

## Възможности за превенция на негативните социални последици за пациента след дехоспитализиране

Калина Кънчева

**Резюме:** Дейността на здравните заведения се свързва с обслужване предимно на хора с увреждания и стари хора, при които се наблюдава хронифициране на болестите или се поставя диагноза с траен характер и с трайни социални последици. В доклад за дейността на държавните лечебни заведения в страната са посочени редица проблеми, които оказват негативно влияние върху подсистемата на извънболничната медицинска помощ. Голяма част от проблемите на организацията в работата на болничните структури може да бъде преодоляна чрез включване на социален работник в мултидисциплинарния екип на лечебните заведения.

**Ключови думи:** лечебни заведения, пациент, социална работа, потребител, социални услуги

## Possibilities for prevention of negative social consequences to patient upon discharge from hospital.

Kalina Kancheva

**Abstract:** The activities of medical establishments is referred to taking care of disability persons and elderly people suffering chronic diseases or diagnosed definitely with continuous social consequences. A number of problems have been shown in a report of the governmental medical establishments of the country that negatively impact the subsystem of outpatient medical cares. A great number of the problems in the organization of medical sectors could be overcome through inclusion of social worker in the multidisciplinary team of the medical establishments.

**Key words:** medical establishments, patient, social work, user, social services

Тази статия разглежда част от проблематиката в тази област и няма претенции за изчерпателност. Голям дял от академичните изследвания в областта на хората с увреждания са насочени към медицинските изследвания и медицинската рехабилитация. В последно време се дава приоритет на социалните изследвания във връзка със социалните, правните, икономическите и политическите аспекти от живота на хората с увреждания (Будева, С., 2015). Усилия в посока подобряване на координацията между социалната и здравната системи са необходими с оглед постигането на практически резултати и предоставянето на качествени и достъпни интегрирани услуги за хронично болни

и хора с увреждания в контекста на и на двете системи. Подобряването на взаимодействието между тях гарантира осигуряване на навременни медико-социални грижи за хората предвид параметрите и индикаторите, характеризиращи общественото здраве на нацията в последните години. Като основни фактори за промяна се приемат модернизацията на социалните услуги в общността, предоставяне на повече възможности за социално включване и обучение в социални умения на лицата с увреждания (пак там).

Според доклад за дейността на държавните лечебни заведения в страната броят на леглата последователно се съкращава с цел оптимизиране на болничните структури, а броят дни на хоспитализираните лица се снижава (Концепция за реструктуриране на болничната помощ на Република България, 2009). Като организационна слабост се отчита допълнителното натоварване на болничните лечебни заведения поради нерегулирани връзки и взаимоотношения с подсистемата на извънболничната медицинска помощ (пак там).

Социалната работа е с практико-приложен характер и като такава тя използва интегрираните знания от социалните, медицинските, педагогическите, правните и други науки и прилага обобщен опит в практиката. Тя очертава своята идентичност в зависимост от динамиката и промените както във времето, така и във всички сфери от обществения живот, опитвайки се да очертае рамка от многообразието и взаимодействието на всички елементи на социалната среда. В същността си социалната работа е насочена към поддържане на благосъстоянието на обществото, отчитайки проблемите и правата на всички хора независимо от възрастта, пола, етническата принадлежност, политическите убеждения и пр.

Работата на социалния работник се определя от длъжността, която заема и самата месторабота. Самата работа се осъществява под различни форми според обхвата на обслужваните лица, мястото и вида на помощта и времето.

„Цялостност“ е един от основните принципи на професията, но той зависи не само от социалния работник–извършител, а и от взаимодействието на много и различни системи в държавата (институции, органи, организации, НПО и др.). За

пълноценното изпълнение на мисията на социалния работник е от основно значение времето на намеса. За да е навременна и максимално изчерпателна една дейност, тя трябва да започне от момента на възникване на необходимост от нея. Всяко забавяне във времето води до влошаване качеството на живот на човека, за когото се отнася.

Въпреки че теоретичната връзка между здравните и социални услуги е регламентирана в социалното законодателство, практически тя не се осъществява.

Продължителното лечение на хронично болни лица, хора с увреждания (физически, сензорни, ментални или множество), както и за лежащо болни хора създава редица затруднения, от една страна, за самото лице, за семейството, а от друга, за оказващите помощ и подкрепа. Преходът на пациента от здравното заведение към дома е тежък процес, изискващ предварителна подготовка. У нас няма практика при дехоспитализиране на пациент да се дават указания за подготовка на дома за приема му по отношение на подредбата, мястото на леглото, мебели в помещението и други, както и за възможностите, които предлага социалната сфера по отношение на услуги, ползвани в дома на потребителя и извън него (Гунчева, И., К. Кънчева, 2017).

