
THE TRANSITION FROM HEALTH FACILITY TO HOME AND COMMUNITY FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Kalina Kancheva

University of medicine – Pleven, Bulgaria kalinakk@abv.bg

Abstract: During the recent years demographic status of Bulgarian population show negative trends: reduction in the number, lower birth rate, high mortality and rapid ageing. The health is an irrevocable human right, a part of the well-being, as determinant and as expected final result.

Continuous treatment of confined to bed person results in number of difficulties on one part for the person himself/herself, for his/her family as well for those rendering help and support.. The transition of patient from health facility to home is difficult process, requiring preliminary preparation. There is no existing practice when a patient is discharged to give him/her instructions how to prepare when return home, how to arrange the interior, place of bed, furniture in premises etc., as well the opportunities the social sphere is offering, regarding services, used at home or outside home..

Health services in the country are being offered by various health establishments, operating in public and private sectors. The activities in the sphere of public healthcare are commitments and responsibility of the state.

At the existing unfavorable indicators of social and living conditions in the country, the most important challenge is to reach the more developed countries of the EU in terms of interaction models of healthcare and social systems. The major challenge is improvement of population health, then success in that regard depending on increasing the efficiency of the interaction of social and healthcare system, as prerequisite to improve quality of life to people.

Hypothesis: It is accepted that in Bulgarian legislation there exist regulated connection between healthcare and social services but practically it does not function.

Objective: To survey the awareness of healthcare specialists about the social consequences for people with disabilities upon their discharge.

Site: Healthcare specialists from МРНАН (Multi profile hospital for active healthcare).

Conclusions: Professionals, employed in healthcare system are persons with high professional experience and excellent knowledge of the system they are employed with. Despite that, to improve the quality of cares for people with chronic diseases and people with disabilities, a specialist is required who on one part is aware of the social system in order to issue directions according specific disease/condition and on the other part to communicate successfully to it in cases of demand.

Normatively speaking, the right of man to receive adequate health cares and consecutive social services is clearly explained but there is not operating mechanism uniting them. There is established system for coordination and comprehensive attendance to patient/customer from the healthcare system to social services. It is necessary to implement a link between both systems to achieve quality cares and decent, fair lives of people.

Keywords: persons with disabilities, people with disabilities, social consequences

ПРЕХОДА ОТ ЗДРАВНОТО ЗАВЕДЕНИЕ КЪМ ДОМА И ОБЩНОСТТА НА ХОРАТА С УВРЕЖДЕНИЯ

Калина Кънчева

Медицински университет – Плевен, България kalinakk@abv.bg

Резюме: През последните години демографското състояние на населението в България бележи негативни тенденции: намаляване на броя му, ниска раждаемост, висока смъртност и прогресиращо застаряване. Здравето е неотменимо човешко право и е част от благосъстоянието, както като детерминанта, така и като очакван краен резултат.

Продължителното лечение на лежащо болен човек създава редица затруднения от една страна за самото лице, за семейството му, така и за оказващите помощ и подкрепа. Прехода 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 др., както и за възможностите, които предлага социалната сфера по отношение на услуги, ползвани в дома на потребителя и извън него.

В страната здравните услуги се предлагат от различни здравни и лечебни заведения, работещи в публичния или в частния сектор. Дейностите в областта на общественото здраве са ангажимент и отговорност на държавата.

При съществуващите неблагоприятни индикатори на социалните и жизнено условия в страната, най-важното предизвикателство е да се достигнат по-развитите страни на ЕС по отношение на модели на взаимодействие на здравната и социални системи. Основното предизвикателство е подобряването на здравето на населението, успеха на което зависи от повишаване на ефективността от взаимодействието на социалната и здравната системи, като предпоставка за повишаване качеството на живот на хората.

Хипотеза: Допуска се, че вбългарското законодателство съществува регламентирана връзка между здравните грижи и социалните услуги, но практически тя не функционира.

Цел: Да се проучи информираността на здравните специалисти за социалните последици за хората с увреждания след дехоспитализиране.

Обект: Здравни специалисти от МБАЛ (Многопрофилна болница за активно лечение).

Изводи: Работещите специалисти в системата на здравеопазването, са хора с висок професионален опит и отлично познаване на система, в която работят. Въпреки това, за подобряване на качеството на грижите към хората с хронични заболявания 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 в случаите, които 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 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.

