

## Медико-социални грижи за възрастни хора и хора с увреждания през погледа на медицински и социални специалисти

Даниела Константинова

**Medical and social care for elderly people and people with disabilities through the view of medical and social specialists:** *The process of aging is a worldwide problem, especially pronounced in the countries of the European region. Not surprisingly a symbolic expression is used that Europe is the continent in "their fall". Elderly people and centenarians have been in all ages of the historical development and they have always determined the nature of the population pyramid. This process is falling behind meeting the needs of medical and social care for the elderly and people with disabilities in the regulations of the Republic of Bulgaria. Their insufficient regulation creates differences in approaches to providing health care, which on the other hand leads to permanent dissatisfaction with the quality of services.*

**Key Words:** *Medical and social care, elderly people*

### ВЪВЕДЕНИЕ:

Увеличаването на абсолютния брой на хората в напреднала и старческа възраст е пряко следствие на **увеличената средна продължителност на живота**. Между факторите, които допринасят за това, са подобрените условия на живот, пълноценното хранене, хигиенните жилища и др. Общото следствие от всеостранния прогрес е **намалената смъртност**. От своя страна **намаляването на раждаемостта**, което се наблюдава в повечето икономически развити страни, допринася за относителното увеличаване на населението в напреднала и старческа възраст [2].

България, както редица страни –членки на Европейския съюз, е изправена пред сериозни предизвикателства, свързани със застаряването на населението, което води до повишаване на потребността от услуги за дългосрочна грижа и съответно до нарастване на обществените разходи за тези услуги.

Дългосрочната грижа е дефинирана по различен начин в страните-членки на ЕС. Тя отразява различията в продължителността на грижите, обхванатите ползватели на услугите и често трудната за определяне граница между предлаганите медицински (здравни) и не-медицински (социални) услуги. Понастоящем в българското законодателство не съществува отделна дефиниция на дългосрочната грижа и услугите за предоставяне на дългосрочна грижа, нито официална класификация на лицата, които имат право на тях.

„Дългосрочните грижи съчетават широк набор от медицински и социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични физически или психически увреждания. тези грижи често се извършват поне отчасти от непрофесионалисти, като например роднини или приятели. дългосрочните грижи са на границата между медицинските и социалните грижи и обикновено се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни хора и на определени групи хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности” [3].

### ИЗЛОЖЕНИЕ:

Възрастовата структура на населението в България се откроява с тенденцията за непрекъснато застаряване. По данни на НЦОЗА [6]:

Таблица 1

	0-17 години	18-64 години	Над 65 години
1970 година	27,5	62,8	9,7
2000 година	19,5	64,1	16,4
2013 година	16,3	64,2	19,5

От таблицата е видно, че населението в средна възраст се запазва или леко се повишава. По-драстична е разликата във възрастовите групи 0-17 г. /почти 2 пъти намаляват/ и над 65 г. повече от два пъти увеличение. Този факт, освен лошата прогноза за развитието на нацията, поражда и необходимост от промени в здравната и социалната система. Средната продължителност на живота в България се увеличава от 51,57 г. през 1939 г. до 74,45г. през 2013 г., като едновременно с това става трайна тенденцията за отрицателен естествен прираст на населението в България.

Можем да продължим с негативната статистика, но за никого не е тайна, че неблагоприятната тенденция поражда освен много демографски проблеми свързани с нацията, но също така и икономически и социални проблеми. Здравеопазната система реагира бавно и със закъснение на демографските промени въпреки прогнозите с давност 10 год. Специализирани болници за долекуване и продължително наблюдение в цялата страна са само 5 с 390 легла по данни на НЦОЗА [6]. Независимо от тенденцията за увеличаване на заболяванията свързани с напредване на възрастта, продължава разкриването на болници за активно лечение поради уреденото финансиране по клинични пътеки.

Малко по-бързо, но пък не достатъчно професионално по проблема реагира МТСП. Пример в тази посока са социалните услуги „личен асистент“, „социален асистент“ и „домашен помощник“. От 2003 г. и до момента на територията на цялата страна се изпълнява Националната програма „Асистенти на хора с увреждания“, която има за цел предоставяне на грижа в семейна среда на хора с трайни увреждания или тежко болни самотни хора, чрез осигуряване на заетост на безработни лица като лични и социални асистенти. През 2013 г. по Програмата е осигурена подкрепа от лични асистенти на повече от 4500 потребители [6].