Универсалните социални и здравни грижи са регламентирани нормативно и достъпни за всички според действащото законодателство в страната, но връзката между тях се прекъсва в момента, в който лицето/пациентът е дехоспитализиран от здравното заведение и/или е с уточнена диагноза. Липсата на адекватни здравни грижи и последващи социални услуги за голяма част от населението нарушава правото им на достоен и качествен живот, регламентирано в редица нормативни документи. Отнемането на това право засяга както самото лице, така и близките му и твърде често се отразява икономически на стандарта на живот (пак там).

## Резултати и обсъждане

През април 2017 г. беше проведено анкетно проучване сред здравни специалисти от БАЛ (Болница за активно лечение) в среден по големина град. Целта му беше да се установи доколко специалистите са запознати със социалните последици от състоянието на пациентите им, както и за възможностите, които предоставя социалната система.

В анкетирането се включиха 38 здравни специалисти от 9 различни отделения. По отношение на пола – почти всички (94,74%) са жени, останалите 5,26% са мъже. По-голямата част от средния медицински персонал в лечебните заведения са жени, което обяснява и големия процент анкетираните от този пол.

Възрастта на респондентите е:

- между 20- и 30-годишна възраст – 10,53%;
- между 31- и 45-годишна възраст – 57,89%;
- между 46- и 55-годишна възраст – 26,32%;
- останалите 5,26% са на възраст над 56 години.

Всички включили се доброволно в настоящето проучване са среден медицински кадър: медицинска сестра 89,42%, 5,26% рентгенов лаборант и останалите 5,26% медицински секретар.

Голяма част от анкетираните (31,58%) са с трудов стаж до 5 години в лечебно заведение, 5,26% са с трудов стаж между 5 и 10 години, 31,58% са с трудов стаж между 11 и 20 години, между 21 и 30 години в системата на здравеопазването са 26,32%, останалите 5,26% са с трудов стаж над 30 години.

В конкретното лечебно заведение се наблюдава висок дял на здравни специалисти, които имат дълъг професионален опит, което е причина да смятаме, че резултатите от проучването ще бъдат достоверни.

На въпроса „Смятате ли, че пациентите, постъпвайки в лечебно заведение, са достатъчно информирани за протичането на лечебния процес“:

- по-голяма част (36,84%) отговарят, че пациентите са запознати, но не са сигурни как точно ще протече престоят им в лечебното заведение;

- една по-малка част (21,05%) са на мнение, че пациентът винаги знае (осъзнава) каква терапия ще му се назначи, как ще протече и какви ще са последиците за него;
- също толкова (36,84%) е делът на тези, които смятат, че пациентът не е запознат какво му се случва, въпреки това е убеден, че това е правилно;
- останалите 5,26% са на мнение, че пациентът не е наясно какво се случва и дали е правилно.

Тези резултати могат да бъдат обяснени със снижения болничен престой за пациента и „динамиката“ на провежданите изследвания и терапии.

Почти всички анкетираните (94,74%) смятат, че пациентът трябва бъде подробно запознат с диагнозата, терапията и престоя от лекуващия лекар, останалите 5,26% смятат, че трябва да е от главния лекар на отделението, в което е настанен пациентът. Няма мнение, че тази задача следва да се извърши от друг специалист.

Със следващия въпрос на анкетираните им беше дадена възможност сами да определят състава на мултидисциплинарния екип.

Почти всички (94,74%) посочиха, че в екипа задължително трябва да бъде включен социален работник, освен останалите специалисти: лекар (лекуващ), медицинска сестра, рехабилитатор; имаше и анкетиран, който е посочил, че освен социален работник трябва в състава на екипа да има и психолог. Обединените мнения по този начин показват, че здравните специалисти осъзнават необходимостта от немедицински специалисти, които да предоставят наред с медицинската помощ и подкрепа от психологичен, социален, правен и друг характер.

Над 2/3 от анкетираните здравни специалисти (78,95%) са запознати с това, че съществува професия „социален работник“, останалите 21,05% не знаят за съществуването ѝ. При анализиране на резултатите установихме, че по-голямата част от медицинските специалисти, които не са запознати с тази професия, са с по-голям професионален опит в здравеопазването. Вероятно това се дължи на факта, че социалната работа е доста по-млада професия и дългогодишните

специалисти, от една страна, не се запознават с новостите в сферата на подпомагащите професии, а от друга страна, са „рутинери“ поради стереотипа на работата им.

На въпроса „Смятате ли, че е добре във Вашето здравно заведение да има социални работници, които да осъществяват връзката между Вас и пациента“:

- най-висок е дялът (63%) на отговорили с отговор „б“ – „Да, биха били полезни в психо-социалната помощ на лицата“;
- доста по-малка част от тях (15,78%) са отговорили „да, категорично“, че в лечебното заведение, в което работят, трябва да има назначени социални работници;
- еднакъв е дялът на изразилите мнение, че „ще поемат ангажимента към пациента по отношение на последиците от престоя им от социална гл.т.“ и отговорилите „не е необходимо“;
- останалите 5,26% смятат, че е добре да има назначени социални работници, защото са запознати с нормативната уредба в социалната политика.