Ключови думи: лица с увреждания, хора с увреждания, социални последици

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години демографското развитие се характеризира с намаляване на населението, ниска раждаемост, висока смъртност и застаряване на населението. Здравето е неотменимо човешко право и е част от благосъстоянието, както като детерминанта, така и като очакван краен резултат.

Според определение на СЗО здравето е „състояние на пълно психическо, физическо и социално благосъстояние, а не само липса на болест или недъг”.

Основните елементи на обективното благосъстояние включват условията на живот на хората и техните възможности да реализират своя потенциал и според СЗО „равният шанс за здраве е част от реалното благосъстояние”. (WHO/EURO, 2012)⁵⁷

В Националната здравна стратегия (2014-2020)⁵⁸ е възприет ценностният подход към въпроса за социалните детерминанти на здравето. Лошото здраве на бедните, както и несправедливостта по отношение на здравето между различните социални групи е предизвикано от неравномерно разпределение на власт, доходи, стоки и услуги на национално ниво. Тази несправедливост е силно изразена в реалните условия на живот, при достъпа до медицинска помощ, жилище, образование и пр. Колкото по-ниско е социалното положение на даден човек, толкова по-лошо е неговото здраве.

Проблемът със здравето на нацията придобива особена чувствителност в контекста на протичащата в страната финансова и икономическа криза и проявленията ѝ – съкратени работни места, висока безработица, влошаване качеството на живот, на труд и др. В тези условия, най-уязвимите групи от населението плащат най-висока социална цена.

Стратегията за ограничаване на здравните неравенства⁵⁹ се изгражда върху концепцията на СЗО (2008) за трите принципа на действие:

1. Подобряване на условията на живот – условията, в които хората се раждат, растат, живеят, работят и остаряват;
2. Преодоляване на несправедливото разпределение на власт, пари, ресурси;
3. Измерване и разбиране на мащаба на проблема и оценка на последствията от предприетите действия.

За осигуряване възможност на всички хора в страната да споделят ползите от дейностите на здравната система и другите сектори, свързани с опазване на здравето, Националната здравна стратегия (2014-2020) си поставя важен акцент върху тези, които са непропорционално обременени с лошо здраве.

Основните предизвикателства, които стоят пред нашата нация в областта на здравето могат да се определят като:

- Свързани с демографското застаряване и намаляване броя на населението в трудоспособна (активна) възраст;

⁵⁷ www.who.int

⁵⁸ Национална здравна стратегия (2014-2020)

⁵⁹ Стратегия за ограничаване на здравните неравенства

- Висока смъртност във всички възрастови групи от населението;
- Повишена заболяемост в областта на хроничните, незаразни заболявания, множественост на заболяванията при едно лице, хронификация на заболяванията, което често води до трайно намалена неработоспособност, необратими увреждания и не рядко до смърт;
- Недостатъчно осигуряване на здравната система с финансови и човешки ресурси;
- Увеличаващ се брой на рисковите и уязвимите групи, както и на маргинализацията им (на ниво образование, доходи и др.);
- Неподготвеност на структурите да посрещнат новите предизвикателства;
- Липса на единна политика на между секторно ниво по отношение на пациент/потребител.

В страната здравните услуги се предлагат от различни здравни и лечебни заведения, работещи в публичния или в частния сектор. Дейностите в областта на общественото здраве са ангажимент и отговорност на държавата. Според Анализ⁶⁰ от 2012 г. за дейността на здравната система в страната долекуването и продължителното лечение не са достатъчно развити в страната, както по отношение на услугите, предлагани в общността, така и по отношение на лечението в специализирани болници. Предоставяните на населението услуги варират значително от гл.т. на качеството и достъпа в различните райони. Бедността е значителна бариера за достъпа до здравна помощ, особено в система, силно разчитаща както на формалните и неформалните директни плащания.

При съществуващите неблагоприятни индикатори на социалните и жизненни условия най-важното предизвикателство е да се достигнат по-развитите страни на ЕС. Основното предизвикателство остава подобряването на здравето на населението, успеха на което зависи от повишаване на ефективността на взаимодействие на социалната и здравната системи като предпоставка за повишаване качеството на живот у населението.

