МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, Д.М.Н”

ЗДРАВКО СИМОВ КАРАМИТЕВ

СЪСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМИ НА ХОСПИСНИТЕ ГРИЖИ И ИНТЕГРИРАНЕТО ИМ В НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВЕОПАЗНА СИСТЕМА

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”,

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Докторска програма: „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

Проф. д-р Тодор Димитров Черкезов, д.м.
Доц. Боряна Веселинова Борисова, д.м.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Доц. д-р Галинка Иванова Павлова, дм
Проф. Людмила Найденова Чакърова, дп

София, 2023

Дисертационният труд е написан в обем от 190 страници и съдържа 24 фигури, 18 таблици и 6 приложения. Библиографската справка съдържа 159 източника на кирилица и латиница. Изследванията, свързани с дисертацията са извършени в 21 стационарни и 1 мобилен хоспис на територията на цялата страна.

Дисертационният труд е обсъден и приет от Катедрения съвет на Катедра „Здравна политика и мениджмънт ” на Факултета по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, д.м.н.“ при Медицински университет - София, и е и насочен за защита пред

НАУЧНО ЖУРИ в състав:

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм - вътрешен член за МУ- София

Доц. д-р Галинка Иванова Павлова, дм – вътрешен член за МУ- София

Проф. Людмила Найденова Чакърова, дп – външен член за МУ- София

Проф. Диана Кръстева Иванова, дм – външен член за МУ- София

Проф. Биянка Любчова Торньова, дп – външен член за МУ- София

Резервни членове:

Проф. Добриана Александрова Сиджимова, дф, дм – вътрешен член за МУ- София

Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм – външен член за МУ- София

Материалите по защитата са на разположение в сектор „Наука“ към Факултета по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, д.м.н.“, както и на сайта на Медицинки университет: https: https://mu-sofia.bg/

Официалната защитата на дисертацията ще се състои на 19.01.2024 г. от 13:00 ч. във Факултета по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, д.м.н.“ - УМБАЛ “Царица Йоанна” – ИСУЛ, ет. 4, София, ул. „Бяло море“ № 8.

Във връзка с дисертационния труд са публикувани 3 статии и 2 доклада.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тези в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение.....5

Глава 1: Цел, задачи и методика на проучването.....8

1.1. Цел и задачи на проучването.....8

1.2. Работни хипотези.....8

1.3. Предмет на проучването.....8

1.4. Обект на проучването и единици на наблюдение.....9

1.4.1. Технически единици на наблюдението.....9

1.4.2. Логически единици на наблюдението.....10

1.4.3. Признаци на логическите единици на наблюдението.....10

1.5. Характер и обем на проучването.....11

1.6. Място и време на наблюдението.....11

1.7. Органи на наблюдението 11

1.8. Източници и методи на набиране на социологическа информация.....11

2.8.1. Източници.....12

1.8.2. Методи.....12

1.9. Методи на обработка и анализ на социологическа информация.....13

Глава 2: Резулати от собствения анализ.....16

2.1 Ключови компетенции на хоспис/палиативни екипи..... 16

2.1.1. Мултидисциплинарен подход, за качествени палиативни грижи.....16

2.1.2. Компетенции на мултидисциплинарен хоспис/палиативен екип…….....…17

2.1.3 Десетте компетенции на ЕАРС…….17

2.2. Хосписните грижи в България.....20

3.2.1. Проекти за стандарт за хоспис/палиативни грижи в България…….....24

2.2.2. Медико-социални грижи в хоспис. Интегриран подход – интегрирани здравно-социални услуги……..……..……..25

2.3. Анализ и оценка на резултатите от проучване мнението на мениджъри на хосписи…….……...27

2.3.1. Характеристика на обекта на изследване…….……..……27

2.3.2. Мултидисциплинарни екипи в хосписа - обучение и развитие…….…….....31

2.3.3. Правила за контрол и мониторинг в хосписа……..…..…….……..33

2.3.4. Ресурсна осигуреност - материална база и финансиране…….34
2.3.5. Визия на управителите за развитие на хосписа. Препоръки…….....…….36

2.4. Анализ и оценка на резултатите от проучване сред работещите в хоспис професионалисти по здравни грижи.....37

2.4.1. Характеристика на обекта на изследване…….....…….37

2.4.2. Мотивация и удовлетвореност на ПЗГ в хосписа…….39

2.4.3. Компетенции на профисоналистите по здравни грижи в хосписа……..…..42

2.4.4. Емоционална изтощеност при работа с палиативни пациенти (Бърнаут).…….....43

2.4.5. Визия на персонала за развитие на хосписа. Препоръки……..…..…..……44

2.5. Анализ и оценка на резултатите от проучване сред потребителитете на хоспис грижи и техните семейства…….....…….…..….....45

2.5.1. Характеристика на обекта на изследване…….....…..…….……..45

2.5.2. Информираност на потребителите за хоспис/палиативните грижи.....45

2.5.3. Основни причини за настаняване на потребителите в хоспис…….....47

2.5.4. Удовлетвореност от условията, персонала и качеството на грижите.....47

2.5.5. Финансови затруднения във връзка с хоспис/палиативни услуги….....…….….48

2.5.6. Визия на потребитеите за развитие хосписа. Препоръки……..…….....49

Глава 3: Заключение - изводи, препоръки и приноси.....51

3.1 Заключение 51

3.2. Изводи…...…….…….…….……53

3.3. Препоръки.....55

3.4. Приноси…….....…….56

3.5. Публикации, свързани с научния труд……..…….……..….58

ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременните здравни системи са изправени пред все по-трудни предизвикателства, обусловени от априорната хуманност на медицината и ограничените ресурси. Съществен проблем на нашето здравеопазване е несъстоялата се интеграция на хосписните грижи в здравната система. Стремежът на съвременните здравни системи да осигурят универсално здравно покритие се пречупва през призмата на базираните на доказателтва здравни потребности. Принципът на равнопоставеност на здравните грижи през целия жизнен цикъл на човешкия живот прави хосписните грижи неотменна част от модерните здравни политики.

Понятието за хоспис произхожда от латинската дума *hospitum*, което означава *частен пансион*. Първият институциализиран хоспис е открит от Сесили Сондърс през 1967 г. в Лондон. В Швеция през 1977 г. стартират първите специализирани палиативни грижи в Европа. Бързото нарастване на броя на хосписите в развитите държави им отрежда достойно място в здравните системи.

В исторически план развитието на хосписните грижи в България преминава през две фази. Първата фаза на немедицинския модел се свързва с развитието на организирани грижи за терминални пациенти от уязвимите групи на обществото. През 1989 г. Донка Паприкова със средства от благотворителна кампания създава дом "Майка Тереза", в който се полагат грижи за терминално болни. През 1994 г. движението се регистрира като фондация "Хоспис Милосърдие". Втората фаза на интегративен медицински модел се характеризира с това, че през 1999 г. хосписите вече се регистрират като лечебни заведения.[1] Закона за лечебните заведения[25] предвижда най-общо три големи групи лечебни заведения, съобразно извършваната от тях медицинска дейност в Глава пета – „Други лечебни заведения“. Именно в тази т. нар. „трета група“ лечебни заведения българският законодател е включил хосписите, домовете за медико-социални грижи, диспансерите и др.[13]

Термините „палиативни грижи“ и „хоспис грижи“ се използват в продължение на много години с различни интерпретации. В някои страни те се тълкуват като еднозначни, в други се тълкуват като различни от гледна точка на обхвата и видовете дейност. В България след последната промяна в ЗЛЗ се възприема моделът „хоспис/палиативен“, което позиционира хосписите като основни доставчици на палиативна помощ.

В настоящето проучване ще използваме термина хоспис/палиативен като еднозначен на хосписен, т. е. хосписните грижи ще се представят като хоспис/ палиативни грижи.

Дългият преход у нас, икономическата криза, деинституциализацията на социални домове и липсата на структури за палиативни грижи предизвикаха сътресения в реформиращите се социална и здравна система. Влошиха се достъпът и качеството на продължителните грижи в страната. Все повече нарастваше нуждата от структури за хоспис/палиативни грижи. Отчитайки тези тенденции**,** реформиращата се здравна система предвиждаше преустройство на болниците, което да включва създаването на хосписи. Очакваше се хосписите да задоволят потребностите от хоспис/палиативни грижи и да намалеят скъпоструващите хоспитализации. За съжаление, тази идея не се реализира. Изпусна се реална възможност за осигуряване на ресурси и развитие на хосписите.

Функционирането на тези лечебни заведения без обществени ресурси ги прави нерентабилни.[29]

Влошеният достъп до хоспис/палиативни грижи води до свръх- хоспитализации в болниците. Палиативни пациенти се приемат за активно лечение и се прехвърлят от една клинична пътека в друга, извършват се значителни разходи за пациенти, които нямат показания за активно лечение. Ако за тези пациенти се осигури финансиране и се насочват навреме към хосписи за хоспис/палиативни грижи, ще бъде спестен значителен обществен ресурс. Хосписите могат да интегрират хоспис/палиативни грижи в здравната система и да предадат по-социален облик на здравеопазването. Хосписите трябва да бъдат своеобразен „буфер“ между социалните и палиативните грижи. През последните десетилетия хосписите се опитват да развият устойчив социален модел за предоставяне на хоспис/палиативни грижи, но без подкрепата на държавата това е невъзможно. Това най-лесно и бързо може да се случи чрез договори с НЗОК за предоставяне на палиативни грижи.[30]

В настоящето изследване ще акцентираме на недостатъчно проучените съществени проблеми на организацията, финансирането и управлението на хосписните грижи у нас и на възможните подходи за тяхното решаване. Стремежът ни е да покажем, че липсата на стратегическа визия за хоспис/палиативните грижи е причина за несъстоялата се интеграция на хосписите в здравеопазването, както и да обосновем необходимостта от национална стратегия за развитието на хоспис/палиативните грижи, необходимостта от приемане на адекватна политика, която включва хоспис/палиативните грижи в здравните закони, здравното осигуряване и националния бюджет и необходимостта от ангажиране на университетите за включване на обучението по палиативни грижи като неразделен компонент на текущото образование, както и специализирано продължаващо образование за подобряване на компетенциите на хоспис/палиативните екипи. Безспорна е необходимостта от системен подход, който задължително да включва решаване проблемите на доставчиците на хоспис/палиативни грижи. За постигане на универсално здравно покритие, което е приоритет на цивилизования свят, е необходимо хоспис/палиативните грижи да заемат приоритетно място в здравната политика на страната. Надяваме се проучването да подпомогне интегрирането на хосписите в здравната система за осигуряване на устойчив модел, гарантиращ достъпни и качествени хоспис/палиативни грижи.

За хосписните грижи в страната няма много проучвания, данните от които да са достатъчни за извършване на сериозни анализи. Необходимо е да се извършват всеобхватни проучвания, които да осигурят достатъчно данни за извършване на задълбочен анализ на хосписните грижи и съпътстващите ги проблеми. Данните от настоящото проучване ще допринесат за извършването на по- адекватни анализи, последвани от добри управленски решения, касаещи хоспис/палиативните грижи.

Дисертационният труд е построен върху обширен материал, който е достатъчен за формулиране на идеи и алтернативи за управлението, финансирането и развитието на хосписите като самостоятелни лечебни заведения, осигуряващи мултидисциплинарни хоспис/палиативни грижи. В настоящата дисертация се анализира и удовлетвореността на потребителите, техните семейства и медицинския персонал от качеството на услугите в

хосписите в страната. Важен момент от изследването е визията за развитието на хоспис услугите в страната от гледна точка на респондентите в изследването – мениджъри, професионалисти по здравни грижи и потребители.

Разработката има и своя практически принос чрез изработените в нея „Интеграционна матрица“ за оценка, програма за обучение „Основи на хоспис/палиативните грижи в хоспис“ и степенна скала критерии „Хосписен пациент“, които са своеобразен управленски инструментариум, който допринася за по-добри управленски решения свързани с интегрирането на хоспис/палиативните грижи в здравната система на страната.

ГЛАВА 1: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

1.1. Цел и задачи на проучването

1.1.1. Цел

Целта на проучването е чрез ситуационен анализ на хосписите в страната относно финансов, технологичен, информационен и човешки ресурс да се обосноват нови по-ефективни насоки и подходи в хосписните грижи и в интегрирането им в националната здравна система.

1.1.2. Задачи

Във връзка с постигането на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Да изучим международните практики и литература за стандарти, норми, обучение, оценяване, финансиране, управление и устойчиво развитие на хосписните грижи;

2. Да проучим и анализираме мнението на мениджърите, на лекарите и на професионалистите по здравни грижи в хосписите и да изработим интеграционна матрица за оценка на етапното развитие на хосписите, както и тяхната готовност за интегране в здравната система на страната;

3. Да проучим и анализираме ключовите компетенции на персонала, предоставящ хоспис/палиативни грижи, както и възможностите за обучение и развитие;

4. Да проучим и анализираме мнението на потребителите на хоспис/палиативни грижи за обхвата, качеството, достъпността и да идентифицираме проблемните зони при предоставянето им;

5. Да проучим и анализираме критериите за постъпване за хоспис/палиативни грижи и да изработим скала от критерии „ Хосписен пациент“.

1.2 Работна хипотеза

Фундамент на работната хипотеза на изследването са недостатъчно проучените съществени проблеми на организацията, финансирането и управлението на хосписните грижи у нас и на възможните подходи за тяхното решаване.

Стъпвайки на този фундамент, имаме намерението да обосновем, че:

- липсата на стратегическа визия за хоспис/палиативните грижи е причина за несъстоялата се интеграция на хосписите в здравеопазването и непрекъснатото дискриминационно отношение към голяма част от палиативните пациенти в страната;
- подобряването на организацията, финансирането и управлението на хосписните грижи е неотменим елемент на националната стратегия за подобряване здравето на нацията;
- необходимостта от приемане на адекватна политика, която включва хоспис/палиативните грижи в здравните закони, здравното осигуряване и националния бюджет;

- необходимостта от гаранции, че здравното осигуряване интегрира хоспис/палиативните грижи като компонент на осигуряването не само на хартия;
- бързо включване на хоспис/палиативните грижи, като задължителен пакет от всички здравни услуги;
- необходимост от ангажиране на университети и други академични среди да включат изследвания за хоспис/палиативни грижи, както и обучение за палиативни грижи като неразделен компонент на текущото образование, включително специализирано и продължаващо образование;
- недостатъчният обществен дебат за хоспис/палиативните грижи в контекста на универсалното здравно покритие е една от причина за нарастващия обществен песимизъм към провежданата у нас здравна политика;
- изработените от проучването инструменти – „Интеграционна матрица“, „Степенна скала хосписен пациент“ и „Програма за обучение в хоспис“ притежават капацитет да въздействат върху ускоряване на необходимите реформи за интегриране на хосписите в здравната система.

1.3. Признаци на наблюдение и анализ

- Европейските тенденции за развитие на хоспис/палиативните грижи в контекста на „*универсално здравно покритие*“;
- Етапно развитие на хосписите в средносрочен и дългосрочен план;
- Подпомагане на интеграцията им в здравеопазната система на страната;
- Права на човека и палиативни грижи;
- Мултидисциплинарен подход за достъпни и качествени палиативни грижи;
- Компетенции на мултидисциплинарен хоспис/палиативен екип.

1.4. Предмет на проучването

Предмет на настоящото проучване е изучаването на организационните аспекти на хоспис/палиативните грижи, удоволетвореността на потребителите от качеството на грижите, обучение и компетенции на екипите, както и визията на всички анкетирани групи за развитие и интеграция на хоспис/палиативните грижи в здравната система на страната.

1.5. Обект на проучването и единици на наблюдение

Обект на проучването са потребителите и персоналът на два вида хосписи (стационарни и мобилни за домашни грижи) с различен юридически статут – частни, държавни и общински. В тази връзка за обект на изследването бяха определени:

- Управители (мениджъри) на хосписите;
- Професионалисти по здравни грижи от хосписите;
- Пациенти и техните семейства, ползващи хоспис/палиативни услуги.

1.5.1. Технически единици на наблюдението

Техническите единици на наблюдение включват потребителите и персонала на двадесет и един стационарни хосписа и един мобилен хоспис (за грижи по домовете). Изследваните единици извършват своята дейност на територията на цялата страна (Таблица № 1)

Таблица 1. Обхванати хосписи в изследването

Таблица № 1

Хосписи, обхванати в изследването		
№	**Наименование**	**Населено място**
1	Хоспис „Филаретова”	София
2	Хоспис „Дар”	София
3	Хоспис „Грижа”	София
4	Хоспис „Маринела”	София
5	Хоспис „Парадайс”	София
6	Хоспис „Голямата къща“	София
7	Хоспис „Давинчи”	София
8	Хоспис „Асклепий”	Варна – с. Водица
9	Хоспис „Царица Елеонора”	Варна
10	Хоспис „Филаретова”	Варна
11	Хоспис „Миладиноски”	Бургас
12	Хоспис „Червен кръст”	Кърджали
13	Хоспис „Добролюбие”	Кърджали
14	Хоспис „Рай” – мобилен	Кърджали
15	Хоспис „Безден“	Костинброд
16	Хоспис „Регионален хоспис Дряново“	Дряново
17	Хоспис „Свети Лазар”	Левски
18	Хоспис – „Мадан“	Мадан
19	Хоспис - ЗН	Стара Загора
20	Хоспис „Св. Никола Мираклийски”	Попово
21	Хоспис „50 +”	Перник
22	Хоспис „Св. Иван Рилски”	Перник

1.5.2. Логически единици на наблюдението

Логическите единици на наблюдението включват:

- Управител (мениджър) на хоспис;
- Професионалисти по здравни грижи в обхванатите хосписи;
- Пациенти и семействата им, обслужвани от обхванатите хосписи.

1.5.3. Признаци на логическите единици на наблюдението

Признаците на наблюдението имат общи и специфични характеристики при анкетираните лица в хоспис и се разглеждат подробно при описанието и анализа на използваните анкети.