Тъй като въпросът беше отворен и всеки от анкетираните имаше възможност да посочи повече от един отговор, всички са посочили, че „не, задълженията на здравните заведения към пациентите им се свеждат до здравето на пациента“

Повече от половината (63,16%) смятат, че не идентифицират изцяло очакванията и изискванията на пациентите си. По-малка част (31,58%) смятат, че ги идентифицират изцяло, а останалите 5,26% са отговорили „не“.

При анализиране на резултатите от проучването установихме, че по-голямата част от медицинския персонал са запознати със съществуването на Дирекция „Социално подпомагане“, което може да се обясни и с факта, че по-големият дял от анкетираните са млади жени, които е възможно да получават помощи от тази държавна структура. Повече от половината (57,89%) отговарят, че след оценка на потребностите на пациент го насочват да посети тази структура. По-малка част (36,84%) са отговорили, че се ограничават в работата си основно до

собствените си задължения. Останалите 5,26% са посочили „оставям ги сами да решат какво трябва да направят след изписването им от здравното заведение“.

Липсата на информация за социалния аспект при дехоспитализирането от лечебното заведение може да се посочи като една от основните причини лица след хоспитализация при наличие на категорична диагноза, която води до необходимост от ТПСМСИ (технически помощни средства, приспособления и съоръжения и медицински изделия) и/или с право на месечни и целеви помощи на основание на здравословното си състояние, да ги получават късно и нерядко да губят правото си за заден период.

Във връзка с общуването с пациента беше въпросът „Осъществявате ли успешна комуникация с Вашите пациенти по отношение на грижите за тях или намирате, че не е необходима при ясно зададени критерии, произтичащи от нормативната уредба“. Малко повече от половината (52,63%) отговарят, че винаги разговарят с тях, независимо дали са запознати или не; по-малка част (42,11%) отговарят „говоря с тях, доколкото е необходимо“; станалите 5,26% са на мнение, че не е необходима комуникация, защото всичко е ясно написано във формулярите и другите документи.

На въпроса „По време на работа случвало ли Ви се е да имате желание да направите повече за пациент, но да не намирате нормативно основание за това?“ по-голямата част (47,37%) от анкетиранияте здравни специалисти са посочили: „Опитвам се да намеря друго основание, когато смятам, че лицето има право, но системата не е съвършена; почти същия дял – 42,11% от тях са изразили мнение, че системата на здравеопазването не дава възможност за излизане от стереотипа на грижи за пациента, а останалите 10,53% разчитат/позовават се на нормативни документи.

Въпреки желанието и необходимостта да се окаже подкрепа или помощ на пациента здравната система е консервативна и затворена и с липса на гъвкавост по отношение на човека.

Следващия въпрос беше с цел да установи степента на сътрудничеството между здравните специалисти и други структури, когато работата го налага от

общ пациент или казус (социална служба, медико-социален дом, социална услуга и др.). Повечето анкетирани (42,11%) са отговорили положително, но не са превели конкретен пример, по-малка част (31,58%) споделят, че се случвало, но рядко, останалите 26,32% категорично са посочили отговор „не“. Прави впечатление, че по-голямата част отговорили отрицателно са специалисти с дългогодишен опит в системата на здравеопазването, което подчертава факта, че липсата на информираност и гъвкавост е характерна за времето, в което не е имало достатъчно развити социални услуги, и специалистите, работещи от повече години в системата, не са запознати с новостите и възможностите, които предлага социалната система.

На въпроса „По време на Вашето дежурство случвало ли се е да постъпи лице...?“:

- над половината от анкетирани (68,38%) казват, че по време на тяхно дежурство се е случвало да се преведе за хоспитализиране лице, което няма близки и роднини изобщо;
- малко по-малко (63,12%) са посочили, че са хоспитализирали лица, които нямат близки и роднини в същото населено място;
- еднакъв брой (по 42,08%) са отговорили, че се е случвало да настаняват за продължително лечение:
  - ✓ лице, чието състояние не позволява контакт и няма яснота кое е и има ли някой да се погрижи за него;
  - ✓ лица от социални институции или от места за лишаване от свобода;
  - ✓ лица, които не са в добри взаимодействия със семействата си.

Съпоставихме отговорите на този въпрос с отговорите на следващите два въпроса, които касаят грижите на тези лица след престоя им в болничното заведение.

По време на лечението по-голямата част от анкетирани (78,90%) смятат, че грижите за тези лица поемат санитарките (закупуване на лекарства, вещи за ежедневна употреба и други необходими неща), 42,08% казват, че грижа



поемат обикновено близки, роднини, посетители на други пациенти от стаята, едва 5,26% смятат, че лицето трябва да се справи само.