Грижите, които се предоставят по тези програми имат редица недостатъци – липса на професионализъм, обгрижването е само почасово при потребност от 24 часово обслужване, прекъсване на услугата при липса на финансиране. В повечето финансово стабилни страни тези услуги се предоставят от здравно-осигурителните системи при високо качество и непрекъснатост на грижите.

Предоставянето на висококачествени и устойчиви здравни и дългосрочни грижи е важен елемент на политиката в областта на социалната закрила. В тази връзка, иновациите в здравеопазването имат важна роля за посрещане на предизвикателството, свързано с устойчивостта в здравния сектор в контекста на демографските промени, като за постигането на приобщаващ растеж е важно да се работи за намаляване на неравенството по отношение на здравето.

В изпълнение на Управленската програма на Правителството и с цел осигуряване на по-качествено и достъпно здравеопазване, през 2013 г. са предприети редица мерки за подкрепа на лечебни заведения в по-малките населени места чрез утвърждаване на Методика за реда и критериите за субсидиране на общинските лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни и отдалечени райони, съгласувано с НСОРБ.

С оглед гарантиране на качествена система на здравно осигуряване и достъп до качествена медицинска помощ и здравно обслужване, след широко публично обсъждане, включително със Световна здравна организация и Световна банка, Министерски съвет одобри Национална здравна стратегия 2014-2020 г. (с Решение № 27 от 21.01.2014 г.). За нейното изпълнение е разработен План за действие, който разписва конкретните мерки по отделните политики със срокове и отговорни институции, както и източниците на финансиране. Предложените мерки отговарят на условията за икономическа устойчивост, стимулиране на ефективността и разходооефективно съсредоточаване на ресурси. Тяхното изпълнение ще улесни достъпа до здравни услуги.

За регламентирането на интегрирани здравно-социални грижи в домашна среда е разработен проект на Закон за изменение и допълнение на Закона за здравето. Предвижда се създаването на центрове за предоставяне на такива грижи, които да подпомогнат семействата и възрастните хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности, както и хора с физически увреждания или психически разстройства. Услугите ще се предоставят от медицински специалисти, специалисти в областта на социалните услуги и други специалисти. Грижите, медицинското наблюдение и другите здравни грижи за възрастните хора и хората с проблеми ще се осъществяват в тяхната домашна среда.

От всичко изброено дотук е видно, че има предприети мерки за регламентиране задоволяването на потребностите от здравни и социални услуги на възрастни хора и хора с увреждания. Разходите за социално включване /1 082 714 492/ са значително по-високи от разходите за здравеопазване /102 260 002/ като дял от БВП [2].

Стандартите и критериите за здравни грижи са визирани в чл.41, ал.2 от ППЗСП [4].

Спазването на стандарта за здравни грижи има за цел: предоставяне на качествени социални услуги в специализираните институции и социални услуги в общността; синхронизиране на дейностите по здравни грижи, осъществявани в специализираните институции и социални услуги в общността; осигуряване на благоприятни условия за хармонично физическо и духовно развитие и дълготраен активен живот на потребителите на социални услуги.

Критериите за съответствие на предоставяните социални услуги със стандарта за здравни грижи са: осигуряване на съдействие за получаване на медицинска и стоматологична помощ, както и на други здравни грижи; осигуряване на съдействие за снабдяване с предписаните лекарства; определяне на служител с подходящо образование, отговорен за изпълнението на критериите и стандартите за здравни грижи.

И въпреки наличието на отделна методика за предоставяне на здравни грижи в социалните услуги, на практика критериите и стандартите могат да се покрият само в специализираните институции не и в домашна обстановка.

Един от сериозните проблеми в здравните грижи за възрастни хора е липса на стандарти за предоставяне на здравни грижи и унифицирани планове. В България за разлика от повечето европейски страни не е въведена сестринската диагноза, оценка и план за грижи като единствени инструменти за предоставяне на качествени и всеобхватни грижи за потребителя им.

Планът за здравни грижи според ППЗСП [4] се изготвя при необходимост за задоволяване на здравните потребности на потребителите на социални услуги от лице с подходящо медицинско образование. Следва да се има предвид, че в писмения план за здравни грижи се отбелязва и информация, свързана със срока на инвалидност на ЕР на ТЕЛК с цел предприемане на съответни действия за преосвидетелстване на лицата.