1.6.4. Характер и обем на проучването

В проучването са обхванати 603 лица, разпределени, както следва:

- Управители (мениджъри) на хоспис - 22;
- Професионалисти по здравни грижи от хоспис - 111;
- Ползватели на услугите на хоспис - 470.

1.6.5. Място и време на наблюдението

Време на проучването

По своя характер проучването е като моментно изследване в лечебни заведения, посредством анкетни проучвания на управленски екипи, персонал и потребители на хоспис/палиативни грижи, както следва:

- Наблюдението на управителите (мениджъри) на хосписите се извърши в периода януари 2021 - март 2021 г.;
- Наблюдението на работещите професионалисти по здравни грижи от хосписите се извърши в периода февруари 2021 - април 2021 г.;
- Наблюдението на пациентите и техните семейства се извърши в периода март 2021 - юни 2021 г.

Място на проучването

Място на проучването са стационарите на лечебни заведения хосписи в гр. София, гр. Варна, гр. Бургас -Черноморец, гр. Стара Загора, гр. Варна – Водица, гр. Перник, гр. Кърджали, гр. Мадан, гр. Левски, гр. Костинброд, гр. Дряново, гр. Попово, както и в домовете на пациенти и амбулаторията на мобилен хоспис в гр. Кърджали.

1.7. Органи на извършване на наблюдението

В своята основна част проучването е извършено самостоятелно, с подкрепата на управителите на изследваните лечебни заведения. В процеса на събиране на информация е търсено съдействие и сътрудничество от персонала на хосписите, както и от потребителите на хоспис/палиативни грижи. Всички подбрани сътрудници предварително бяха обучени и запознати с целта и методиката за извършване на изследването.

1.8. Източници и методи на набиране на социологическа информация

1.8.1. Източници

Материалите, върху които ще се проведе изследването, са значителни по обем и обхващат съществените проблеми на организацията, управлението и на финансирането на хоспис/палиативни грижи. Условно могат да се разделят в четири пакета:

- Документи, свързани с дейността на хоспис/палиативните екипи - учебници, материали от семинари, свързани с палиативни грижи, от тематични конференции, анализи и оценки за състоянието на пациенти, индивидуални планове за грижи и друга медицинска документация;
- Мнение на лицата от трите групи анкетирани, изследвани чрез индивидуални анкетни карти;

- Чуждестранни и български литературни източници. Това са публикувани статии, монографии, доклади и ръководства, в които се засягат въпросите на организацията и управлението на хоспис/палиативни грижи. Тъй като интересът към проблемите на хосписите нараства, публикациите за несъответствията между потребностите от хоспис/палиативни грижи и възможностите за тяхното предоставяне се увеличават по брой, както в специализираните, така и в редица други издания. Литературният обзор в настоящата разработка съдържа подробен анализ на основните публикации и ръководства по изследвания проблем;
- Международни анализи и доклади, отразяващи състоянието и развитието на палиативните грижи. Това са издания на World Health Organization, European Association for Palliative Care, European Observatory on Health Care Systems, International Association for Hospice & Palliative Care и др.;
- Закони и подзаконови нормативни актове: Закон за здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване, Закон за съсловната организация на професионалистите по здравни грижи, Наредби за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебни заведения, Наредби за утвърждаване на медицински стандарти и други;
- Български документални материали: Национални здравни стратегии, Концепцията „Цели за здраве 2020", годишни отчети на министъра на здравеопазването за състоянието на здравето на гражданите, годишници и публикации на НЦОЗА, Национален рамков договор**,** документи, свързани с регистрацията и отчетната документация на лечебните заведения, данни от "Апис", РЗИ, НСИ, специализиран софтуер и др.;
- Различни интернет източници**.**

1.8.2. Методи

Методите, приложени в изследването, са както следва:

- Метод на систематизация и анализ на информацията от литературни и документални източници;
- Социологически методи:
    - Интервю - този метод е използван при телефонните контакти с лекари**,** работещи или работили в хосписи. На всички лекари са задавани същите въпроси, с които са анкетирани управителите**,** с цел полученият резултат да бъде по-широкообхватен и показателен. Интервюто даде възможност за подробно запознаване с целите на проучването и за изслушване на мнението на управителите по изследваните проблеми;
    - Анкетен метод - в основата на изследването лежи емпирично проучване на потребители и изпълнители на хоспис/палиативни грижи чрез анкети с три вида въпросници: за мениджърите на хосписите, за професионалисти по здравни грижи и за потребителите и техните семейства; (Приложение № 1, Приложение № 2 и Приложение № 3).

Зададените въпроси са групирани в следните направления:

1. Организация и управление на грижите, финансиране, обхват, проблеми и препоръки;

2. Стандарти, норми и ключови компетенции на предоставящите хоспис/палиативни грижи, квалификации;

3. Достъпност, качество и удовлетвореност от предлаганите хоспис/палиативни грижи.

- Статистически метод, включващ: вариационен анализ при описание на количествени признаци; алтернативен анализ при качествени величини, представени чрез абсолютни честоти и относителни дялове; статистически таблици и графики за илюстриране на тези, на процеси и на резултати от проведеното анкетиране;
- Исторически метод - дава възможност да се анализират същността и качеството в областта на хоспис/палиативните грижи, предоставяни в хосписите в страната, както и да се оценят евентуални във времето промени;
- Документален - теоретичният анализ на документите и различните литературни източници позволяват да се изгради логическата схема на изследването, да се дефинират обектът и предметът и да се извърши анализ на получените резултати.

1.9. Методи на обработка и анализ на първичната социологическа информация

Статистически метод

Статистическата обработка на първичните данни помогна да се интерпретират получените производни статистически величини, с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления, обект на настоящия дисертационен труд. Спазен е принципът, че качествен анализ трябва да се прилага при невъзможност за количествена оценка на изучаваното явление. Изчислявани са предимно описателни статистически показатели за качествени променливи и данните са организирани в подходящи таблици и диаграми.

- Въвеждането на данните, първоначалната обработка и графичното представяне на резултатите са осъществени с програмен продукт Microsoft Excel;
- Статистическата обработка и анализът на данните са извършени с помощта на статистически пакет SPSS версия 17.0 и Microsoft Excel;
- За разработка на качествено-измеримите признаци е използван алтернативен анализ за оценка на честотни разпределения при качествени величини и групирани данни, относителен дял ± стандартна грешка (Sp).;
- За разкриване на връзката между разглежданите явления като възраст, трудов стаж, необходимост от допълнително обучение на професионалистите по здравни грижи и др. е използван корелационен анализ;
- За оценка на статистическата значимост на наблюдаваните количествени разлики в отговорите на различни групи анкетирани е използван един от двата метода:

1. χ 2 тест за независимост на Pearson (при сравнение на две групи);

2. Непараметричен едномерен вариационен анализ - при описание на количествени показатели (признаци). Резултатите са представени като средна аритметична ± стандартно

отклонение и стандартна грешка. (при сравнение на повече от две групи); Статистически достоверни различия са приети при $p < 0,05$.;

- За онагледяване на съществуващите закономерности и зависимости чрез секторни и други диаграми е използван графичен анализ.

1.10. Постановка и организация на проучването

1. Подготвителен етап:

Проведе се в периода: май 2020 г. – октомври 2020 г.

През него са проучени източниците на информация за регистрираните, разкритите и функциониращи хосписи в България. Изградена бе реална картина за броя и структурата на професионалистите по здравни грижи, работещи в тях. Направен бе предварителен подбор на хосписи, които ще бъдат обект на проучването. Успоредно с това е търсена, проследявана и систематизирана информация, касаеща мениджмънта, потребителите и персонала в тях. Проучени са различни публикации на хартиен носител, в медиите и интернет. Основните дейности през този етап са:

- Критичен анализ и синтез на научната литература по темата;
- Подготвяне на методиките за изследване, определяне на целевите групи.

2. Изследователски етап

През този етап е осъществен контакт с управителите (мениджърите) на подбраните през подготвителния етап хосписи. Отправена е покана за участие в проучването. След получаването на разрешение са проведени анкети с персонала, пациентите и техните семейства, както и телефонни интервюта с някои от управителите (мениджърите) на хосписи, които не желаеха да попълнят анкетни карти. Етапът премина в две части:

- Първа част: изработване на анкетни карти.

Проведе се в периода: октомври 2020 г. – януари 2021 г.

- Втора част: реализиране на анкетните проучвания.

Проведе се в периода: януари 2021 г. – юни 2021 г. и включва:

- Анкетиране на мениджъри на хосписи;
- Анкетиране на професионалисти по здравни грижи, обект на проучването;
- Анкетиране на пациенти и техните семейства.

След провеждането на изследването анкетните карти бяха събрани, а данните от тях - въведени във файлове с цел по–нататъшната им статистическа обработка.

За да се стимулира участието в анкетата, в инструкцията към нея е отбелязано, че изследването е за научни цели и ще подпомогне развитието на грижите, от които те имат остра нужда в момента. Участието в анкетата е доброволно, анкетиращите са инструктирани да дават възможност на желаещите да останат анонимни, въпреки че анкетата не е анонимна. С оглед на това може да се приеме, че степента на надеждност на данните е висока.

3. Заключителен етап

Проведе се в периода: юли 2021 г. - ноември 2021 г.

- Обработка, анализ на всички данни, изготвяне на изводи и препоръки;
- Изработване на „Иинтеграционна матрица“ за оценка на готовността на хосписите за интеграция в здравната система в изпълнение на Задача № 2;
- Разработване на обучителна програма "Основи на палиативните грижи в хоспис" за повишаване квалификацията на доставчиците на хоспис/палиативни грижи, в изпълнение на Задача № 3;
- Изработване на Степенна скала критерии „Хосписин пациент“ за оценка тежестта на състоянието на хоспис/палиативен пациент в изпълнение на Задача № 5.

ГЛАВА 2: РЕЗУЛАТИ И ОБСЪЖДАНЕ НА СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

2.1. Ключови компетенции на хоспис/палиативни екипи

Сложната икономическа, демографска и социална картина в целия свят очертава една трайна тенденция на увеличаване броя на възрастните хора. „Демографски срив", „демографска зима", „опасно застаряване" са термините, с които все по-често образно се изразяват тенденциите за застаряване на европейското население [109]. Това от своя страна води до непрекъснато и все по-осезаемо нарастване на нуждата от палиативни грижи. В този смисъл Световната здравна организация дефинира понятието палиативни грижи като *„Активна цялостна грижа за пациенти, чиято болест не се поддава на медикаментозно лечение. Преобладава контролът на болката и други симптоми, както и на психологични, социални и духовни проблеми. Целта на палиативните грижи е постигане на възможно най-добро качество на живот на пациентите и техните близки."*

2.1.1. Мултидисциплинарен подход, за достъпни и качествени хоспис/палиативни грижи

Палиативните грижи са специализирани медицински грижи, насочени към облекчаване на симптомите и намаляване на стреса от животозастрашаващо заболяване. Целта на палиативната помощ е да се подобри качеството на живот на пациента и неговите близки. Това означава, че те се основават на нуждите на пациента и целят постигането на неговия комфорт, без да се влияят от лошата прогноза на заболяването. Необходимостта от палиативни грижи получава широко признание във все повече здравеопазни и социални системи по света. Според спецификата на регионите палиативните грижи се предоставят от различни институции - болници, хосписи, социални служби и в дома. Необходим е **мултидисциплинарен екип** от специалисти, притежаващи определени качества и компетенции, нужни за постигането на максимален комфорт и спокойствие на пациентите. Екипите трябва да бъдат подготвени да предоставят грижи, отговарящи на възможно най-висок стандарт, за да посрещнат сложните нужди на пациентите, независимо от икономическите им възможности и естеството на тяхното заболяване.

Палиативните грижи изискват задълбочена подготовка, формираща специфични компетенции на предоставящите ги екипи. Качествен живот и комфорт на хоспис/палиативните пациенти може да се осигури само чрез интердисциплинарен екип. Интердисциплинарният екип представлява група от работещи заедно индивиди, които целят постигането на най-добро качество на живот на пациента и неговото семейство. Членовете на екипите трябва да са компетентни в осигуряването на конфиденциална и справедлива помощ на всеки пациент. Необходимо е да се прави разлика между интердисциплинарния и мултидисциплинарния екип.[55] При мултидисциплинарния екип има професионално разграничение, всеки член на екипа изпълнява дейности в зависимост от професионалната му квалификация. Добрият хоспис/палиативен екип се характеризира с отлична координация, гъвкавост, комуникативност и изисква компетенции в много области.

Всеки член на екипа има специфична роля по отношение на емоционалните и физическите потребности на пациента и неговите близки. Няма професия, която сама по себе може да осигури всеобхватни палиативни грижи, независимо от отдадеността на нейните представители.[4] Единствено добре структуриран мултидисциплинарен екип е в състояние да се справи с деликатните нужди на хоспис/палиативните пациенти. Мултидисциплинарните палиативни екипи най-често включват следните специалисти: лекар, медицинска сестра, рехабилитатор, психолог, социален работник, болногледач, доброволци.

2.1.2. Компетенции на мултидисциплинарен хоспис/палиативен екип

Компетентността на мултидисциплинарните екипи е от ключово значение за осигуряване на качествен живот на хоспис/палиативните пациенти. Компетентност е съвкупност от знания, способности, умения и нагласи, която засяга основния компонент на извършената работа, която определя качеството и подлежи на измерване и оценка в съответствие с общоприетите стандарти, както и на подобрение чрез подходящо обучение. Преплитането и комбинацията от специални умения и способности, притежавани от представители на различни професии, гарантира високо качество на услугите спрямо пациентите и техните близки.

Компетенциите са общи и специфични. Общите са набор от умения, знания и компетенции, които позволяват да се изпълни задача в даден контекст, а специфични са онези компетенции, които са свързани с предметната област. Те се определят от особености на професионалната дейност, нуждите на обществото, пазара на труда и тенденциите в образованието.

2.1.3. Десете основни компетенции според Европейската асоциация по палиативни грижи (EAPC)

Европейската асоциация по палиативни грижи (EAPC) в Бялата книга [123] предлага **десет основни компетенции**, които са необходими на специалистите, ангажирани с хоспис/палиативни грижи, както следва:

1. Прилагане на основните компоненти / принципи на палиативните грижи навсякъде, където се намират пациентът и неговото семейство

Палиативните грижи трябва да се предоставят на пациента на всяко място, което семейството и самият пациент са избрали за престоя на пациента. Най-подходящо е палиативните грижи да се осъществяват в специализирани болнични заведения, каквито са хосписите. Така се осигурява среда за адаптацията на пациента, както и успешно интегриране на принципите на палиативните грижи. Хоспис/палиативните екипи трябва да подкрепят пациента, за да може той да остане активен до смъртта, уважавайки неговите ценности, вярвания и културни традиции.

2. Осигуряване на физически комфорт на пациента във всички етапи на заболяването

Осигуряването на максимален физически комфорт е съществен компонент от качеството на живот на пациента и неговото семейство. Персонализираното планиране на грижите включва прогнозиране, оценка и лечение с постоянна преоценка на тежестта на физическите симптоми по пътя на заболяването. Интердисциплинарният екип трябва да предотврати страданието, като прави редовна преоценка на симптомите, за да се предвидят възможни усложнения.

3. Отговаряне на психологическите нужди

Осигуряването на качествена психологическа помощ изисква ситуационен усет, комуникационни способности, емпатия и индивидуален подход към всеки пациент. Добрата палиативна помощ изтъква психолозите като задължителна част от персонала на един хоспис или друго заведение за палиативни грижи. Освен разговорите с такъв специалист, психологичната помощ е част от работата на всеки един от екипа. Както лекари, така и сестри и санитари трябва да разбират емоционалното състояние на пациента, да подпомагат психологическата му адаптация и да извършват систематична оценка на психичните симптоми на пациента.

4. Удовлетворяване на социалните нужди

Болестта, ограничаваща живота, засяга междуличностните отношения в семейството на пациента и изисква допълнителни ресурси, за да се поддържа прилично качество на живот. Тревожността от променящите се взаимоотношения, финансовите затруднения, които пациентът може да изпита, изискват палиативният екип да вземе под внимание социалното положение на пациента. Пациентът трябва да се информира за наличието на програми за социално и здравно подпомагане.

5. Удовлетворяване на духовни и екзистенциални нужди

Ограничаващо живота състояние може да накара пациента да се замисли за най-дълбоките въпроси на битието, за смисъла на живота. Духовната грижа трябва да бъде интегрирана в палиативните грижи и може да се основава на религиозни вярвания или обща духовност. Хосписните екипи трябва да могат да участват в духовни дискусии с пациенти и семейства. Изрично трябва да се уважават границите, които поставя пациентът, изборът му, ценностите и темите, които иска или не иска да коментира.

6. Адекватно отношение и комуникация с близките, отговарящи за пациента

Членовете на семейството, които се грижат за пациента, са катализаторът за взаимоотношенията между пациента и персонала. Поради тясната връзка пациент-екип-близки на пациента, членовете на екипа трябва да се съобразяват, че семействата имат други отговорности и роли. Семействата трябва да се подкрепят психологически и емоционално, да се развие способността на членовете на семейството да общуват с екипите. Разработването на стратегии за разрешаване на конфликти в асистиращия екип и предвиждането на трудностите при загуба на любим човек са неотменна част от активната комуникация с близките.

7. Признаване на сложността на вземането на етични решения в палиативните грижи

Здравните специалисти са изправени пред обезсърчаващи етични и морални дилеми в палиативните грижи. Те включват въпроси, свързани с храненето и рехидратацията, седацията, желанието на пациентите да бъдат евтаназирани. Необходимо е да се намери начин за предотвратяване на професионален синдром на изгаряне (burnout syndrome). Всеки член на интердисциплинарния екип трябва да действа в съответствие с принципите на биоетиката, националните и международните разпоредби, желанията и ценностите на пациента, да насърчава автономността на пациента, като прилага принципа „не вреди“, и да подкрепя пациента да изрази своите предпочитания за грижи и лечение.