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

Продължителното лечение на лежащо болен човек създава редица затруднения от една страна за самото лице, за семейството, така и за оказващите помощ и подкрепа. Прехода 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 др., както и за възможностите, които предлага социалната сфера по отношение на услуги, ползвани в дома на потребителя и извън него.

Хипотезата, която изградихме е че: В българското законодателство съществува регламентирана връзка между здравните грижи и социалните услуги, но практически не функционира.

Цел: Да проучим мнението на специалисти, работещи в здравно заведение относно информираността им за социалните последици на пациентите при дехоспитализиране.

Задачи

1. Да се разработи анкетна карта.
2. Да се подбере целева група сред здравни специалисти.
2. Да се изследва мнението на здравните специалисти за информираността им за възможностите за пациентите при дехоспитализиране за ползване на социални услуги, помощи, технически помощни средства, медицински изделия и съоръжения..
3. Да се анализират резултатите от проучването.

Обект:Здравни специалисти от МБАЛ (Многопрофилна болница за активно лечение).

Инструментарий: литературен обзор и анкетно проучване.

В здравното заведение, в което се проведе проучването има разкрити следните отделения: Хирургично отделение с разкрити структури по Урология; Акушеро-гинекологично отделение; Детско отделение; Вътрешно отделение; Отделение "Уши-нос-гърло"; Отделение за анестезия и интензивно лечение; Ортопедо-травматологично отделение и Отделение по физикална и рехабилитационна медицина.

ПРЕДСТАВЯНЕ И ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

През месец април 2017 г. беше проведено анкетно проучване сред здравни специалисти от БАЛ (Болница за активно лечение) в среден по големина град за страната. Целта му беше да се установи до колко 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 8 различни отделения. По отношение на пола – почти всички (94,74%) са жени, останалите (5,26%) са мъже. Това съотношение може да се

⁶⁰ Здравни системи в преход. България: Анализ на здравната система, 2012

обясни с факта, че 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 г. и 30 г. възраст – 10,53%;
- Между 31 г. и 45 г. възраст – 57,89%;
- Между 46 г. и 55 г. възраст – 26,32%
- Останалите 5,26% са на възраст над 56 г.

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 г. в лечебно заведение, 5,26% са с трудов стаж между 5 г. и 10 г., 31,58% са с трудов стаж между 11 г. и 20 г., между 21 г. и 30 г. в системата на здравеопазването са 26,32%, останалите 5,26% са с трудов стаж над 30 г.

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, от специалисти с голям опит и професионализъм.

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 престоя им в лечебното заведение;

Една по-малка част (21,05%) са на мнение, че пациента винаги знае (осъзнава) каква терапия ще му се назначи, как ще протече и какви ще са последиците за него;

Също толкова (36,84%) е дела на тези, които смятат, че пациента не е запознат какво му се случва, въпреки това е убеден, че това е правилно;

Останалите 5,26% са на мнение, че пациента 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 пациента 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 пациента. 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, които 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”, а 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 актуализират 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 дела на отговорили с отговор „б” 63% – „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 дела на изразилите мнение, че: „ще поемат ангажмента 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.

Т.к. въпроса беше отворен и всеки от тях 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 не рядко да губят правото си за заден период.

На въпроса: **„След оценка на потребностите на пациентите, предлагате ли им адекватни решения/варианти по отношение на възможностите им за социални услуги и технически помощни средства?”**

Малко над половината анкетираните (57,89%) отговориха с „предлагам им да посетят за помощи/услуги Дирекция „Социално подпомагане”, 36,84% се ограничават със собствените си задължения към тях и едва 5,26% са отговорили, че ги оставят сами да решат какво трябва да направят след изписването им от здравното заведение.

Отговорите на този въпрос показват в известна степен ангажираността на медицинския персонал за възможностите на пациентите си за помощи и услуги. Но независимо от това, много висок е процента на необхванатите на време лица от социалните служби.

На следващия въпрос: **„Интересувате ли се в по-късен етап, от живота на пациентите си?”** Повече от половината (57,89) анкетираните здравни специалисти отговориха с „не, ограничавам се с моите задължения към тях по време на престоя в здравното заведение”, 31,58% отговарят положително, но споделят, че въпреки това нищо не могат да променят, а останалите 10,53% заявяват категорично, че изцяло проявяват интерес.

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 анкетираните 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, 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.