Повече от половината (57,86%) изразяват мнение, че грижите за тези лица трябва да се поемат от институциите, по-малка част (36,82%) смятат, че трябва да се насочват към социални служби, 15,78% са посочили, че не знаят, останалите 10,52% са отговорили, че не знаят, но и ангажиментите им се свеждат до лечението по време на престоя му в лечебното заведение.

Тези два въпроса са особено показателни, че в лечебните заведения твърде често попадат лица, за които няма кой да се погрижи не само по време на престоя им, а и след него, а здравните специалисти не могат да дадат конкретни насоки в ситуацията и да препоръчат подходящи социални услуги за тях.

Всички здравни специалисти, които са включени в анкетното проучване, заявяват, че познават социални услуги, които се предлагат в тяхното населено място, 100% са тези, които смятат, че имат информация за услуги, които се предлагат в общността и в дома на потребителя, 78,29% от тях също познават и дейността на ОДСП (Общински домашен социален патронаж), 57,86% са тези, които знаят, че има домове за хора с различни видове увреждания. Половината (52,26%) знаят за съществуването на дневни центрове за социална рехабилитация, а една по-малка част – 42,08%, са запознати и с ТПСМСИ.

При изписването на пациента от отделенията според повечето от тях (47,34%) ги насочват към специалисти, работещи в здравното заведение, които биха могли да ги насочат/консултират с последващи дейности; 36,82% имат практика лицата да се насочват към ЛКК (Лекарска консултативна комисия), ако те са работещи; 36,30% имат практика при изписването да обясняват подробно за социалните последици от прекараното заболяване; еднакъв брой от здравните специалисти (по 21,04%) са посочили, че ги насочват към ТЕЛК (Териториална експертна лекарска комисия), ако заболяването им е довело да трайно намалена работоспособност, или запознават подробно пациента и семейството му за предстоящия му живот и социалните последици от заболяването му.

На въпроса дали според тях е необходима промяна в системата по отношение на човешките ресурси – половината (50%) са отговорили, че кадрите в нея не са достатъчни, но с добри професионалисти; 36,82% са категорични, че системата има нужда от още кадри, но не са се ангажирали с оценяване на действащите; 15,78% смятат, че системата е достатъчно обезпечена кадрово; останалите 15,78% са категорични, че, от една страна, системата не е достатъчно обезпечена, а от друга – кадрите, с които разполага, не са достатъчно подготвени.

### Заклучение

Работещите специалисти в системата на здравеопазването са хора с висок професионален опит и отлично познаване на система, в която работят, но въпреки това за подобряване на качеството на грижите към хората с хронични болести и лицата с увреждания е необходим специалист, който, от една страна, да познава социалната система, за да може да дава насоки според конкретното заболяване/състояние, а от друга страна, да комуникира успешно с нея, когато случаите го налагат.

В страната нормативно е изяснено правото на човека за получаване на адекватни здравни грижи и последващи социални услуги, но няма действащ механизъм, който да ги обедини. Няма изградена действаща система за координация и комплексно обгрижване на пациента/клиента от системата на здравеопазването към социалните услуги. Необходимо е осъществяване на връзка между двете системи за постигане на качествена грижа и достоен живот на хората (Гунчева, И., К. Кънчева, К., 2017).

### Използвана литература:

- Будева, С. (2015). Изследователски доклад за образа и нуждите на хората с увреждания в България. – В: Предизвикателства пред социалното включване на хората с увреждания. Фабер.
- Всеобща декларация за правата на човека, приета от Общото събрание на ООН на 10 декември 1948 г.
- Закон за здравето. – изм. ДВ, бр. 103 от 27 Декември 2016 г.
- Закон за лечебните заведения. – изм. и доп. ДВ, бр. 98 от 9 Декември 2016 г.
- Закон за социално подпомагане. – изм. и доп. ДВ, бр. 8 от 29 Януари 2016 г.

Закон за социално осигуряване. – изм. и доп. *ДВ*, бр. 105 от 30 Декември 2016 г.  
И. Гунчева, К. Кънчева (2017). Проблеми във взаимодействието на системите на здравните грижи и социалните услуги. Пета национална студентска сесия „Здравните грижи – наука и технологии“ ФЗГ, МУ – Плевен.  
Конституция на Р България. – изм. *ДВ*, бр. 12 от 6 Февруари 2007 г.  
Концепция за реструктуриране на болничната помощ на Република България. София, ноември 2009 г.  
Национална здравна стратегия (2014–2020).  
www.who.int

**За автора:**

Калина Кънчева е асистент в сектор „Социални и фармацевтични грижи“  
Медицински колеж на Медицински университет – Плевен  
За контакти: kalinakk@abv.bg