8. Предоставянето на цялостни грижи от интердисциплинарния екип, работа в екип

Членовете на екипа трябва да гарантират непрекъснатостта на медицинска помощ чрез разпределение на ролите и отговорностите между членовете на екипа, както и отговорностите за координиране на грижите. Всеки член от екипа трябва да следва своите отговорности, но заедно с това да съдейства на колегите си и заедно да намират баланса в грижата за пациента. Екипната работа е изключително важна за функционирането на здравната структура и за предоставяне на максимален комфорт на пациентите и техните семейства.

9. Развитие на комуникационните умения на екипа

Ефективната комуникация е от съществено значение за прилагането на палиативни грижи на практика. Уменията за комуникация са особено важни, когато се обсъждат лоши новини, решения за отказ от лечение и други. Всеки специалист по палиативните грижи трябва да умее да изгражда и поддържа отношения с пациента и неговите роднини. Към умението да се комуникира не се отнася само вербалната комуникация, но и невербалната. Желателно е да се уважават решенията на пациентите относно количеството информация, която те искат да получат.

10. Непрекъснато професионално развитие

Непрекъснатото професионално развитие е неразделна част от клиничната практика и като правило изискванията за усъвършенстване на уменията се определят в рамките на всяка дисциплина. Предоставянето на палиативна помощ оставя сериозен отпечатък върху екипите, поради което е необходимо да се разработят механизми за предотвратяване на професионално „изгаряне“ на медицинския персонал (burnout syndrome). Специалистите по палиативни грижи трябва по време на целия си професионален път да подобряват професионалното си ниво чрез обучения и да развиват своите професионални компетенции. Умението навреме да идентифицират признаците на burnout синдром е важен елемент от професионалното развитие.

През последните години постепенно започва една преоценка на потребността от палиативни грижи и необходимостта от по-задълбочено обучение на професионалните екипи. В проведено през 2013г. проучване се констатира, че палиативната грижа и палиативната медицина не са напълно признати като академична медицинска дисциплина,

а образованието по палиативна медицина липсва и в учебните програми на медицинските сестри, социалните работници и други. [2] Световната здравна асамблея (WHA67.19) през 2014 г. с глобална резолюция за палиативните грижи призова СЗО и държавите членки да подобрят достъпа до палиативни грижи като основен компонент на системите на здравеопазване. Необходимо е доставчиците на тези услуги да включат палиативните грижи като неразделна част от продължаващото образование и обучение, както и да осигурят специализирано обучение на професионалистите, които ще управляват интегрираните хоспис/палиативни грижи. Препоръча се укрепване на палиативните грижи като компонент на цялостна грижа през целия жизнен цикъл. [113]

Консорциумът PT Care включващ Phoenix KM и Асоциация Мария Кюри проведе изследване за професионалното образование и обучение на лицата, предоставящи палиативни грижи в края на живота. Проучването се проведе на територията на 8 страни членки на ЕС и Турция. Резултат от изследването е разработен наръчник за рамката на компетентностите за палиативни грижи в Европа. В специална матрица се събра изчерпателна информация относно компетенциите и стандартите, определени в предоставянето на палиативни грижи. Анализира се и информация, отнасяща се до всички видове обучения и курсове по темата. Систематизираните данни за знания, умения и компетенции са приложени при разработването на инструмент за самооценка на хоспис/палиативни екипи.[44]

В търсене на решения за единни правила относно компетенциите на хоспис/палиативните екипи през 2020 г. Европейската комисия финансира проект на EAPC, който цели да подобри качеството на висшето образование в областта на сестринското образование по палиативни грижи. До 2023 г. трябва да се изготви обширен доклад за общите европейски основни компетенции на палиативните грижи. Очаква се да се разработят иновативни образователни „инструменти“ за обучение по палиативни грижи и обучение на преподаватели за това как да работят с основните компетенции на Европейската матрична палиативна грижа (набор от инструменти за преподаватели), за да въведат тези иновативни инструменти в учебната програма. [89]

2.2. Хосписните грижи в България

В исторически план развитието на хосписните грижи в България преминава през две фази. Първата фаза на немедицинския модел се свързва с развитието на организирани грижи за терминални пациенти от уязвимите групи на обществото. През 1989 г. Донка Паприкова със средства от благотворителна кампания създава дом "Майка Тереза", в който се полагат грижи за терминално болни. През 1994 г. движението се регистрира като фондация "Хоспис Милосърдие". Втора фаза на интегративен медицински модел се характеризира с това, че през 1999 г. хосписите вече се регистрират като лечебни заведения. [25] ЗЛЗ предвижда най-общо три големи групи лечебни заведения, съобразно извършваната от тях медицинска дейност в Глава пета – „Други лечебни заведения“. Именно в тази т. нар. „трета група“ лечебни заведения българският законодател е включил хосписите, домовете за медико-социални грижи, диспансерите и др.

Изминаха близо двадесет години от регистрацията на първия хоспис в България. За този период, освен Методическо указание №3/2000г. на МЗ, не е издаден нормативен

акт, който да регламентира и подпомогне развитието на този сектор[40]. След интитуциализирането на хосписите със ЗЛЗ се получи своеобразен бум от регистрации. Над 100 ентусиазирани екипа решиха да се отдадат на тази нелека мисия да развиват хоспис/палиативни грижи. Освен държавата се активизира и неправителствения сектор. Направиха се редица проучвания и научни разработки. Имаше обществен дебат за състоянието и развитието на хоспис/палиативни грижи в България. Голяма част от регистрираните хосписи учредиха Българската асоциация по палиативни грижи“ (БАПГ). Особено активно се включи „Институт отворено общество“(ИОО), който подкрепи редица авторски колективи. Създаде се добра нормативна рамка за адекватното включване на хоспис/палиативни грижи в здравната система.

Дългият преход у нас, икономическата криза, деинституциализацията на социални домове и липсата на структури за палиативни грижи, предизвикаха сътресения в реформиращите се социална и здравна система. Влоши се достъпът и качеството на продължителните грижи в страната. Все повече нараства нуждата от структури за хоспис/палиативни грижи. Отчитайки тези тенденции, реформиращата се здравна система предвиждаше преустройство на болниците, което да включва създаването на хосписи. Очакваше се хосписите да задоволят потребностите от хоспис/палиативни грижи и да намалят скъпоструващите хоспитализации. За съжаление тази идея не се реализира. Изпусна се реална възможност за осигуряване на ресурси и развитие на хосписите. Функционирането на тези лечебни заведения без обществени ресурси ги прави нерентабилни. Ако проследим през годините броя на регистрираните хосписи в страната, ще забележим трайна тенденция на закриване на тези лечебни заведения. По данни на АПИС към м. април 2007 г. съдебна регистрация са получили 109 хосписа в 23 области на страната, като близо 70% са регистрирани непосредствено след приемането на ЗЛЗ. В същия регистър към 01.04.2017 г. регистрираните хосписи са 61, а за 2016 г. по данни на РЗИ в страната, те са 45. [143]

Таблица 1. Брой регистрирани хосписи в периода 1999 г. – 2007 г.

Таблица № 1

Години	Брой регистрирани хосписи	Относителен дял в %
До1999г.	4	3,7
2000г.	29	26,6
2001г.	23	21,1
2002г.	16	14,7
2003г.	8	7,3
2004г.	6	5,5
2005г.	5	4,6
2006г.	8	7,3
2007г.	10	9,2
Общо	**109**	**100,0**

Източник: *Регистър на АПИС*

Забелязва се разминаване на данните за регистрираните хосписи в различните институции. Регистрираните в АПИС хосписи са повече от регистрираните в РЗИ и НСИ.

Това може да се обясни с факта, че не всички съдебно регистрирани хосписи са имали дейност през съответната година и не са подали годишни отчети към НСИ [154].



Източник: *Национален статистически институт.*

Фиг. 1 Брой регистрирани хосписи и брой хоспис легла

Влошеният достъп до хоспис/палиативни грижи води до свръх хоспитализации в болниците. Палиативни пациенти се приемат за активно лечение и се прехвърлят от една клинична пътека в друга, извършват се значителни разходи за пациенти, които нямат показания за активно лечение. Ако за тези пациенти се осигури финансиране и се насочват навреме към хосписи за хоспис/палиативни грижи, ще бъде спестен значителен обществен ресурс.

Хосписите могат да интегрират хоспис/палиативни грижи в здравната система и да предадат по-социален облик на здравеопазването. Хосписите трябва да бъдат своеобразен „буфер“ между социалните и палиативните грижи. През последните десетилетия хосписи се опитват да развият устойчив социален модел за предоставяне на хоспис/палиативни грижи, но без подкрепата на държавата това е невъзможно. Това най-лесно и бързо може да случи чрез договори с НЗОК за предоставяне на палиативни грижи.

Националният рамков договор от 2002 г. включва палиативните грижи за терминално онкологично болни за пръв път като самостоятелна клинична пътека, която се запазва и до днес. Въпреки новата формулировка на предмета на дейност хосписите не можеха да сключват договор с НЗОК за изпълнение на палиативни грижи. През 2012 г. МЗ промени Наредба № 40 и даде възможност хосписите да сключват договор с НЗОК по КП № 297 “Палиативни грижи при онкологично болни“. Клиничната пътека осигуряваше 20 дни болничен престой в рамките на терминалния стадий в рамките на 6 месеца на онкологичното заболяване. Три хосписа в страната успяха да сключат договор с НЗОК. В договорите с НЗОК хосписите се третираха като многопрофилни болници. Независимо от тежките изисквания и лимити те се представиха като едни надеждни партньори и работиха близо четири години. След промяна в нормативната уредба всички здравни грижи за онкологични пациенти, включително и палиативните грижи се възложиха на Комплексните онкологични центрове.

Наблюдава се перманентно нарастване на потребността от хоспис/палиативни грижи, но въпреки търсенето много хосписи преустановяват дейността си като лечебни заведения. Освободената от закритите хосписи ниша се заема от социални домове за стари хора, които извършват палиативни грижи, без да имат право и компетенции за това.

Палиативни пациенти не са обект на дейност на социален дом, те трябва да се насочват към хосписите, за да получат адекватна специализирана помощ. Липсата на цялостна политика за хосписните и палиативни грижи нарежда България на дъното на класацията за достъпност до палиативни грижи. В България е осигурена лимитирана палиативна грижа само за онкологично болни. Останалите терминално болни са дискриминирани и са принудени да си плащат за палиативни грижи. Данните на Здравната каса за последните 3 години сочат, че все по-малко нуждаещи се получават достъп до палиативни грижи за терминално онкологично болни. Едва 2151 души са получили палиативни грижи през 2018 г. при положение, че годишно у нас от рак умират над 17 000. Данните сочат, че през 2016 г. са платени 19 558 леглодни, през 2017 г. те намаляват до 18 370, а през м.г. при значително по-високата цена на КП са още по-малко - 17 987 [151]. Вижда се, че броят на хората, получили палиативни грижи, значително е намалял.

Българското законодателство е създало правна рамка за хоспис/палиативните грижи, като в чл. 95 и 96 от Закона за здравето се регламентира правото на всеки български гражданин на палиативна помощ. Частично са създадени правила за работа с палиативни пациенти, но това не означава, че те имат достъп до тези грижи. Осигурена е лимитирана грижа за онкологично болни. Останалите палиативни пациенти са дискриминирани и са принудени да плащат. Социалният статус на по-голямата част от населението не позволява да ползват платени хоспис/палиативни грижи. Голяма част от тези пациенти си отиват от този свят с нечовешки страдания, унизени, загубили достойнството си. Обосновано можем да твърдим, че има правна рамка за дейността на хосписите, има голяма потребност от тях, има и търсене на хоспис/палиативните грижи, но хосписите изчезват, а грижите са недостъпни.

Въпреки трудностите мултидисциплинарните екипи на хосписите не се отказват да търсят решение на проблемите. На 16.02.2019 г. в гр. Бургас се учреди „Национална асоциация на хосписите в България“. Асоциацията е учредена по Закона за юридически лица с нестопанска цел, като сдружение за осъществяване на общественополезна дейност. Учредители са хосписи с различен юридически статут – държавни, общински и частни.

Управителният съвет на Асоциацията идентифицира ключовите проблеми, за разрешаването на които е необходим диалог с всички отговорни институции, а именно:

- проблеми, свързани с нормативната база;
- проблеми, свързани с финансирането на хосписите;
- проблеми, свързани с обществената подкрепа и популяризирането [45].

Очертаха се и основни приоритети:

- интегриране на хосписите в здравната система на Република България чрез осигуряване на обществен ресурс;
- подготвяне на стандарт за хоспис/палиативни грижи.

Мултидисциплинарните екипи на хосписите са професионалистите, които най-добре могат да идентифицират проблемите и да очертаят приоритетите за тяхното решение. Именно те ще са основната целева група на нашето изследване. За изследването ще използваме системен анализ на документи и анкетен метод, в който ще включим и потребителите на услугите и техните семейства. Те ще дадат много ценна за нас

информация. От информацията на потребителите ще идентифицираме проблемите на самите грижи, качеството, достъпа и др.

За интегриране на хоспис/палиативните грижи в здравеопазването на България е необходим системен подход, който задължително да включва решаване на проблемите на доставчиците на тези грижи. За постигане на универсално здравно покритие, което е приоритет на цивилизования свят, е необходимо хоспис/палиативните грижи да заемат приоритетно място в здравната политика на страната. Надяваме се на скорошно интегриране на хосписите в здравната система за осигуряване на устойчив социален модел, гарантиращ достъпни и качествени хоспис/палиативни грижи.

2.2.1. Проекти за стандарт за хоспис/палиативни грижи в България

Към 2018 г. картата на Европа, представяща съществуващите стандарти и практики на предоставяне на палиативни грижи, е съставена от контрасти. В свой доклад върху състоянието на палиативните грижи Европейският парламент изказва опасенията си относно недостатъчно уреденото или липсващо национално законодателство в страни от Южна и Източна Европа (с изкл. на Италия и Полша) [Woitha; Gerralda, 2016]. Анализът на Парламента посочва тревожния факт, че България и Кипър са единствените две европейски страни без съществуващо законодателство по отношение на предоставянето на палиативни грижи както за деца, така и за възрастни [19].

Интитуционалната активност за развитие и интеграция на хоспис/палиативните грижи в страната е на критично ниско ниво. Не може да се твърди същото за неправителствения сектор. През 2006 г. работна група на учредената по-рано от голяма част от хосписите в страната „Българска асоциация по палиативни грижи“ (БАПГ) и експерти от МЗ разработиха проект за стандарт за палиативни грижи. Документът съдържа 41 страници с включено приложение - декларация за предварително решение и информирано съгласие, която по- късно се внедрява и използва и до сега при изпълнение на КП 253 „Палиативни грижи за терминални пациенти“. Стандартът акцентира върху хосписната дейност, но е добре структуриран и има потенциал адекватно да регулира палиативните грижи в страната.

Проект на Стандарт за палиативни грижи на Българската асоциация по палиативни грижи (БАПГ) – 2006 г. [12]

През 2012 г. други радетели на интеграцията на хоспис/палиативните грижи в здравната система на страната „Българско дружество по продължителни грижи и палиативна медицина“ (БДПГПМ) инициира разработването на Стандарт за палиативни грижи. След заповед № РД-09-169 /24.09.2012 г. на МЗ работна група от Здравното министерство и експерти на Асоциацията разработват един мащабен и всеобхватен медицински стандарт, съдържащ 36 страници и 8 приложения. Стандартът обхваща всички аспекти на хоспис/палиативните грижи и има капацитет да осигури качествена и достъпна палиативна грижа за всички нуждаещи се.

Проект на Стандарт за палиативни грижи на Българското дружество по продължителни грижи и палиативна медицина – 2012 г. [39]

2.2.2. Медико-социални грижи в хоспис. Интегриран подход – интегрирани здравно-социални услуги

Социалните грижи са дейности за подкрепа на лицата, за реализиране на права, преодоляване на социалното изключване и подобряване качеството на живот.

Социалните грижи се основават на социална работа, индивидуален подход и индивидуална оценка на потребностите.[26]

Социалните грижи в хоспис са основен компонент от мултидисциплинарните грижи предоставяни в тези лечебните заведения.

През 1999 г. ЗЛЗ урежда статута на хосписите като лечебни заведения, в които медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение, поддържащо лечение предписано от лекар на лица с хронични инвалидизиращи заболявания, терминални състояния и медико-социални проблеми. Десетилетие по-късно, през 2010 г. се промени предмета на дейност на хосписите. Дейността им се ограничи в комплексни палиативни грижи за терминални пациенти. Промяната в предмета на дейност не променя профила на потребителите на хоспис услугите. Бенефициентите на хосписите винаги са се нуждаели от медицински (здравни) и не-медицински (социални) грижи, които в по-голямата част са с дългосрочен характер.

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.

Реформата в сферата на социалните услуги и въвеждането на деинституционализацията като основен приоритет на българската социална политика започнаха през 2002 г. Тогава Министерският съвет прие Нова стратегия в социалната политика, в която сред приоритетните цели са намаляване на броя на хората, настанени в специализирани институции, и разработване на социални услуги, насочени към най-уязвимите групи в обществото. Голяма част от лицата в тези институции са показани за палиативни грижи и трябва да се насочват към хоспис. Палиативните грижи в хоспис са най-доброто решение за лица в терминална фаза на заболяване настанени в други социални институции. Хоспис грижите е по-гъвкави и всеобхватни. През 2002 г. в резултат на продължаващото нарастване на броя на пациентите с рак и бързото застаряване на населението на света, СЗО разширява обхвата на палиативни грижи. Целта на помощта е вече не само на пациента, но и семейството му, които след смъртта на един човек ще се нуждаят от подкрепа, за да оцелеят след тежестта на загубата. Така че палиативните грижи в момента - това е посоката на социалните и здравни дейности, насочени към подобряване на качеството на живот в полза на неизлечимо болни и техните семейства. Предоставянето на палиативни грижи трябва да бъде интегрирано в цялостния комплекс от социални грижи, изискващ мултидисциплинарни подходи. Подходът за предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги включва създаване и интегриране на институционални и домашни услуги.