Планът се актуализира при промяна в здравословното състояние на потребителя. В него липсват важни компоненти, засягащи задоволяването на базови потребности като например възможност за адекватно обличане, придвижване, избягване на опасности, комуникация, възможност за трудова дейност и др.

Предвид заболяванията и различната потребност от здравни грижи на потребителите в специализираните институции е необходимо да се осигури постоянно медицинско наблюдение [2].

Съгласно Националната стратегия за равните възможности на хората с увреждания, която е съобразена както с националния опит в тази област, така и с препоръките и практиките на Европейския съюз, Стандартните правила на Организацията на обединените нации за равнопоставеност и равни възможности за хората с

увреждания и други основополагащи международни документи, осигуряването на комплексна рехабилитация на хората с увреждания е задължително условие за пълноценното им включване в живота на обществото [3]. Рехабилитацията на хората с увреждания е цялостен процес, който осигурява последователното провеждане на стъпките от този процес, а именно – медицинска, професионална и социална рехабилитация. Целта на медицинската рехабилитация е да ограничи или да намали последиците от увреждането или заболяването и да възстанови или подобри физическите и ментални функции.

Медицинската рехабилитация се определя и осъществява от интердисциплинарни екипи-лекари, психолози, физиотерапевти, кинезитерапевти, ерготерапевти и трябва да включва:

- медицинско лечение, включително поддържаща лекарствена терапия, чиято цел е стабилизиране функциите на организма и предотвратяване влошаването на здравословното състояние и последващи увреждания;
- кинезитерапия, физикална терапия, говорна терапия, чиято цел е възстановяване или подобряване на засегнатите функции (двигателни и др.);
- ерготерапия, при която се тренират загубените или увредени физически, психически и когнитивни функции. Нейната цел е да даде възможност на хората с увреждания, включително чрез обучение за използване на различни помощни средства, да постигнат максимална степен на самостоятелност и независимост в ежедневието;
- психотерапия, чиято цел е да помогне за мобилизиране на индивидуалния психосоматичен потенциал и да окаже психологическа подкрепа на хората с увреждания, техните семейства и близки за преодоляване на психологическите проблеми и за адаптиране към състоянието на хронично заболяване и/или увреждане [5].

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Доставчикът не бива да се ограничава само с медикаментозно лечение на потребителите на социални услуги. Необходимо е да осигури провеждане на терапевтични и рехабилитационни дейности, като се съобрази със спецификата на диагнозата на съответните потребители, техните потребности, желания и интереси. Това ще доведе до създаване на терапевтична среда, не толкова и изцяло фокусирана и основана на медикаментозното лечение. Много е важно да няма пренебрегване на „трудните“ потребители, за които първоначално е преценено, че липсва потенциал за възстановяване [2]. Можем да направим следните изводи:

1. Необходимо е да се съгласуват медицинските и социални услуги с цел постигане на по-високо качество при предоставяне на комплексните грижи;
2. Много е важно участието на потребителите при определяне на грижите за тях;
3. Необходимо е въвеждане на стандарти за здравни грижи;
4. Синхронизираното изготвяне на потребностите от грижи от здравни и социални специалисти ще доведе до по-голяма удовлетвореност от предоставените услуги;
5. Финансиране – по-равномерно финансиране на дейностите също е предпоставка за по-високо качество на услугите.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

[1] ЗАКОН ЗА СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ, Обн. ДВ. бр.56 от 19 Май 1998г., изм. ДВ. бр.66 от 26 Юли 2013 г.

[2] Национален социален доклад на Република България за 2013-2014 г. (Приет от Министерския съвет на Република България на 30.04.2014 г.)

[3] НАЦИОНАЛНА СТРАТЕГИЯ ЗА ДЪЛГОСРОЧНА ГРИЖА 2014-2020 г.

[4] ПРАВИЛНИК ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ЗАКОНА ЗА СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ, Обн. ДВ. бр.133 от 11 Ноември 1998г., изм. и доп. ДВ. бр.55 от 4 Юли 2014г.

[5] [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/long\\_term\\_care/index\\_bg.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_bg.htm)

[6] <http://shs.ncpha.government.bg/>

**За контакти:**

Даниела Константинова, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0888 52 00 21, e-mail: [ddraganova@uni-ruse.bg](mailto:ddraganova@uni-ruse.bg)

**Докладът е рецензиран.**