Следващият 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 анкетираните (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: **„Намирате ли, че системата на здравеопазване по отношение политиката насочена към лицата с увреждания се усъвършенства или напротив, работи по стари критерии, независимо от променящите се нужди на пациента?”**

По-голямата част от специалистите (57,89%) са на мнение, че е необходим социален подход при работа с пациентите, 36,84% са на мнение, че критериите са остарели, нуждите на лицата се променят и едва 5,26% са на мнение, че политиката е насочена към нуждите на лицата с увреждания.

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

- Над половината от анкетираните (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 лице за продължително лечение, което:
 - ✓ **Състоянието му 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, който касае грижите на тези лица след престоя им в болничното заведение.

По време на лечението по-голямата част от анкетираните (78,90%) смятат, че грижите за тези лица поемат санитарките (закупуване на лекарства, вещи за ежедневно потребление и др. 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.

На въпроса: **„Сътрудничите ли си с колеги от други структури, когато работата с общ пациент/клиент го налага (социална служба, медико-социален дом, социална услуга)?“**

По-голямата част (42,11%) от анкетираните отговориха с: „да сътрудничим си с колеги от други структури“, 31,58% - „случвало се е, но рядко да сътрудничим с колеги от други структури“, 26,32% са отговорили, че си сътрудничат с колеги от други структури, но никой не е отговорил, че лицето само трябва да установи кои са необходимите му структури и организации.

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 част (52,26%) знаят за съществуването на дневни центрове за социална рехабилитация, а една по-малка част – 42,08% са запознати и с ТПСМСИ (технически помощни средства, приспособления и съоръжения и медицински изделия).

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% има 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.

ИЗВОДИ

Въпреки, че теоретично връзка между здравните и социални услуги е регламентирана в социалното законодателство, практически тя не функционира.

Продължителното лечение на лежащо болен човек създава редица затруднения от една страна за самото лице, за семейството, така и за оказващите помощ и подкрепа. Прехода 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 др., както и за възможностите, които предлага социалната сфера по отношение на услуги, ползвани в дома на потребителя и извън него.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работещите специалисти в системата на здравеопазването, са хора с висок професионален опит и отлично познаване на система, в която работят. Въпреки това, за подобряване на качеството на грижите към хората с хронични заболявания 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 в случаите, които 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 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.

Взаимодействието между тези две системи трябва да съчетава класическите методи на лечение с възможностите за дългосрочна грижа, за да се повиши ефективността от лечението и качеството на живот.

Основния приоритет в тази област трябва да е максимално ефективното използване на възможностите, които системата на социалните услуги предоставя за да не се прекъсва възстановителния процес.

Голямо предимство би било здравните заведения да разполагат с подготвени кадри за да се осъществява навреме връзката здравно заведение – социална услуга, т.к. един от сериозните недостатъци на съвременната медицина е незадоволяване изискванията на болните хора за персонално внимание и ангажираност от страна на медицинския персонал, което може да бъде своевременно избегнато чрез разширяване на екипа със социален служител.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Будаева, С., Изследователски доклад за образа и нуждите на хората с увреждания в България, Сборник научни статии „Предизвикателства пред социалното включване на хората с увреждания”, Фабер, 2015
2. Всеобща декларация за правата на човека, приета от Общото събрание на ООН на 10 декември 1948 г.
3. Закон за здравето, изм. ДВ. бр.103 от 27 Декември 2016г.
4. Закон за лечебните заведения, изм. и доп. ДВ. бр.98 от 9 Декември 2016г.
5. Закон за интеграция на хората с увреждания, изм. и доп. ДВ. бр.98 от 9 Декември 2016 г.
6. Закон за социално подпомагане, изм. и доп. ДВ. бр.8 от 29 Януари 2016г.
7. Закон за социално осигуряване, изм. и доп. ДВ. бр.105 от 30 Декември 2016г.
8. [4]Здравни системи в преход. България: Анализ на здравната система, 2012
9. И. Гунчева, К. Кънчева, Проблеми във взаимодействието на системите на здравните грижи и социалните услуги, Пета национална студентска сесия „Здравните грижи – наука и технологии” ФЗГ, МУ – Плевен, 2017
10. Конституция на Р България, изм. ДВ. бр.12 от 6 Февруари 2007г.
11. Концепция за реструктуриране на болничната помощ на Република България, София, ноември 2009 г.
12. [2][3]Национална здравна стратегия (2014-2020)
13. [1]www.who.int