Интегриран подход и интегрирани услуги

Дългият преход у нас, икономическата криза, деинституциализацията на социални домове и липсата на стратегическо планиране на социалните услуги предизвикаха сътресения в реформиращите се социална и здравна система. Неблагоприятната демографска картина у нас води до рязко увеличаване на нуждаещите се от социална подкрепа.

Националното законодателство регламентира трайното предоставяне на качествени интегрирани услуги за рисковите групи чрез приемане отделен Закон за социалните услуги, който влиза в сила от 01.01.2020 г. В Глава девета *„Интегриран подход и интегрирани услуги“* са регламентирани всички необходими законови разпоредби за развитие на междусекторни интегрирани услуги. За идентифициране на потребности от подкрепа чрез интегрирания подход се извършват координирани действия между различните служби - здравни, социални, образователни, заетост и др. Така те имат общи и съгласувани планове за лицето.

Координацията и взаимодействието с други системи включва оказване на съдействие при насочването от общината и от дирекция "Социално подпомагане":

- за ползване на социални услуги;
- при изготвянето на индивидуалната оценка на потребностите от доставчиците;
- за ползване на социални услуги при интегрирано предоставяне на подкрепа от различни системи.

Интегрираното предоставяне на подкрепа може да се организира от общините, органите, институциите или доставчиците, като се създава обща среда, в която да се осъществяват дейностите и услугите.

Интегрираните междусекторни услуги се предоставят само когато специфичните потребности на лицата не могат да бъдат посрещнати без подкрепата за тях да бъде осъществявана в рамките на обща организация и управление.

Всички социални услуги могат да се предложат като част от интегрирано предоставяне. То може да се организира от общините, органите, институциите или доставчиците чрез:

- създаване на обща среда, в която да се осъществяват дейностите и услугите;
- осигуряване на достъпа на лицата до различните дейности и услуги;
- осигуряване на координацията и съвместната работа на специалистите, извършващи дейностите и услугите от различните сектори.

Органите, институциите и доставчиците на услуги, които отговарят за дейностите и услугите за лицето, изготвят съвместен план за предоставяне на подкрепата.

Доставчици на интегрирани междусекторни услуги могат да бъдат всички доставчици на социални услуги след издаване на лиценз по реда на глава десета от закона. За издаването на лиценз за интегрирана междусекторна услуга Агенцията за качеството на социалните услуги изисква становище от органа, който отговаря за контрола на дейностите, включени в междусекторната услуга извън обхвата на социалните услуги.

Качеството на интегрираните междусекторни услуги се определя по стандарти, заложени в Наредбата за качеството на социалните услуги. Доставчиците на тези услуги имат всички задължения по този закон.

Контролът се осъществява от Агенцията за качеството на социалните услуги с участието на представители на органа, който отговаря за контрола на дейностите,

включени в междусекторната услуга, извън обхвата на социалните услуги.

Интегрираните здравно-социални услуги са услуги за специализирана подкрепа на лицата чрез дейности от сферата на здравните грижи и социалните услуги, които се предоставят в рамките на обща организация и управление. ***Потребители на интегрирани здравно-социални услуги*** са:

- деца и лица с трайни увреждания;
- лица с хронични заболявания;
- лица в надтрудоспособна възраст в невъзможност за самообслужване.

Съгласно закона, интегрираните здравно-социални услуги могат да се финансират от държавния бюджет. Те се включват в Националната карта на социалните услуги по реда, определен в Наредба за планирането на социалните услуги.

Насочването за ползване на интегрирани здравно-социални услуги за резидентна грижа се извършва въз основа на специализирана експертна оценка на здравословното състояние и потребностите на лицата от медицински грижи от лечебни заведения за болнична помощ, определени със заповед на министъра на здравеопазването.[26]

От представените фундаменти на философията за интегриран подход при предоставяне на социални услуги се вижда един гъвкав и адаптивен подход пречупен през призмата на потребностите на потребителите. Ползването на интегрирани здравно-социални услуги се извършва въз основа на специализирана експертна оценка на здравословното състояние и потребностите, която ги насочва към най-подходящата за състоянието им институция. Именно тук е мястото за интегрирането на хосписите като доставчици на здравно-социални услуги. Законодателят дава тази възможност, хосписите могат да се лицензират по общия ред за доставчици на социални услуги. Необходим е консенсус относно осигуряване на ресурси и определянето на хосписите за единствени доставчици на здравно-социални услуги, а за палиативни пациенти в терминална фаза на заболяването това трябва да е задължително защото само те имат компетенции за това.

2.3. Анализ и оценка на резултатите от проучване мнението на мениджъри на хосписи.

2.3.1. Характеристика на обекта на изследване.

Обект на проучването са управителите, професионалистите по здравни грижи и потребителите на хоспис/палиативни грижи в два вида хосписи - стационарни и мобилни за домашни грижи. Наблюдаваните хосписи са с различен юридически статут – частни, държавни, общински и неправителствени. Всички хосписи са регистрирани по Търговския закон [54] като дружества с ограничена отговорност. В РЦЗ по местоположение са регистрирани по реда на чл. 28 от ЗЛЗ и извършват своята дейност на територията на цялата страна. В Таблица №6 са представени участващите в проучването хосписи. Седем от тях са регистрирани в РЦЗ - София и упражняват дейност в столицата. Сред тях е първият регистриран през 1999 г в България хоспис - Хоспис „Филаретова“ ООД Той е регистрирал 33 легла, а наетият персонал е 23 души. Изследваните столични хосписи са частна собственост. Легловият им капацитет е различен, три от тях - Хоспис „Грижа**,**”

Хоспис „Маринела”, Хоспис „Голямата къща“ са с 30 легла. Наетият персонал в проучваните софийски хосписи е общо 113 души. Хоспис „Давинчи“ е с най-много регистрирани легла – 50, а с най-малко легла – 14, е хоспис „Дар“. Последният от групата на софийските хосписи - “Парадайз“, е с 20 легла.

Друга група от три хосписа са регистрирани в РЦЗ – Варна и са стационарни. Два от тях извършват своята дейност в гр. Варна, а третият е стациониран в с. Водица – хоспис „Асклепий“ с кпацитет от 48 легла и 22 души персонал. Трите хосписа са частни, като единияТ от тях е втори хоспис „Филаретова“, който разполага с 30 легла и 19 души пепсонал. Другият варненски хоспис „Царица Елеонора“ също е един от първите регистрирани в страната, неговият капацитет е 47 легла и 29 души персонал. Варненските хосписи имат дългогодишен и значителен опит в предоставянето на хоспис/палиативни грижи. Данните от тази група хосписи и мнението на техните мениджъри ще е от съществено значение за проучването.

Следващата група от три хосписа също е интересна за изследването. Регистрираните в РЦЗ – Кърджали хосписи са с най-пъстър юридически статут. Хоспис „Добролюбие“ е държавен, дъщерно дружество на областната болница МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД, хоспис „Червен кръст“ е единственият в проучването хоспис, който е собственост на неправителствена организация – Български червен кръст (БЧК). Третият, частен хоспис „Рай“, е регистриран за домашни грижи, той е единственият мобилен хоспис в изследването.

Други два от проучваните хосписи са стационирани в гр. Перник. Хоспис „50 плюс“ е частен хоспис със стационар, леглата в хосписа са 17, а наетият персонал е 8 души. Хоспис „Св. Иван Рилски“ е вторият държавен хоспис в изследването, разполага с 20 легла и 10 души персонал.

Останалите седем хосписа са регистрирани и осъществяват дейността си в гр. Бургас, гр. Костинброд, гр. Дряново, гр. Левски, гр. Мадан, гр. Стара Загора и гр. Попово. Бургастият хоспис е разположен в Черноморец - Хоспис „Миладиноски“, който е частен с 42 легла, персоналът в хосписа в момента на изследването е 26 души. В гр. Костинброд е изследван частният хоспис „Безден“, който разполага с 18 легла, а наетият персонал е 8 души. Регионален хоспис в гр. Дряново е от групата на общинските хосписи, той е с 30 легла, а персоналът към момента е 24 души. Хоспис „Св. Лазар“ от гр. Левски разполага с 30 легла, а наетият персонал в него е 16 души. Хосписът в гр. Мадан също е от групата на общинските хосписи, институциализиран по проект на програма ФАР през 2008г., родопският хоспис разполага с 20 легла, а наетият персонал е 10 души. Изследваният в гр. Стара Загора хоспис „ЗН“ е частна собственост, разполага с 26 легла и 9 души персонал.

Последният от наблюдаваните хосписи е „Св. Н. Мираклийски“. Хосписът е частен, с 25 легла и 14 души персонал, стациониран е в гр. Попово. Общият брой на регистрираните легла в изследваните хосписи е 698, които са обслужвани от 329 души персонал, като в това число са лекари, фелдшери, медицински сестри, рехабилитатори, болногледачи, санитари и други.

Таблица 3. Статут, персонал и легла на изследваните хосписи

Таблица № 3

Хосписи, обхванати в изслездването					
№	**Наименование**	**Населено място**	**Брой легла**	**Брой персонал**	**Собственост на капитала**
1	Хоспис „Филаретова”	София	33	19	Частен
2	Хоспис „Дар”	София	14	13	Частен
3	Хоспис „Грижа”	София	30	16	Частен
4	Хоспис „Маринела”	София	30	23	Частен
5	Хоспис „Парадайс”	София	20	14	Частен
6	Хоспис „Голямата къща“	София	30	13	Частен
7	Хоспис „Давинчи”	София	50	15	Частен
8	Хоспис „Асклепий”	Варна, с. Водица	48	22	Частен
9	Хоспис „Филаретова”	Варна	30	19	Частен
10	Хоспис „Царица Елеонора”	Варна	47	29	Частен
11	Хоспис „Миладиноски”	Бургас	42	26	Частен
12	Хоспис „Червен Кръст”	Кърджали	22	10	НПО - БЧК
13	Хоспис „Добролюбие”	Кърджали	40	23	Държавен
14	Хоспис „Рай” – мобилен	Кърджали	0	5	Частен
15	Хоспис „Безден“	Костинброд	18	8	Частен
16	Хоспис „Регионален хоспис“	Дряново	30	24	Общински
17	Хоспис „Свети Лазар”	Левски	30	16	Частен
18	Хоспис – „Мадан“	Мадан	20	10	Общински
19	Хоспис - ЗН	Стара Загора	26	9	Частен
20	Хоспис „Св. Н. Мираклийски”	Попово	25	14	Частен
21	Хоспис „50 плюс”	Перник	17	8	Частен
22	Хоспис „Св. Иван Рилски”	Перник	20	10	Държавен
			698	329	

В този раздел на проучването респонденти са мениджърите на горе изброените хосписи. Наблюдението е като моментно изследване в лечебни заведения. Изследването е извършено посредством анкетна карта с 12 въпроса. Анкетата обследва основните фундаменти на лечебното заведение хоспис - нормативната база, човешки и материални ресурси, мултидисциплирарни грижи и механизми за контрол и мониторинг. Проучени са двадесет и двама управители на два вида хосписи стационарни и мобилни - за домашни грижи Тъй като от съдействието на ръководителите на хосписите зависеше проучването и на другите две групи изследвани – потребители и персонал, с всички управители са водени телефонни разговори през целия период на изследването, а с половината от тях са проведени и лични срещи. Управителите бяха запознати с научните цели на изследването и потенциалните му възможности да подпомогне развитеието на хосписите в страната. В инструктажа към тях се акцентира върху актеивното им участие в различните етапи на изследването, както и на деликатното дистанциране при изследването на персонал и потребители, за по - обективни резултати. С оглед на това може да се приеме, че степента на надеждност на данните ще е висока. Данните от изследването ще се използват за изработване на инструмент (матрица) за оценка на етапното развитие на хосписите в

страната. Проучването на тази група респонденти е проведено от 10.01.2021г. до 30.03.2021г.

В следващата диаграма е представен персоналът, нает в изследваните лечебни заведения. Данните показват какъв е броят на всички категории персонал към момента на проучването. Лекарите**,** ангажирани за оказване на хоспис/палиативни грижи в хоспис са 19. В няколко хосписа организацията на работата е без лекарска помощ. Медицинските сестри в изследваните хосписи са 91, а рехабилитаторите са 20 души. Сестрински грижи са осигурени във всички хосписи. Рехабилитация е осигурена в голяма част от изследваните хосписи. Само в два хосписа няма рехабилитационна помощ. Най-голям брой персонал в хосписите са болногледачите и санитарите, техният брой общо е 175 души, от тях 121 са санитари, а 54- болногледачи. Броят на друг нает персонал в хосписите се равнява на 24 души.



Фиг. 2 Човешки ресурси в хоспис

С оглед по-добра представителност в проучването са включени различни хосписи. Наблюдаваните двадесет и два хосписа. (N=22, 100%) са с различен юридически статут, както и с различен предмет на дейност. Стремежът на изследването е да обхване хосписи в различни региони на страната. В Таблица № 3 е представен юридическият статут на всички наблюдавани лечебни заведения. Най-представителната група от изследваните хосписи е групата на частните хосписи (77,27%). Следват ги равно представените общински и държавни хосписи, съответно по 9,09% и 4,54% за хосписи на неправителстения сектор. Неравнопоставена, но пъстра картина, представяща почти всички възможни нюанси на юридическата регистрация на такъв тип лечебни заведения. Това обстоятелство е отлична предпоставка за многоаспектен анализ на хосписите от гледна точка на юридическия им статут.

Таблица 3. Юридически статут на изследваните хосписи

Таблица № 3

№ по ред	**Чия собственост е хосписът?**	**Брой на изследваните лица /N/**	**Относителен дял в %**
1	Държавен	2	9,09%
2	Общински	2	9,09%
3	Частен	17	77,27%
4	Друго	1	4,54%
		22	**100%**

В Диаграма № 3 средната възраст на респондентите е в диапазона 54г. (χ=53,5; min.39, max.62). Повече от половината от изследваните мениджъри (N=22, 100%) са с дълъг професионален опит 66,60% - повече от 10 години, 23,30% попадат в границите между 5 до 10 години, 6,00% са със стаж от 1 до 5 години и само 2,60% са в началото на своята трудова кариера като мениджъри. По отношение на трудовия стаж в наблюдаваните хосписи се вижда, че почти всички управители са с голям опит в менажирането на такъв тип лечебни заведения. Средната възраст и дългият професионален опит на управителите на изследваните лечебни заведения ги поставя в категорията на добри управленци. От друга страна, те са представители на различни по устройство дружества. Данните от изследването на мениджърите са от ключово значение за проучването и неговия потенциал да промени статуквото. Предложенията на управителите за промени на нормативната база, организацията на работа в хоспис, финансирането и т.н. са пречупени през призмата на експертността и са с потенциал да станат фундамент на промяната.



Фиг. 3 Управленски опит на управителите на хосписи

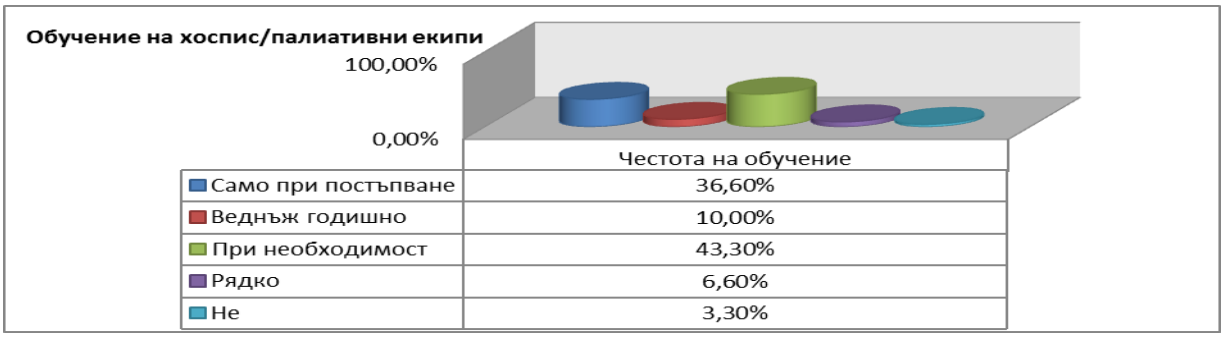
2.3.2. Мултидисциплинарни екипи в хосписа - обучение и развитие

Мултидисциплинарността и компетенциите на доставчиците на палиативни услуги е ключът за подобряване качеството на живот на хоспис/палиативните пациенти. В Диаграма № 4 се изследва мултидисциплинарността на грижите в изследваните хосписи. Данните сочат, че 96,60% от респондентите осигуряват лекарски грижи на своите пациенти. Всички участници в проучването осигуряват сестринска грижа (N=22, 100%). Рехабилитацията на хоспис/палиативните пациенти е много важен компонент от цялостната концепция за качествени хоспис грижи. Осигуреността с рехабилитационни екипи според данните от изследването показва добра представителност на тези специалисти, в 87,23% от хосписите се извършва рехабилитация. Осигуряването на психологична и духовна грижа за хоспис/палиативните пациенти е своеобразен критерий за модерна и качествена палиативна грижа. За съжаление данните от изследваните хосписи показват частична осигуреност на психолози и духовни лица в хоспис екипите. В 23,45% от хосписите има осигурен психолог, а духовни лица осигуряват едва 2,46% от тях. Добрата палиативна помощ изтъква психолозите като задължителна част от персонала на един хоспис. Духовната грижа трябва да бъде интегрирана в палиативните грижи и може да се основава на религиозни вярвания или обща духовност.



