. Детето е клинично добре. Родителите питат: „Можете ли да ни гарантирате, че няма никакъв риск?“

Клинична и етична рамка: Лекарят защитава най-добрия интерес на детето, дава ясна научно обоснована препоръка, оценява реални противопоказания и обяснява чести и редки нежелани реакции. Нулев риск не съществува; сравнява се рискът от ваксината с риска от заболяването и неговото разпространение. Следват се актуалният календар и действащите законови изисквания.

ОПЛ	Добре е, че задавате въпросите си. Кое твърдение Ви притесни най-много?
Родител	Че ваксините претоварват имунната система и може да причинят тежък проблем.
ОПЛ	Имунната система ежедневно среща много повече антигени. Ваксината може да причини временни реакции, а тежките реакции са редки. Самото заболяване носи значително по-голям риск за детето и за уязвимите около него.
Родител	Но можете ли да гарантирате пълна безопасност?
ОПЛ	Не мога честно да обещая нулев риск за нито една медицинска намеса. Мога да проверя противопоказанията, да Ви кажа какво е известно за вероятностите и да имаме план какво да наблюдавате. Моята ясна препоръка е детето да бъде ваксинирано.

Общ план и проследяване: Проверяват се противопоказанията и точният продукт/доза според календара; отговаря се на конкретните въпроси с достоверни източници; дава се недвусмислена препоръка и се обсъждат очакваните реакции, предупредителните признаци и контактът при проблем. Ако родителите поискат кратко време за решение и отлагането не създава непосредствен риск, се насрочва конкретен повторен разговор. При продължаващ отказ се документира и се следват нормативните задължения, без прекъсване на грижата за детето.

EXAM POINTS Споделеното решение не означава фалшив баланс между доказана профилактика и недостоверна информация. ОПЛ изслушва, коригира митове, комуникира абсолютния риск, дава ясна препоръка и действа в най-добрия интерес на детето и в рамките на закона.

Въпроси за проверка на знанията

1. Каква е разликата между диагноза и клинично решение?

Кратък отговор: Диагнозата класифицира заболяването; решението определя конкретното поведение, риска, следващата стъпка и проследяването.

2. Кои особености на ОМП влияят върху решенията?

Кратък отговор: Първи контакт, неселектирана заболеваемост, ранни прояви, мултиморбидност, ограничен непосредствен ресурс, продължителност и познаване на контекста.

3. Как се различава ОПЛ от тесния/болничния специалист?

Кратък отговор: ОПЛ работи с по-ниска предварителна вероятност и широк недиференциран спектър, използва времето и проследяването и носи координираща и продължителна отговорност.

4. Кои са основните видове несигурност?

Кратък отговор: Диагностична, прогностична, терапевтична, комуникационна и организационна.

5. Какво включва safety-netting?

Кратък отговор: Очакван ход, предупредителни признаци, конкретно действие, срок и начин за повторен контакт.

6. Какво е споделено вземане на решения?

Кратък отговор: Процес, в който лекарят и пациентът обсъждат клинично разумните възможности и достигат до решение, съобразено с доказателствата и ценностите на пациента.

7. Кои са основните модели лекар–пациент?

Кратък отговор: Патерналистичен, информативен, интерпретативен/насочващ и партньорски модел.

8. Какво е информирано съгласие?

Кратък отговор: Доброволен процес на разбираема информация, проверка на разбирането, способност за решение и свободен избор.

9. Как се постъпва при информиран отказ?

Кратък отговор: Изясняват се причините и разбирането, оценява се способността, обясняват се последствията, предлага се алтернатива, документира се и се договаря безопасен план.

10. Какво означава конфиденциалност?

Кратък отговор: Защита на професионално получената информация и споделянето ѝ само при необходимост и в минимален необходим обем.

11. Кои са стъпките на етично решение?

Кратък отговор: Факти и риск, способност и желания, принципи и права, възможности, разговор/консултация, решение, документиране и преоценка.

12. Къде са границите на партньорството?

Кратък отговор: Лекарят не е длъжен да извършва необосновано, опасно, незаконно или извънкомпетентно действие, но трябва да обясни отказа и да предложи безопасна алтернатива.

Библиография

1. Валентинова Ц, Балашкова М, Недкова-Миланова В. Обща медицина – теоретични основи. Плевен: Медицински университет – Плевен; 2024.
2. Асенова Р, Форева Г. Учебник по обща медицина. Пловдив: Лакс Бук; 2024.
3. Славейков К. Въведение в общата медицина. Стара Загора; 2025.

4. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1995.

5. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1361–1367.

6. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine. Boston: Little, Brown; 1991.

7. Neighbour R. The Inner Consultation. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.

8. WONCA Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine. 2023 Edition.

9. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. Geneva: WHO; 2011.

10. General Medical Council. Decision Making and Consent. London: GMC; 2020.

11. Латев П. Интегриран модел на управлението на общата медицинска практика. Авторска монография; 2026.