Фиг. 4 Мултидисциплинарност на хоспис грижите

Палиативните грижи изискват задълбочена подготовка, формираща специфични компетенции на предоставящите ги екипи. Специалистите по палиативни грижи трябва по време на целия си професионален път да подобряват професионалното си ниво чрез обучения и да развиват своите професионални компетенции. В Диаграма № 7 ще представим честотата на провежданите обучения на хоспис екипите, както и наличието на сертификати за курсове по палиативни грижи. Близо половината от анкетираните (43,30%) се обучават само при необходимост. При постъпване на работа обучавани биват 36,60% от респондентите. Едва 10,00% от изследваните се обучават планово, всяка година. Не преминават през обучение по хоспис/палиативни грижи 3,30%, а като рядко обучавани са 6,60% от екипите в хоспис. Данните в диаграмата очертават една епизодичност на обучение, в малки случаи се наблюдава планиране на непрекъснато обучение на хоспис екипите.



Фиг. 5 Обучение на хоспис екипите

Участието на доброволци в работата на хоспис/палиативните грижи е една обичайна практика в развитите държави. В сфера на палиативната помощ доброволчеството е много застъпено. В добрите практики са формирани постоянни доброволни екипи, които са съществена част от мултидисциплинарните екипи. В Таблица № 4 са представени данни за участието на доброволци в дейността на изследваните хосписи. Данните показват, че в по-голямата част от изследваните лечебни заведения (63,63%) няма участие на доброволци при предоставяване на грижите. Въпреки липсата на нормативна база за доброволния труд в страната се забелязват и добри тенденции. Близо

една четвърт от респондентите (18,18%) сигуряват участие на доброволци само при специално организирани мероприятия. В 13,63% от наблюдаваните хосписи макар и рядко има участие на доброволци, а в 4,54% дори има сформиран постоянет доброволен екип.

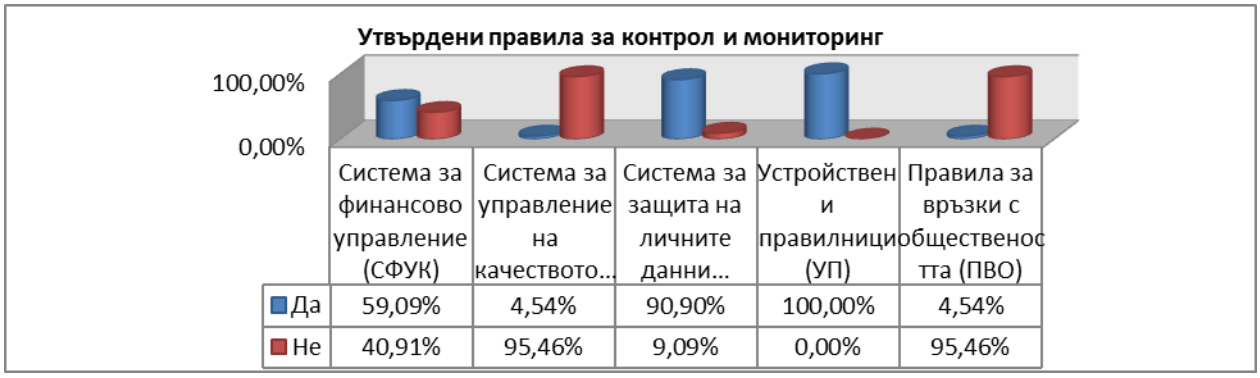
Таблица 4. Участие на доброволци в хоспис екипите

Таблица № 4

№ по ред	Участие на доброволци	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	Да, има постоянен екип	1	4,54%
2	Да, при благотворителни акции	4	18,18%
3	Много рядко	3	13,63%
4	Не участват	14	63,63%
		22	**100%**

2.3.3. Правила за контрол и мониторинг в хосписа

Правилата за наблюдение и контрол са ключов елемент от добрия мениджмънт на организацията, без оглед на нейния предмет на дейност. В настоящото изследване се анализират механизмите за контрол и мониторинг в лечебно заведение хоспис. В Диаграма № 6 изследваме наличието на разработени и внедрени системи за контрол на стопанската единица *хоспис.* Съвременният мениджмънт изисква използването на редица системи за контрол и мониторинг на процесите в организациите. Данните сочат, че (4,54%) от респондентите имат утвърдени и действащи Система за управление на качеството (СУК). Система за финансово управление и контрол (СФУК) са въвели 59,09%, а система за защита на личните данни (СЗЛД) са утвърдили 90,90%. Устройствени правилници (УП) имат всички анкетирани (100,00%). Правила за връзки с обществеността (ПВО) имат само 4,54% от изследваните.



Фиг. 6 Правила за контрол в хосписа

В седващата таблица е представена медицинската документация, използвана в изследваните хосписи. Изследването констатира многобройна и много различна документация. Поради липса на нормативна уредба за медицинска документация в хосис всеки управленски екип по своя преценка е изработвал и внедрявал документи за контрол

и мониторинг на работните процеси. Всеки респондент е правил по няколко предложения, които са отразени в таблицата. (Таблица № 5).

Изследването попадна на две интересни решения за комплектоване на медицинската документация в хоспис. Мениджърският екип на „Регионален хоспис„ гр. Дряново е разработил и утвърдил „Сестринско досие“, което включва: лист за идентификация, лист за наблюдение на жизнените функции, лист за назначена терапия, лист за определяне на индивидуалните потребности, диабетен лист, фиш за седмична визитация, фиш за консултации, фиш за финиширане на грижите, декларации, харта за правата на пациента, информация за пациента и др. Подробната документация дава възможност за лесен контрол и мониторинг на здравните грижи в лечебното заведение.

Другото интересно решение, свързано с документацията в хосписте, е разработената и внедрена от хоспис „Добролюбие“ гр. Кърджали „История на заболяването“ (ИЗ), която се различава от утвърдената от МЗ история на заболяването за болничната помощ. Разработената от екипа на хосписа ИЗ съдържа: оценителна скала за тежестта на състоянието на пациента, приемен лист, листове за лекарски контрол и наблюдение, листове за сестрински контрол и наблюдение, листове за терапия и клинични изследвания, рехабилитационен лист и листове за психологична и социална оценка.

Таблица 5. Докуметнтооборот в хоспис

Таблица № 5

№ по ред	Документооборот за медицински грижи в хоспис	Брой на изследваните, ползващи документа (N)	Относителен дял в %
1	Договор за прием и престой в хоспис	22	100%
2	История на заболяването	21	95,45%
3	Приемен журнал	21	95,45%
4	Декларация за информирано съгласие	20	90,90%
5	Приемен лист	20	90,90%
6	Индивидуален план за грижи	18	81,81%
7	Декрарация за защита на личните данни	17	77,27%
8	Рехабилитационен лист	17	77,27%
9	Лист за наблюдение на болен	17	77,27%
10	Рапортна тетрадка	17	77,27%
11	Температурен лист	16	72,72%
12	Контролен лист	14	63,63%
13	Алгоритми	7	31,81%
14	Сестринско досие с фишове за терапия, визитация и др.	5	22,72%
15	Психологична оценка. Психологичен лист	5	22,72%
16	Социална оценка. Социално досие	4	18,18%
17	Интензивен лист	2	9,09%

2.3.4. Ресурсна осигуреност – материална база и финансиране

В Методическо указание № 3 на МЗ от 2000г.[40] са регламентирани минималните изисквания за материалната база на хосписите. В Диаграма № 7 са изложени данни от изследваните хосписи относно ресурсната им осигуреност. От диаграмата става видно, че с малки изключенния респондентите имат осигурени материални ресурси. Една

значителна част от хосписите (18,18%) съобщават за липса на асансьори, но са планирали изграждане или са в процес на изграждане. Кислородни инсталации нямат 9,09% от анкетираните, но са осигурени кислородни бутилки или кислородни концентратори. В същият процент (9,09%) от хосписите място за разходки е самият хоспис и ползвателите нямат лесен достъп до природата. Всички анкетирани хосписи имат осигурени манипулационни и дневни стаи. Частична осигуреност с мултифункционални легла отбелязват 13,63% от респондентите. Проблеми с осигуряването на медицинска апаратура и оборудване имат малка част от изследваните (4,54%).

Данните в диаграмата очертават една сравнително добра ресурсна осигуреност във всички наблюдавани лечебни заведения.



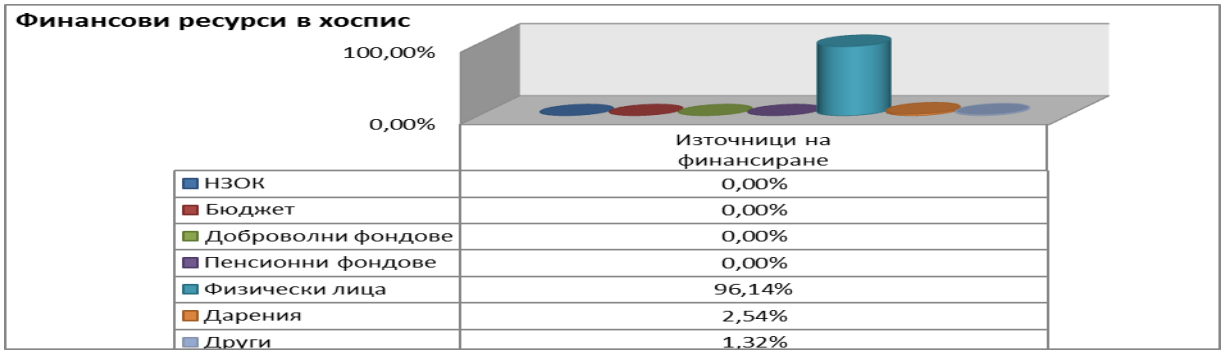
	Медицинска апаратура	Мултифункционални легла	Кислород/вакуум инсталация	Манипулационна	Асансьори и рампи	Дневна стая	Място за разходки
Да	95,45%	86,36%	90,09%	0,00%	81,81%	0,00%	90,90%
Не	4,54%	13,63%	9,09%	100,00%	18,18%	100,00%	9,09%

Фиг. 7 Структурни единици в лечебно заведение хоспис

Финансирането на хосписите се очертава като най-съществения проблем, който проучването идентифицира. Липсата на финансиране от обществените фондове ограничава достъпа до хоспис/палиативни грижи и е в основата на забавеното им развитие. В долната Фиг. 10 се виждат основните източници за финансиране на хосписите. От данните става ясно, че 96,14% от респондентите разчитат на кешови плащания от потребителите на хоспис услугите.

Анализът на данните улавя и добри практики за смесено финансиране на някои хосписи. Общинският хоспис в гр. Мадан е осигурил субсидия от общинския бюджет в размер на 70,000 лева годишно, което се равнява на 35,00% от годишния бюджет на лечебното заведение. Хоспис „Добролюбие“ в гр. Кърджали е маркирал желания смесен модел на финансиране на хоспис. Осигурени са приходи от четири източника: Физически лица (82,00%), НЗОК – (12,00% за 4 - годишен период, в момента няма договор), Общински бюджет (4,00%) и Дарения – (2,00%).

Смесеното финансиране на хоспис/палиативните грижи е възможно най-добрият вариант за устойчиво развитие на сектора. Данните за осигуряването на финансови ресурси за хосписите са категорични и ясни. Единственият източник на финансиране на този тип лечебни заведения са потребителите. Този факт поставя в трудна и деликатна ситуация както хосписите, така и потребителите на хоспис/палиативните грижи в страната.



Фиг. 8 Финансови ресурси в хоспис

В резултат на направеното проучване на мениджърите на хосписи е изработена „Интеграционна матрица“ за оценка на напредъка на хосписите и готовността им за интегриране в здравната система на страната. (Приложение № 4). Интеграционната матрица дава възможност за измерване развитието на основните фундаменти на структурата хоспис като организация от началото на неговото регистране до достигането на зрялост за интегриране в здравната система. Проследяват се динамично във времето настъпилите промени на нормативна база, човешки и материални ресурси, обхват на грижите, финансиране, контрол и мониторинг на лечебното заведение. Проследяват се както настъпилите промени, така и необходимите такива от началото на съществуване на организацията, по пътя на интеграцията (настоящия момент) до достигане на зрялост на хосписа.

Матрицата дава възможност на всеки мениджър на хоспис да оцени развитието на лечебното заведение и да предлага нужните промени за развите и интегриране на хосписите в здравеопазването като основен доставчик на палиативна помощ.

2.3.5. Визия на управителите за развитието на хосписа. Препоръки

В разработените анкети за изследването заложихме възможността всяка анкетирана група да посочи проблемите от гледна точка на заеманата длъжност в хосписа. Изследването залага големи надежди на наблюдението на управителите на хосписи. Голяма част от анкетираните са отдадени на хоспис/палиативните грижи от дълги години, имат значителен опит и формирана визия за проблемите и развитето на сектора. Данните от този раздел ще се анализират много задълбочено, за да се идентифицират съществените проблеми на хоспис/палиативните грижи в страната.

В долната таблица са ситематизирани данните от предложенията на мениджърите. Почти всички (95,45%) от анкетираните, под една или друга форма предлагат да се осигури обществено финансиране на хоспис/палиативните грижи. Осигуряване на финансиране чрез НЗОК или директно от МЗ предлагат 77,27% от респондентите. За утвърждаване на стандарт и нормативно регламентиране на документооборота в хоспис са 59,09% от управителите на хосписи. Половината от изследваните са на мнение, че квалификацията на мултидисциплинарните екипи трябва да се повишава всяка година или поне на две години. Почти половината от запитаните (45,45%) виждат възможност хосписите да могат да ползват делегирани бюджети за социални грижи. Същите искат по-

строг контрол на социалните домове, където нерегламентирано се извършва палиативна помощ. Като механизъм за подпомагане на хоспис/палиативните грижи 31,81% виждат инициирането на кръгла маса за диспут по проблемите в бранша и търсене на възможности за финансиране от външнни донори. Важно за развитието на сектора според 22,72% е изработването на механизми за съсловен самоконтрол.

Анкетираните са дали повече от едно предложение. Предложенията са обобщени в групи, близки по смисъл и съдържание.

Таблица 6. Препоръки на мениджърите на хосписи

Таблица № 6

№ по ред	Препоръки от управителите на хосписи (N=22, 100%)	Брой на изследваните с препоръка	Относителен дял в %
1	Осигуряване на обществено финансиране на хоспис/палиативните грижи	21	95,45%
2	Осигуряване на догори с НЗОК по специални хоспис КП или директно финансиране от МЗ	17	77,27%
3	Утвърждаване на стандарт по хоспис/палиативни грижи	13	59,09%
4	Наредба за медицинската докуметация на хосписите.	13	59,09%
5	Квалификация на хоспис екипите – всяка година или на две години	11	50,00%
6	Делегирана от държавата дейност за социални грижи	10	45,45%
7	По- строг контрол на частните социални домове – извършващи нерегламентирано палиативни грижи	10	45,45%
8	Иницииране на обществен дебат за хоспис/палиативните грижи в страната. Кръгла маса	7	31,81%
9	Разработване на проекти, финансирани от външни донори – фондации, фондове, програми и др.	7	31,81%
10	Изработване на правила за съсловен контрол	5	22,72%

2.4. Анализ и оценка на резултатите от проучване сред работещи в хоспис специалисти по здравни грижи

2.4.1. Характеристика на обекта на изследване

В този раздел на проучването респонденти са професионалистите по здравни грижи, работещи в изследваните хосписи. Наблюдението е като моментно изследване в лечебни заведения и е проведено в периода от 10.02.2021г. до 30.04. 2021г. Изследването е извършено посредством анкетна карта с 12 въпроса. Анкетата обследва основните режими на работа, компетенции, мотивация, удовлетвореност, както и възможностите за обучение и кариерно развитие на персонала, както и нормативната база, човешки и материални ресурси, мутидисциплирарни грижи и механизми за контрол и мониторинг. Проучени са 111 медицински специалисти назначени на основни договори в два вида хосписи (стационарни и мобилни - за домашни грижи). Наблюдаваните хосписи са с различен юридически статут – частни, държавни, общински и неправителствени. Всички

хосписи са регистрирани по Търговския закон като дружества с ограничена отговорност. Седем от тях са регистрирани в РЦЗ - София и упражняват дейност в столицата. Изследваните столични хосписи са частна собственост.

Друга група от три хосписа са регистрирани в РЦЗ – Варна и са стационарни. Два от тях извършват своята дейност в гр. Варна, а третият е стациониран в с. Водица. Трите хосписа са частни.

Следващата група от три хосписа също е интересна за изследването. Регистрираните в РЦЗ – Кърджали хосписи са с най-пъстар юридически статут. Хоспис „Добролюбие“ е държавен, дъщерно дружество на областната болница, хоспис „Червен кръст“ е единственият в проучването хоспис, който е собственост на неправителствена организация – БЧК. Третият, частен хоспис „Рай“, е регистриран за домашни грижи, той е единственият мобилен хоспис в изследването.

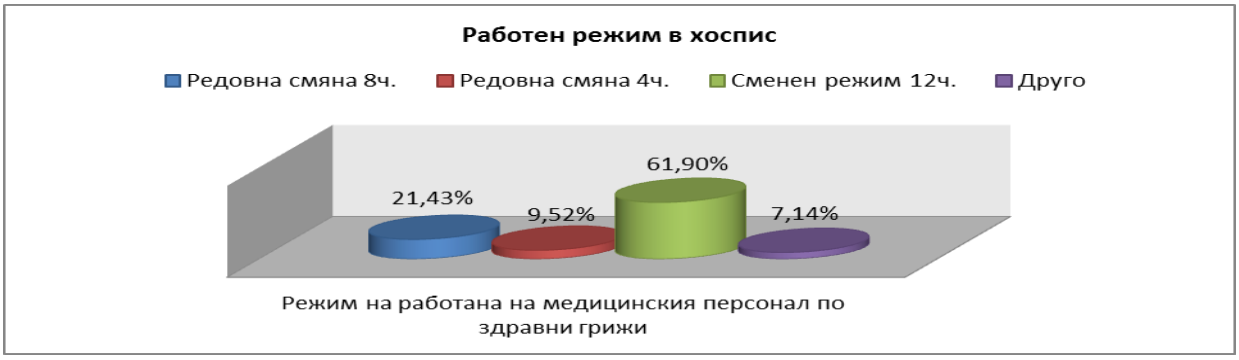
Други два от проучваните хосписа са стационирани в гр. Перник. Хоспис „50 плюс“ е частен хоспис, а Хоспис „Св. Иван Рилски“ е държавен, също със стационар. Вторият общински хоспис в изследването е хосписът в гр. Мадан, той също е със стационар и е позициониран в общинската болница.

Останалите шест хосписа са частни, регистрирани са като стационарни и осъществяват дейността си в гр. Бургас, гр. Костинброд, гр. Дряново, гр. Левски, гр. Стара Загора и гр. Попово.

Изследваните в раздела респонденти са професионалистите по здравни грижи, наети на основни договори в наблюдаваните хосписи. Изследвани са фелдшери, рехабилитатори, медицински сестри и др. Целта на проучването в тази част е да изследва мотивацията и удовлетвореността на профисоналистите по здравни грижи в хоспис. Самооценката на медицинския персонал за компетенциите и обучението на профисоналистите по здравни грижи в хоспис. Обследва се и емоционалната изтощеност на екипите при работа с палиативни пациенти, рисковете за професионално изпепеляване и развитие на Бърнаут синдром. Изследването обхваща и работния режим, възнагражденията, компетенциите, обучението и развитието на хоспис екипите.

В изследването е заложена възможността всяка анкетирана група да посочи проблемите от гледна точка на заеманата длъжност в хосписа. Изследването залага големи надежди на тази част от наблюдението на медицинския персонал. Добрият опит на професионалистите по здравни грижи в хоспис ще подпомогне за формулиране на проблемите при предоставянето на хоспис/палиативни грижи в хоспис.

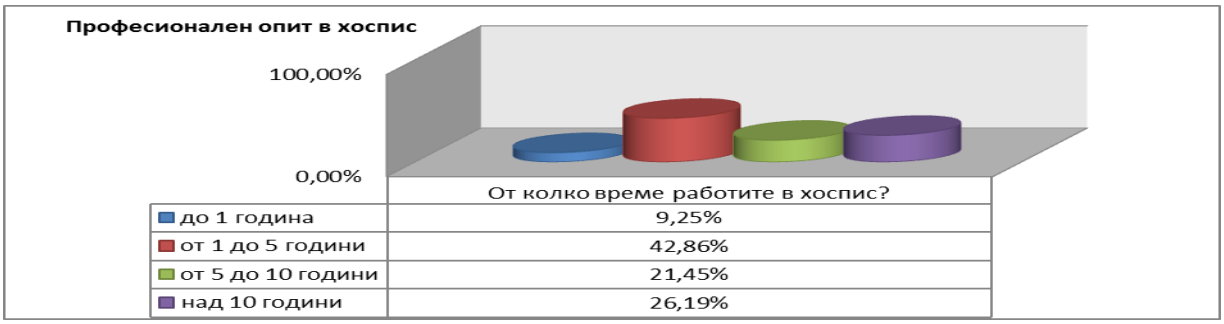
Повечето здравни специалисти в наблюдаваната извадка на долната диаграма (Диаграма № 9) 61.90% работят сменен режим на 12 - часов график, включващ и нощни дежурства. На 8 - часов график, редовна смяна, работят 21.43%, а 9.52% от респондетите работят на 4 – часов график. На друг режим на работа са (7,14%) от анкетираните.



Фиг. 9 Работен режим в хоспис

Средната възраст на респондентите е в диапазона 53г. (χ = 53,33; min.25, max.70). Почти половината от изследваните професионалисти по здравни грижии (N=111, 100%) са с дълъг професионален опит в тази сфера - 47,62% са със стаж над 5 години, като 26,19% са със стаж повече от 10 години, а 21,45% попадат в границите между 5 до 10 години. Най-много професионалисти по здравни грижи в хоспис (42,86%) са със стаж от 1 до 5 години. Само 9,25% са в началото на своята трудова кариера.

По отношение на трудовия стаж в наблюдаваните хосписи се вижда, че близо половината от респондентите имат достатъчно опит в предоставянето на хоспис/палиативни грижи. Професионалистите по здравни грижи в хосписите са гръбнакът на тези организации. Сестринският персонал в хосписите извършва почти изцяло медицинското наблюдение. Често му се налага да взема бързи, самостоятелни решения. Опитът на този персонал е важен за хосписите и интересен за нашето изследване.



Фиг. 10 Професионален опит на професионалистите по здравни грижи в хоспис

2.4.2. Мотивация и удовлетвореност на профисоналистите по здравни грижи в хосписа

Мотивацията и удовлетвореността на персонала, ангажиран да полага хоспис/палиативни грижи, е много важен елемент от цялостната концепция за качествени хоспис грижи.

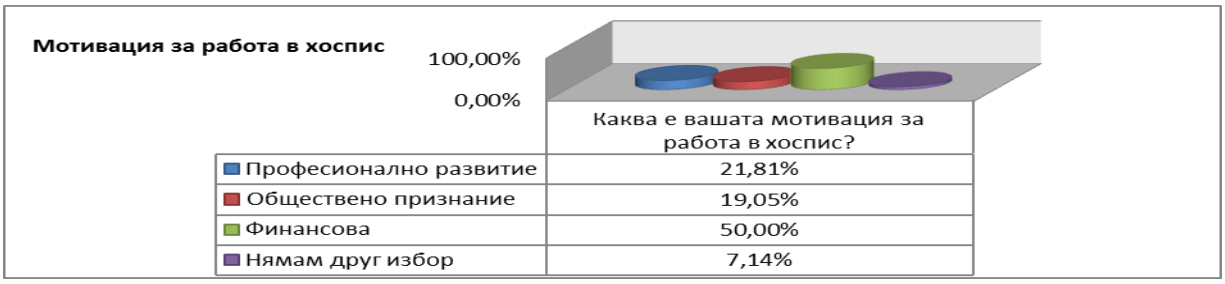
Професионалната мотивация описва личността като висше съзнателно същество. Мотивацията изяснява защо личността упражнява професията и какво иска да постигне.

Мотивите са всички процеси и факти, които ни обясняват защо и в името на какво действа личността. В професионалната медицинска дейност мотивите имат

високосмислова функция. Професионалната насоченост на личността се определя от мотивите за изпълнение на дадена дейност. Има тясна връзка с потребностите и начина на тяхното задоволяване. Според А. Н. Леонтиев …*"Мотивът означава, това, което конкретизира потребностите при дадени условия и към което се насочва тази дейност"* [36].

Мотивацията допринася твърде много за изграждане на психичната нагласа за работа с терминално болни хора. Комплекс от мотиви и взаимовръзките между тях обуславят мотивационна сфера, включваща регулацията на доминиращи и потиснати мотиви. "Отношението към професионалната дейност се определя от системата от мотиви, между които намираме различни степени и характерна взаимовръзка" [27]. При планиране и подбор на професионалисти по здравни грижи в хоспис е важно да се отчита и положителната мотивация на индивида за работа с терминално болни пациенти.

За мотивацията на медицинския персонал да работи в хоспис съдим от данните в Диаграма № 11 Като най-голям стимул да работят в хоспис 50,00% от изследваните посочват „Финансова мотивация". Водещ мотив за 21,81% от анкетираните е „Професионално развитие". „Обществено признание" мотивира 19,05% от респондентите да се захванат с тази нелека работа. За 7,14% от работещите в лечебно заведение хоспис отговорът е : „Нямам друг избор".



Фиг. 11 Мотивация за работа в хоспис

В диаграмата по-долу (Диаграма №12) се изследва мнението на медицинския персонал в хоспис за наличието на достатъчно професионалисти по здравни грижи в лечебното заведение, необходими за посрещане нуждите на палиативни пациенти. Респондентите са подканени да сподеят дали са удовлетворени от оценката на пациентите и техните близки за положените от тях грижи. Данните показват, че 47,62% мислят, че персоналът е достатъчен, като 28,57% от тях отговарят с „да", 19,05% с „ по-скоро да". Като недоволни от броя на професионалистите по здравни грижи в хоспис се определят общо 52,38%, от тях с „по-скоро не" отговарят 23,81%, с „не" - 28,57%. От анализа на получените данни можем да заключим, че персоналът смята, че броят на колегите в хосписите е по- скоро недостатъчен за предоставянето на добри грижи.

Що се отнася до удовлетвореността на персонала от оценката на потребителите за тяхната работа се получиха следните данни: 95,20% от анкетираните се чувстват оценени за труда си. Разпределението на удовлетворените е както следва: 61,90% се чувстват оценени, 33,30% са посочили, че са по-скоро оценени. Недоволни и неоценени се

чувстват общо 4,76%, като неоценени и по-скоро неоценени са разпределени по равно - по 2,38%.



	Достатъчен ли е броя на професионалистите по здравни грижи в хоспис	Чувствате ли се оценен от пациентите и техните близки
Да	28,57%	61,90%
По - скоро да	19,05%	33,30%
По - скоро не	23,81%	2,38%
Не	28,57%	2,38%

Фиг. 12 Мнение на професионалистите по здравни грижи за оценеността им от пациентите и достатъчност на персонала в хоспис

Възнагражденията за упражняване на дадена професия често са водещ мотив за нейното упражняване. В долната таблица (Таблица № 7) изследваме какви са възнагражденията на медицинския песонал за работа в хоспис. Данните от проучването сочат, че възнагражденията на 39,63% от анкетираните попадат в диапазона от 610 до 700 лева. В диапазона от 700 до 800 лева попадат 21,62% от респондентите. Същият процент (21,62%) получават месечно възнаграждение от 800 до 1000 лева, а само 8,10% са с доходи над 1000 лева. Прави впечатление, че само в този раздел има доста анкетирани, които са предпочели да не отговарят на този въпрос. Този факт ни кара да анализираме вероятните причини за това явление. Процентът е достатъчен, за да изключим вероятността за технически грешки и пропуски.

Таблица 7. Размер на възнагражденията на медицинския персонал в хоспис

Таблица № 7

№ по ред	Възнаграждението за работа в хоспис е?:	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	От 610 до 700	44	39,63%
2	От 700 до 800	24	21,62%
3	От 800 до 1000	24	21,62%
4	Над 1000	9	8,10%
5	Без отговор	10	9,00%
		111	**100%**

Степента на удовлетвореност на специалистите по здравни грижи от работата в хоспис е важен момент от нашето изследване. Резултатите са представени в Диаграма № 13, те ще ни помогнат да преценим кои фактори на работната среда имат най-голямо отношение към удоволетворението на медицинския персонал. Изследва се размерът на възнагражденията, оценката на пациентите, работен график и т.н. Като много доволни от работата в хоспис се определят 28,57% от респондентите. Доволни са 67,00% от работещите в хоспис професионалисти по здравни грижи. Като недоволни са се определили 4,72% от анкетираните, а много недоволни няма.



Фиг. 13 Удовлетвореност от работата в хоспис

2.4.3. Компетенции и обучение на професионалистите по здравни грижи в хосписа

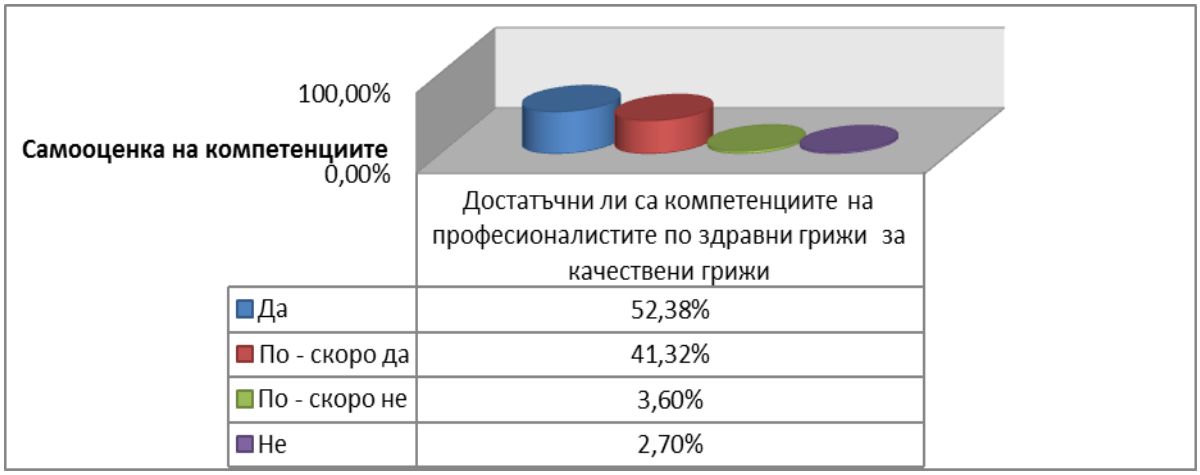
Компетентността на мултидисциплинарните екипи е от ключово значение за осигуряване на качествен живот на хоспис/палиативните пациенти. Компетентни и качествени грижи за хоспис/палиативните пациенти могат да се осигурят само чрез обучен и компетентен мултидисциплинарен екип. В Таблица № 8 се наблюдава квалификацията на медицинския персонал в областта на палиативната медицина. Извадката показва, че 23,42% от персонала е преминал курс по палиативни грижи и е придобил специален сертификат. Курс без сертифициране са преминали 23,42% от анкетираните. Останалите респонденти (53,15%) не са обучавани в специализиран курс за палиативна помощ.

Таблица 8. Обучение по палиативни грижи

Таблица № 8

№ по ред	Преминали ли сте курс по палиативни грижи?	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	Да, със сертификат	26	23,42%
2	Да , без сертификат	26	23,42%
3	Не	59	53,15%
		111	**100%**

В следващата диаграма са изложени данни, касаещи самооценката на професионалистите по здравни грижи по отношение на нивото на техните компетенции, необходими за качествени хоспис/палиативни грижи. Близо 95% от анкетираните смятат, че имат добри компетенции по палиативна помощ. По -голямата част от тях (52,38%) са категорични, че компетенциите им са достатъчни за полагане на добра хоспис грижа. С леки колебания са 41,32%, но и те смятят своите компетенции за добри. Несигурни в своите компетенции се определят 3,60% от респондентите, а 2,70% от изследваните намират своите компетенции по хоспис/палиативни грижи като недостатъчни (Диаграма № 14).



Фиг. 14 Самооценка на нивото на компетенциите на хоспис екипите

2.4.4. Емоционална изтощеност на екипите при работа с палиативни пациенти /*Бърнаут*/

Понятието *бърнаут (burnout)* се използва за пръв път от американския психиатър Хърбърт Фройденбернгер през 1974 г. в неговата статия „Прегряването: Високата цена на високите постижения“. Ханс Сение определя бърнаут синдрома като процес на стимул и реакция, протичащ на три етапа: предупреждение, съпротива и изтощение [24].

Според водещи изследователи бърнаутът се определя като физическо, психическо и емоционално изтощение в следствие на дългосрочно участие в дейности и ситуации, които са емоционално натоварващи. [82]

Емоционалното изтощение е едно от най-сериозните предизвикателства пред общественото здраве в съвременния свят. Според редица изследвания медицинската професия е сред най-уязвимите и рискови за емоционално изгаряне. [7]

Разбира се, доставчиците на хоспис/палиативни грижи са сред най-рисковите медицински професии, склонни за развитие на бърнаут-синдром.
Наблюдаваната извадка в талицата по-долу (Таблица № 9) разглежда емоционалната изтощеност на професионалистите по здравни грижи в хоспис от гледна точка на полагащия палиативни грижи. Изследва се работната среда при грижите за безнадежно болни пациенти, както дали и как палиативната помощ влияние на персонала. Данните показват сравнително високо повлияване върху емоционалния конфорт на работещите в хоспис медицински специалисти. Понякога емоционално изтощени се чувстват 71,17% от изследваните. Като често емоционално повлияни се определят 14,41 % от респондентите. Работата с терминално болни пациенти влияе много често на емоциите на 5,40 % от професионалистите по здравни грижи, работещи в хоспис. Данните от проучването показват, че има значителни предпоставки за професионално изпепеляване на персонала в хосписите, ангажиран да се грижи за тежко болни пациенти. Данните идентифицират проблемна зона при предоставянето на хоспис/палиативни грижи в хосписите, на която трябва да се обърне внимание.

Таблица 9. Емоционално изтощение на хоспис екипите

Таблица № 9			
№ по ред	**Чувствате ли се емоционално изтощен от работата с палиативтни пациенти?**	**Брой на изследваните лица /N/**	**Относителен дял в %**
1	Никога	10	9,00%
2	Понякога	79	71,17%
3	Често	16	14,41%
4	Много често	6	5,40%
		111	**100%**

В резултат на изследването на професионалистите по здравни грижи в хоспис са констатирани значителни пропуски в обучението на специалистите, работещи в хоспис. Изработена е програма за изнесено обучение "Основи на палиативните грижи в хоспис" за повишаване квалификацията на доставчиците на хоспис/палиативни грижи в хоспис (Приложение № 5).

Програмата съдържа четири основни модула:

- Философията на палиативните грижи. Качество на живот при палиативни грижи
- Съотношението на медицински, психологически и социални компоненти в процеса на предоставяне на палиативни грижи на пациента и неговите роднини
- Грижата като технология за палиативни грижи
- Психологически и социални аспекти на предоставянето на палиативни грижи на пациенти и техните близки.

Модулите на програмата включват теоретична и подготовка, семинари, дискусии и кръгли маси и се провежда на място (в хосписа) с участие на потребители на услугите. Изработената програма за изнесеното обучение в самите лечебни заведения е своеобразен управленски инструмент, който ще повиши квалификацията на персонала и ще подобри качеството на хоспис/палиативните грижи.

2.4.5. Визия на персонала за развитие на хосписа. Препоръки

В разработените анкети за изследването заложихме възможността всяка анкетирана група да посочи проблемите от гледна точка на заеманата длъжност в хосписа. Изследването залага големи надежди на тази част от наблюдението на респондентите. Голяма част от анкетираните са отдадени на хоспис/палиативните грижи от дълги години, имат значителен опит и формирана визия за проблемите и развитето на сектора. Данните от този раздел ще се анализират много задълбочено, за да се идентифицират съществените проблеми на хоспис/палиативните грижи в страната.

Систематизираните данни в Таблица № 10 показват, че 50,45% от специалистите по здравни грижи в хосписите препоръчват да се намери форма за финансиране на хосписите от държавата. За повече медицински персонал са апелирали 42,34% от респондентите. Проблем с медицинската документация идентифицират 37,83% от изследваните медици. По - високи възнаграждения желаят 37,83%. Установяват се

различни предложения за обучение по палиативни грижи (27,92%), като по-голямата част от тях предлагат обучението по палиативни грижи за работещите хоспис медици да е задължително. За оптимизиране на рехабилитацията в хосписите са 10,81%. Близо 10,00% препоръчват осигуряване на повече занимания за пациентите.

Последното предложение е от 8,10% от анкетираните, те са на мнение, че информираността за хоспис/палиативните грижи не е на ниво и трябва да се подобрява. В таблицата за препоръки, наблюдавният персонал е давал по повече от едно предложение, които са подредени по броя на предложенията.

Таблица 10. Препоръки на медицинския персонал за оптимизиране на грижите

Таблица № 10

№ по ред	Препоръки от медицинския персонал на хосписи (N=111, 100%)	Брой на изследваните с препоръка	Относителен дял в %
1	Финансиране на хосписите от държавата	56	50,45%
2	Повече персонал в хосписите – съотношение между болни и персонал	47	42,34%
3	Оптимизиране на медицинската документация в хосписите	42	37,83%
4	По - високи възнаграждения на медицинския персонал	42	37,83%
5	Задължително обучение по палиативни грижи	31	27,92%
6	Осигуряване на рехабилитационни и ЛФК зали	12	10,81%
7	Повече развлечения за пациентите	11	9,90%
8	Повече информация за хосписните грижи	9	8,10%

2.5. Анализ и оценка на резултатите от проучване сред бенефициенти на хоспис/палиативни грижи

2.5.1. Характеристика на обекта на изследване

По своя характер проучването е като моментно изследване в лечебни заведения. Посредством анкета на потребители и семействата им на хоспис/палиативни грижи. Обект на проучването са потребителите на два вида хосписи (стационарни и мобилни за домашни грижи). Наблюдаваните бенефициенти са настанени в хосписи с различен юридически статут – частни, държавни и общински на територията на цялата страна.

За да се стимулира участието в анкетата, в инструкцията към нея е отбелязано, че изследването е за научни цели и ще подпомогне развитеието на грижите, от които потребителите имат остра нужда в момента. Участието в анкетата е доброволно, анкетиращите са инструктирани да дават възможност на желаещите да останат анонимни, въпреки че анкетата не е анонимна. С оглед на това може да се приеме, че степента на надеждност на данните ще е висока. Проучването е проведено от 10.03.2021 г. до 30.06.2021 г.

2.5.2. Информираност на потребителите за хоспис/палиативните грижи

Нашето проучване цели да идентифицира проблеми на хосписите в страната, които биха влошили достъпа до хоспис/ палиативни грижи. Анализът на данните показва, че постъпващите в хоспис пациенти са имали достатъчно информация за грижите. Голяма част от анкетираните (95,70%) твърдят, че са информирани за грижите**,** предоставяни от хосписа. Само 4,30% от изследваните са заявили, че информираността за хоспис/палиативните грижи е недостатъчна.

Добрата информираност на пациентите и техните семейства за хоспис/палиативните грижи е много важен елемент от цялостната концепция за грижите. В изследването се анализират възможните източници за информиране на бенефициентите. Информацията най-често касае обхват на грижите, начин на постъпване, цени на услугите и др.

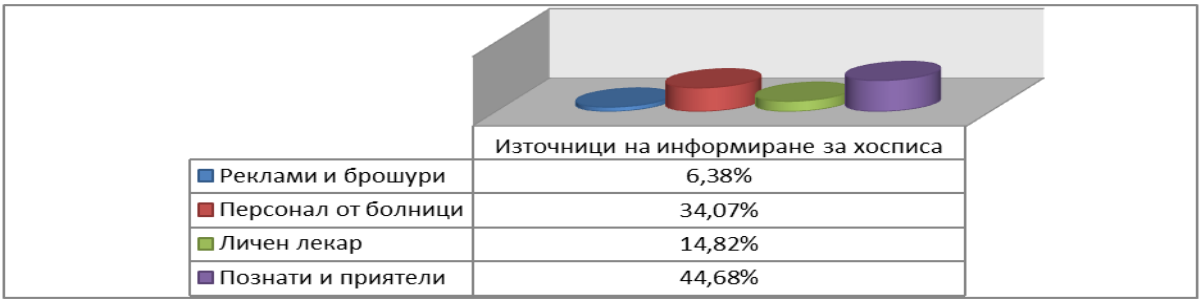
В Таблица № 11 се представя информираността на хосписните пациенти и техните семейства. Данните в таблицата показват много висок процент на добра информираност на анкетираните (95,54%). Малък дял от изследваните (4,46%) заявяват, че в голяма степен са информирани, но имат неясноти по някои аспекти на грижите. Няма бенефициенти, които да заявяват пълна неинформираност за хоспис/палиативните грижи.

Таблица 11. Информираност на потребителите за хоспис грижите

Таблица № 11

№ по ред	**Информираност за хоспис грижите**	**Брой на изследваните лица /N/**	**Относителен дял в %**
1	Добре информиран	459	95,54
2	Почти информиран	21	4,46
3	Неинформиран	0	0,00
		470	**100%**

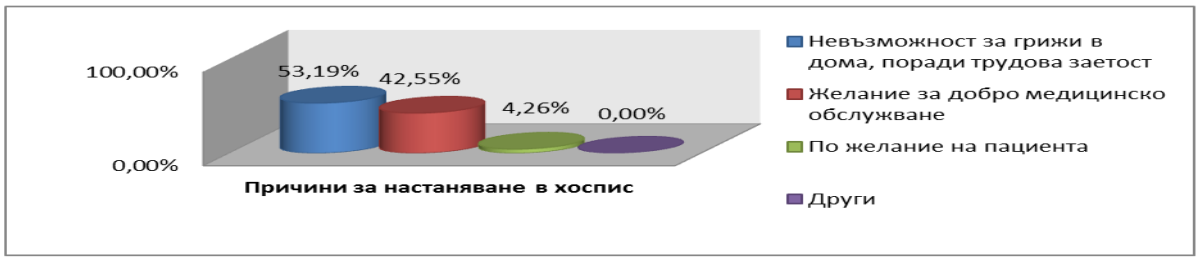
Представените в Диаграма № 15 по-долу данни става видно, че най-много анкетирани (44,68%) са получили информация за хоспис/палиативните грижи от свои познати и приятели. Следва ги групата, получила информация от болничните екипи (34,07%). Това най-става при изписване на пациентите от болници. От ОПЛ /Личен лекар/ са се информирали 14,82% от анкетираните, а най-малко хора (6,38%) са се информирали от материали като брошури, диплянки или друга реклама. Прави впечатление малък превес на анкетираните, които са се информирали от източници извън здравната система (51,06%). Това вероятно се дължи на несъстоялата се интеграция на хосписите в здравната система. Осигуряването на обществен ресурс за хоспис грижите рязко ще промени потоците от информация за тях.



Фиг. 15 Източници на информация за хоспис грижите

2.5.3. Основни причини за настаняване на потребителите в хоспис

Много хора се изправят пред дилемата за настаняване на свой близък в хоспис. Решението винаги е трудно и се пречупва през призмата на икономически, духовни, етнокултурни, морални и какви ли не съображения. За нашето изследване е важно да се разбере какви са основните причини за настаняване на пациент в хоспис. Анализът на резултатите в Диаграма № 16 откроява значително една от основните причини за хоспитализация в хоспис. По-голямата част от запитаните (53,1%) посочват „Невъзможност за грижи в дома, поради трудова заетост“ като основна причина за насочване на близките си към хоспис. „Желание за добро медицинско обслужване“ е следващата причина за настаняване в специализирано лечебно заведение хоспис (42,5%). Едва 4,2% от анкетираните твърдят, че причина за настаняването е „По желание на пациента“.



Фиг. 16 Причини за настаняване на потребителите в хоспис

2.5.4. Удовлетвореност от битовите условия, хигиената, отношението на персонала и качеството на грижите

В следващата диаграма се разглежда удовлетвореността на пациентите от битовите условия и поддържането на хигиена в лечебното заведение (Диаграма № 17).

Много доволни и доволни от битовите условия и хигиената са общо 82,9% от запитаните. Разпределението им е следното: 48,9% са много доволни, а 34,0% са доволни.

Като средно удовлетворени от битовите условия и хигиената в лечебното заведение се определят 6,38% от анкетираните потребители.

От данните в диаграмата се вижда, че недоволните пациентите от битовите условия и хигиената в хосписа са (10,63%). Тези данни сигнализират за проблеми, които не са за пренебрегване. Резултатите трябва да мотивират и подтикнат мениджърите на екипите към по-прецизна организация на работата и старание за постигане на максимален комфорт за пациента.

От следващата диаграма може да извлечем следните изводи относно удовлетвореността на пациентите от дейността на персонала. Към „много доволни“ се причисляват най-голям процент от анкетираните (67,21%). Степен на удовлетвореност „доволен“ посочват 23,40%. Средна степен на удовлетвореност от хосписните екипи посочват 6,38%. Изключително малък процент от анкетираните се оплакват от ниска

степен на удовлетвореност от отношението на персонала, като процентът им не надвишава 2,01%.

До каква степен са удовлетворени анкетираните от получената грижа? По-голямата част от запитаните (65,95%) са получили очакваната грижа от лечебното заведение и са много доволни. Доволни от хоспис/палиативните грижи са 29,79%, докато 4,25% са удовлетворени частично от получените услуги и са средно доволни.

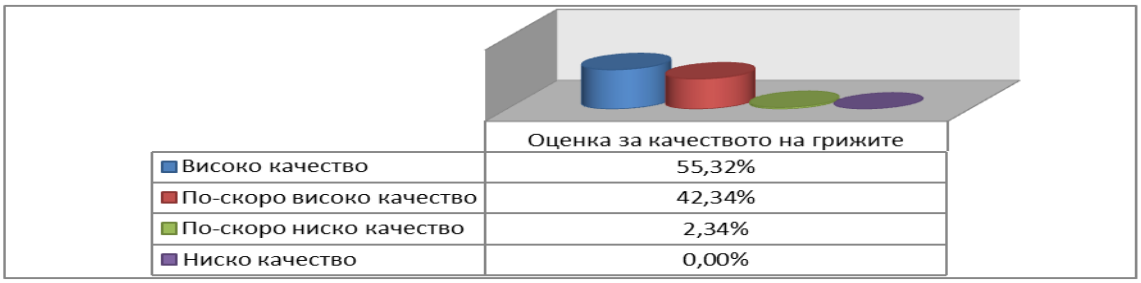
С помощта на данните от статистиката можем да твърдим, че пациентите в значително голяма степен остават доволни от своя стационарен престой в хоспис. Удовлетвореността като цяло е висока, процентът на недоволните не надхвърля 2%, но все пак се маркират проблемни зони, на които трябва да се обърне внимание.



	Удовлетвореност от битови условия и хигиена	Удовлетвореност от отношението на персонала	Удовлетвореност от получената грижа
Много недоволен	0,00%	0,00%	0,00%
Недоволен	10,63%	2,01%	0,00%
Средно	6,38%	6,38%	4,25%
Доволен	34,04%	23,40%	29,79%
Много доволен	48,93%	67,21%	65,95%

Фиг. 17 Удовлетвореност на потребителите на хоспис грижи

Резултатите, посочени в Диаграма № 18 по-долу, показват оценката на бенефициентите за качеството на грижите. Както се вижда в нагледно представените в диаграмата данни, изследваните лица са много доволни от грижите, 55.32% от тях ги определят, като грижи с високо качество. Към по-скоро високо качествени хоспис/палиативните грижи ги причисляват 42,34% от анкетираните. Едва 2,34% от запитаните смятат, че грижите са по-скоро с ниско качество.



	Оценка за качеството на грижите
Високо качество	55,32%
По-скоро високо качество	42,34%
По-скоро ниско качество	2,34%
Ниско качество	0,00%

Фиг. 18 Оценка за качеството на грижите в хоспис

2.5.5. Финансови затруднения във връзка с хоспис/палиативни услуги

В каква степен анкетираните изпитват финансови затруднения във връзка с настаняването в хоспис, се информираме от долната диаграма.

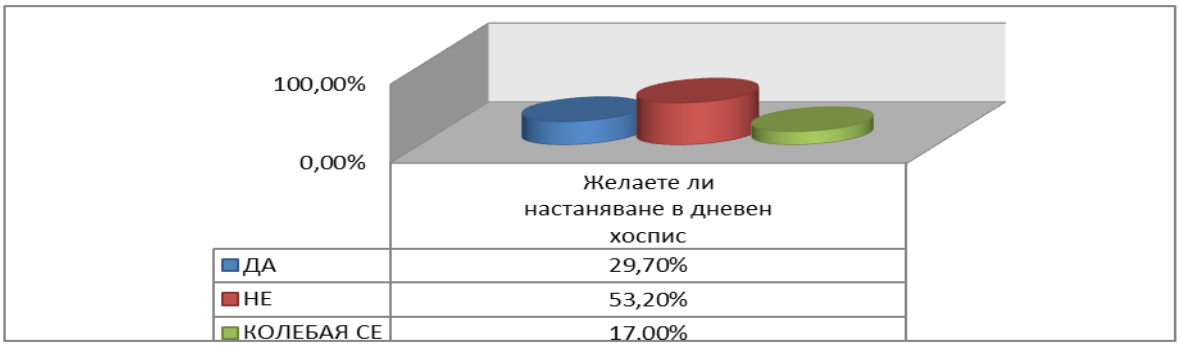
Най-големият процент (61,73%) се пада на запитаните, които нямат особени затруднения с финансирането на услугите. Затруднения с таксите за престой в хоспис изпитват 23,4% от бенефициентите. Недоволни от допълнителните разходи за лекарства и консумативи, съпътстващи постъпването в подобно лечебно заведение са 14,9%. Анкетираните не посочват други финансови затруднения, свързани с хоспис/палиативните услуги. **(**Таблица № 12)

Таблица № 12

№ по ред	**Имате ли финансови затруднения във връзка с хосписа?**	**Брой на изследваните лица /N/**	**Относителен дял в %**
1	Не, нямам	290	61,7
2	Да, с таксата	110	23,4
3	Да, с допълнителни разходи за пациента	70	14,9
4	Други (Какви?)	0	0
		470	**100%**

Таблица 12. Финансови затруднения на потребителите на хоспис грижи

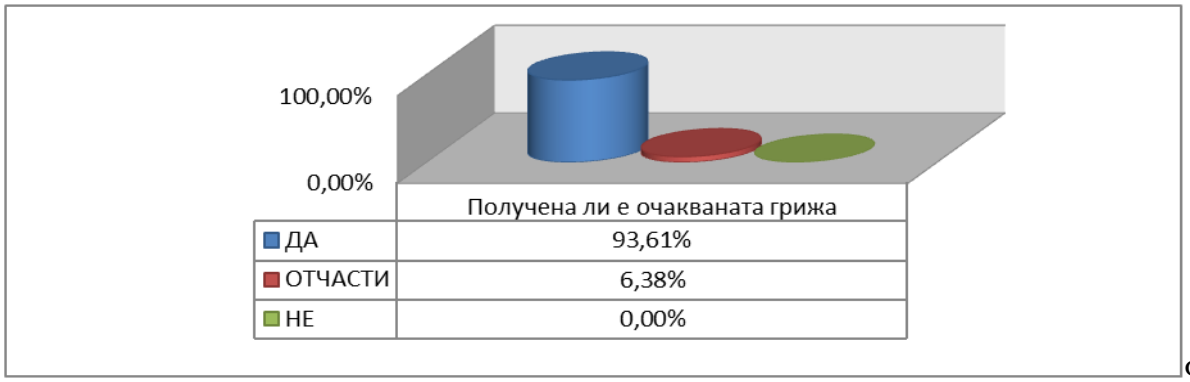
В Диаграма № 19 ще представим нагласите на анкетираните към евентуална възможност за настаняването им в дневен хоспис. Дневен хоспис е и институция**,** в която за определени часове през деня се настаняват относително самостоятелни хоспис/палиативни пациенти. В тях мултидисциплинарни екипи извършват комплексни грижи според потребностите на пациентите, след което потребителите на услугата се връщат в домовете си. Данните в диаграмата показват, че повече от половината потребители не желаят настаняване в дневен хоспис (53,20%). Желаещи настаняване в дневен хоспис са 29,70% от анкетираните. Наблюдава се и немалка група колебаещи се (17,00%), които вероятно имат нужда от допълнителна информация и/или съвет от близките.



Фиг. 19 Желание за настаняване в дневен хоспис

Следващата диаграмата илюстрира цялостното впечатление на анкетираните за предоставените грижи. Цели се идентифициране на разминаване между очаквана и получена грижа. Данните в диаграмата показват много висока оценка за получените грижи, 93,61% потвърждават, че са получили грижи, които са очаквали. Има и неголям

процент (6,38%) от анкетираните, които са отбелязали частични пропуски, което води до известна неудовлетвореност. Сред анкетираните няма крайно недоволни.
Тази оценка е от особена важност за хосписите, защото тя обобщава всички отрицателни и положителни впечатления на пациентите и дава една крайна, обективна
оценка относно целия им престой в лечебното заведения (Диаграма № 20).



Фиг. 20 Удовлетвореност на потребителите от хоспис грижите

2.5.6. Визия на потребителите за развитие на хосписа. Препоръки

На въпроса: *Бихте ли препоръчали на ваши близки и познати да изберат хосписа за оказване на хоспис/палиативни грижи?* Почти всички от анкетираните (93,3%), с малки изключения (6,6%), биха препоръчали на свои близки и познати, при необходимост, да се обърнат към такъв вид услуги, което е своеобразна оценка за удовлетвореност. Това ни дава основание да смятаме, че организацията на хосписните грижи е на добро ниво и осигурява добри хоспис/палиативни грижи.

Таблица 13. Препоръки на потребителите за оптимизиране на хоспис грижите

Таблица № 13

№ по ред	Препоръки и предложения от анкетираните	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	Дадени препоръки	130	27,65
2	Без препоръки	340	72,35
		470	**100%**

В този раздел на проучването се анализират предложенията и препоръките на бенифициентите на хоспис/палиативни грижи. Заложената в проучването възможност за свободно изразяване на мнение на потребителите е натоварено с големи очаквания. Мнението на потребителите за грижите е от голямо значение за формирането на адекватна визия за развитие на грижите. Повече от една четвърт от анкетираните (27,65%) са дали препоръки (Таблица 13).

Общо 40,76% от тях препоръчват финансиране на хоспис/палиативните грижи от държавата. Очевидно е желанието на анкетираните за бързо включване на хоспис/палиативните грижи като задължителен пакет от всички здравни услуги. Направените препоръки са от различно естество, те засягат както естеството на грижите, така и битовите условия. Препоръките на потребителите на хоспис/палиативни грижи са много важни за проучването и трябва да са в основата на всяка стратегическа промяна на сектора (Таблица 14).

Таблица 14. Конкретни препоръки на потребителите

Таблица № 14

№ по ред	**Препоръки от потребителите на хоспис/палиативни грижи (N=130, 100%)**	**Брой на изследваните с препоръка**	**Относителен дял в %**
1	Държавата да финансира престоя в хоспис	30	23,07%
2	Държавата да съфинансира, да поема част от таксите	23	17,69%
3	Повече персонал в хосписите	18	13,84%
4	Повече часове за рехабилитация на пациентите	15	11,53%
5	Повече консултации с лекар	12	9,23%
6	Повече информация за хоспис/палиативните грижи	9	6,92%
7	Осигуряване на психолози в хосписите	8	6,15%
8	По - разнообразна храна	6	4,61%
9	Климатизация на стаите	5	3,84%
10	Трудотерапия	4	3,07%
		130	**100%**

ГЛАВА 3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ – ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

3.1. Заключение

Приоритетна задача на хоспис/палиативните грижи е да изпълнят с живот оставащите дни на терминалния пациент и да подкрепят неговите близки. Философията на хоспис/палиативните грижи се съдържа в мотото на много хосписи по света „…*Съживете дните им, а не само ги поддържайте живи с дни*.“ Никой хоспис/палиативен екип не трябва да произнася думите „…*нищо друго не можем да направим*“. Всеобхватната грижа трябва да продължава отвъд края на живота на хоспис/палиативните пациенти.

Направеното проучване обхваща и трите страни на процеса по предоставяне на хоспис/палиативни грижи, а именно бенефициенти, хоспис екипи и мениджъри на хосписи. Събраните обширни данни са достатъчни за формулиране на идеи и алтернативи за управлението, финансирането и развитието на хосписите като самостоятелни лечебни заведения, осигуряващи мултидисциплинарни хоспис/палиативни грижи. В дисертацията се анализира и удовлетвореността на потребителите и техните семейства от качеството на услугите в хосписите в страната. Важен момент от изследването е визията на всички респонденти за развитието на хоспис/палиативните услуги и бранша като цяло.

Мултидисциплинарността и компетенциите на доставчиците на палиативни услуги е ключът за подобряване качеството на живот на хоспис/палиативните пациенти. Предложените от EAPC десет компетенции, необходими на специалистите, които се грижат за палиативни пациенти, са отличен фундамент, върху който могат да се развиват и усъвършенстват хоспис/палиативните екипи.

Компетентността по никакъв начин не трябва да се разглежда като средство за преценка на практикуващите, а по-скоро това е критерий, цел, която всеки трябва да се стреми да постигне. Трябва да се акцентира върху значението на придобиването на квалификации, които съответстват на нивото на предоставяне на палиативни грижи. Внимателният анализ на десетте компетенции може да помогне за подобряване работата на екипите и за внедряването на унифицирани учебни програми.

Въвеждането на унифицирани матрични палиативни грижи, които могат да бъдат използвани еднакво във всяка учебна програма, предназначена за интердисциплинарен курс на обучение допринася за постигане на задоволително ниво на компетенции на всички обучавани. Постигането на консенсус относно въвеждането на обучение по унифицирани матрични палиативни грижи ще осигури еднакво качествени и достъпни палиативни грижи в различните здравни системи.

След задълбочен анализ на данните са изработени „Интеграционна матрица“ за оценка, програма за обучение „Основи на хоспис/палиативните грижи в хоспис“ и степенна скала критерии „Хосписен пациент“, които са управленски инструментариум, който ще допринасе за по-добри управленски решения, свързани с интегрирането на хоспис/палиативните грижи в здравната система на страната.

През последните десетилетия хосписи се опитват да развият устойчив социален модел за предоставяне на хоспис/палиативни грижи, но без подкрепата на държавата това

е невъзможно. Именно този факт е посочен от всички изследвани групи като основен проблем за развитето на хоспис/паиативните услуги. Липсата на финансиране е в основата на несъстоялата се интеграция на хосписите в националната здравна система. Хосписният ресурс не се използва правилно от здравната система. Хосписите имат капацитет да станат своеобразен „буфер“ между социалните, болничните и палиативните грижи.

Влошеният достъп до хоспис/палиативни грижи води до свръх хоспитализации в болниците. Палиативни пациенти се приемат за активно лечение и се прехвърлят от една клинична пътека в друга, извършват се значителни разходи за пациенти, които нямат показания за активно лечение. Ако за тези пациенти се осигури финансиране и се насочват навреме към хосписи за хоспис/палиативни грижи, ще бъде спестен значителен обществен ресурс.

Качеството на живота на хоспис/палиативните пациенти е многоаспектна концепция, която включва физическото, социалното, психологическото и здравословно състояние, както и самооценката на състоянието на страдащия индивид. Осигуряването на удължен живот с високо качество и достоен край на палиативните пациенти се приоритизира във все повече здравни системи. Темата за удължаване на живота с добро качество придобива все по-важно значение и следва да заеме приоритетно място в здравната политика и у нас. Според проф. Ишикава „…*Удължен живот без качество е една никому ненужна награда*“. Удължаването на живота като самоцел не осигурява желания социален ефект. Необходим е системен подход за изработване на стратегия, която задължително да включва решаване проблемите на доставчиците на хоспис/ палиативни грижи. Интегрирането на хосписите в здравната система ще осигури устойчив социален модел, гарантиращ достъпни, качествени и дългосрочни грижи.

За интегриране на хоспис/палиативните грижи в здравеопазването на България е необходим задълбочен дебат, консенсус и незабавни управленски решения. За постигането на универсално здравно покритие, което е приоритет на цивилизования свят, е необходимо хоспис/палиативните грижи да заеме приоритетно място в здравната политика на страната.

3.2. Изводи

3.2.1. Изводи от литературния обзор

1. Потребността от хоспис/палиативни грижи е безспорна както в регионален, така и в световен мащаб. Заплашителното „сребърно цунами“ е предизвикателство за всички здравни системи по света. Осигурявянето на добро качество на живот за хоспис/палиативните пациенти придобива все по-важно значение и следва да заеме приоритетно място в здравната политика на всички здравни системи.

2. Палиативната грижа е неотменно право на човека. Разбирането на здравето като човешко право създава правно задължение за държавите да осигуряват достъп до навременни, приемливи и достъпни здравни грижи с подходящо качество. Правото на

здраве трябва да се ползва без дискриминация въз основа на раса, възраст, етническа принадлежност, финансови възможности или друг статут.

3. Универсално здравно покритие и палиация. Универсално здравно покритие (UHC) означава, че всички хора и общности могат да използват промоционална, превантивна, лечебна, рехабилитационна и палиативна здравна услуга, от които се нуждаят. Палиативните грижи са съществена част от универсалното здравно покритие, но много често те са сериозно пренебрегвани. Не можем да се говори за универсално здравно покритие без обхват и на палиативната помощ.

4. Стандартизирането на хоспис/палиативните грижи е задължителен елемент от концепциите за модерни палиативни грижи. Нарастващата потребност от хоспис/палиативни грижи изисква въвеждане на гъвкави правила и норми, ориентирани към потребностите на потребителите и изпълнителите на тези услуги. Правила, осигуряващи непрекъснато обучение и усъвършенстване на компетенциите на екипите, предоставящи хоспис/палиативни грижи, без оглед на регион, политическа система, начин на финансиране на здравните услуги.

5. Регионални особености и проблеми. Българското законодателство е създало правна рамка за хоспис/палиативните грижи, като в чл. 95 и 96 от Закона за здравето регламентира правото на всеки български гражданин на палиативна помощ. Частично са създадени правила за работа с палиативни пациенти, но това не означава, че те имат достъп до тези грижи. Осигурена е лимитирана грижа за онкологично болни. Останалите палиативни пациенти са дискриминирани и са принудени да плащат за хоспис/палиативни грижи.

3.2.2. Изводи от конкретното емпирично изследване

Проучената литература, нормативните документи, сравнителният анализ на резултатите от анкетите, проведени с управителите, професионалистите по здравни грижи и потребителите на хоспис/палиативни грижи в страната, позволиха да се систематизират изводи според резултатите:

1. Няма осигурен обществен ресурс за хоспис/палиативните грижи в страната. Този проблем се очертава като най-съществен и за трите групи изследвани. Анализът на данните от проучването категорично поставя този проблем като приоритетен. В своите препоръки 95,45% от мениджърите, 50,45% от професионалистите по здравни грижи и 40,76% от потребителите поставят проблема с осигуряването на обществен ресурс за хоспис/палиативните пациенти на първо място по важност.

2. Липсват единни правила за медицинската документация в хосписите. Медицинският документооборот в хосписите е оставен на инпровизационните възможности на управителните органи на лечебните заведения. Всички хосписи са с коренно различна документация относно медицинската си дейност. Има ~~н~~необходимост от специална наредба за документооборота в хосписите. Възможно е документооборотът да бъде регламентиран като част от стандарта за хоспис грижите.

3. Няма утвърден стандарт за хоспис/палиативни грижи в страната. Голяма част от констатираните проблеми ще се решат с утвърждаването на стандарт за грижите в лечебните заведения хосписи.

4. Липсват критерии за „хосписен пациент“. Няма конкретни правила и критерии за настаняване на пациенти за хоспис/палиативни грижи. Близките на пациентите често сами решават, че пациентът е за хоспис грижи.

5. Квалификацията на мултидисциплинарните екипи в хоспис е от фундаментално значение за предоставянето на качествени грижи. Липсва стратегическо планиране за специализирано продължаващо обучение. Университетите не включат хоспис/палиативните грижи като неразделен компонент на текущото образование. Компетенциите на хоспис екипите не са на желаното равнище.

6. Остра е необходимостта от гаранции, че здравното осигуряване интегрира хоспис/палиативните грижи като компонент на осигуряването не само на хартия. Бързото включване на хоспис/палиативните грижи като задължителен пакет от всички здравни услуги не търпи отлагане.

7. Мотивацията и удовлетвореността на екипите при работа с терминално болни хора е съществен елемент от цялостната концепция на добра хоспис грижа. Предвид спецификата и тежестта на палиативните грижи е необходима специална политика за подкрепа и мотивация на персонала.

8. Нивото на удовлетвореност на потребителите на хоспис/палиативни грижи е над средното. По-голямата част от анкетираните са доволни от грижите, но все пак има маркирани проблемни зони, на които трябва да се обърне внимание.

9. Изследваните в проучването мениджъри, медицински персонал и потребители дават ценни съвети за хоспис/палиативните грижи. Предложенията от респондентите трябва да се анализират задълбочено и да заемат приоритетно място при бъдещо стратегическо планиране за развитие на сектора.

10. Има необходимост от разширяване на нормативните и инструменталните възможности в управлението на хосписите. Ще е полезно да се приложат резултатите от проучването - интеграционната матрица, програмата за изнесено обучение в хоспис и степенната скала хосписен пациент като управленски инструментариум при интегрирането на хосписите в здравната система.

3.3. Препоръки:

За да се преодолеят посочените пропуски и недостатъци и за да се постигне някаква промяна, е полезно да се имат предвид следните препоръки:

Към Министерството на здравеопазването:

- Да се осигури бързо включване на хоспис/палиативните грижи като задължителен пакет от всички здравни услуги;
- Да се утвърди медицински стандарт за хоспис/палиативни грижи;
- Да се изработи специална наредба, регламентираща дейността на хосписите;
- В плановете за следдипломното обучение на здравните професионалисти да се включват сертифицирани курсове по хоспис/палиативни грижи;

- Да се регламентират и организират периодични обучения “на място” в хосписите.

Към Министерството на труда и социалната политика:

- Да се изработи Наредба за планирането на социалните услуги и внедри Националната карта на социалните услуги;
- Интегриране на хосписите като доставчици на здравно-социални услуги, като за палиативни пациенти в терминална фаза на заболяването да са насочват само към хоспис;
- При възникване на необходимост от интегрирани здравно-социални услуги за потребители настанени в социални институции да се извършва специализирана експертна оценка на здравословното състояние и да се пренасочват към хоспис.

Към медицинските университети:

- Хосписните грижи да бъдат включени и в програмите на медицинските университети и колежи като избираема дисциплина, с оглед на профилирането при завършването;
- Факултетите по обществено здраве да въведат по-широко и конкретно обучение по проблематиката на хосписите и палиативните грижи, както и спецификата на тяхното управление.

Към съсловните организации БЛС, БЗС, БАПЗГ:

- Съдействие за включване на хосписите като договорен партньор с НЗОК за изпълнение на клинични пътеки за терминални пациенти;
- Подпомагане и подкрепа за интегриране на хосписите в здравната система чрез осигуряване на обществен ресурс.

Към Националната асоциация на хосписите в България - (НАХБ):

- Да се изработи етичен кодекс и механизми за съсловен контрол на хосписите;
- Иновационни подходи за ускоряване процеса на интеграция на хосписите в здравната система на страната.

Към средствата за масова информация (медиите):

- Инициране на широк обществен дебат по проблемите на хоспис/палиативните грижи в страната;
- Упражняване на „натиск“ върху институциите, от които зависи осигуряването на хоспис/палиативни грижи на всеки нуждаещ се;
- Популяризиране на добрите практики в световен и регионален план.

3.4. Приноси

3.4.1 Приноси с теоритично-познавателен и методичен характер

1. Направено е задълбочено и широко обхватно изследване, отнасящо се до хоспис/палиативните грижи в контекста на универсалното здравно покритие, успешно

систематизиране на достойнствата на добрите световни практики за палиативни грижи и възможностите за интегриране на грижите в нашата здравната система.

2. До момента в достъпната литература не е описано едновременно многопластово изследване на хоспис/палиативните грижи през погледа на мултидисциплинарните екипи, потребителите на хосписни грижи и мениджъри на хосписи.

3. Проучени са организацията на работа, компетенциите на персонала, критерии за хоспис пациент и удовлетвореността на пациентите, използващи услугите на изследваните хосписи.

4. Проведено е проучване сред лечебни заведения с различен юридически статут – дъжавни, частни, общински, както и с различен предмет на дейност – за стационарни грижи и мобилни за грижи по домовете.

5. Представени са вижданията на всички анкетрани групи и са взети под внимание техните препоръки за нституционалното развитие на хосписите.

3.4.2. Приноси с приложен характер

1. В резултат на направеното проучване е изработена „Интеграционна матрица“ за оценка на напредъка на хосписите и готовността им за интегриране в здравната система на страната. (Приложение № 4) Интеграционната матрица дава възможност за измерване развитието на основните фундаменти на структурата хоспис, като организация от началото на тяхното регистране до достигането да зрялост за интегриране в здравната система.

2. Изработена е програма за обучение "Основи на палиативните грижи в хоспис" за повишаване квалификацията на доставчиците на хоспис/палиативни грижи в хоспис (Приложение № 5) Изработената програма за изнесеното обучение в самите лечебни заведения е своеобразен управленски инструмент, който ще повиши квалификацията на персонала и ще подобри качеството на хоспис/палиативните грижи.

3. Изработен е и модел на Степенна скала критерии „Хосписен пациент“ за оценка тежестта на състоянието на хоспис/палиативен пациент (Приложение № 6)

Публикации, свързани с дисертационния труд:

- Карамитев, З., Борисова, Б., Черкезов, Т., Статия - „Хосписите в съвременното българско здравеопазване – проблеми и перспективи“ , „Медицински меридиани“, 2020/1 , 27 - 32 с., ISSN 1314 - 1090;
- Карамитев, З., Борисова, Б., Черкезов, Т., Статия - „Ключови компетенции на мутидисциплинарен хоспис/палиативен екип“, „Медицински меридиани“, 2021/2 , 4 - 10 с. ISSN 1314 - 1090;
- Карамитев, З., Борисова, Б., Черкезов, Т., Доклад - „Хоспис/палиативни грижи в България - потребност, качество и интеграция“, 60-та Научна конференция на Русенски университет „Ангел Кънчев“ и Съюз на учените - Русе, Доклад на пленарната сесия - 2021/10/28/, ISSN 2603 - 4123(on-line);
- Карамитев, З., Борисова, Б., Черкезов, Т., Доклад – „Хоспис/палиативни грижи в България - ресурси, мениджмънт и интеграция“, Юбилейна научна конференция „Човек, общество, медицина“, МБАЛ“Д-р Атанас Дафовски“ АД и Съюз на учените – Кърджали, 2022/04/27/, ISSN 978 - 954-652 - 037- 1, 422 - 431 с..
- Борисова, Б., Карамитев, З., Черкезов, Т., Статия - „Мултидисциплинарен подход при предоставянето на палиативни грижи“, Списание Обща медицина, 2023, 25(3), 48-54 с..