

СИНТЕЗИРАН ДОКЛАД

от проведени интервюта с експерти,
работещи в сферата на дългосрочните грижи
за възрастни хора (65+)

Проект АСФ/772 „Достъп на възрастните хора (65+) до дългосрочни грижи в дома и общността – политики и реалност“ (www.dostap.caritas.bg) се изпълнява с финансова подкрепа, предоставена от Исландия, Лихтенщайн и Норвегия по линия на Финансовия механизъм на ЕИП. Основната цел на инициативата е да окаже влияние за промяна на съществуващите политики за дългосрочни грижи в дома и общността за една от най-уязвимите групи в българското общество – възрастните хора.

Дейност номер	3
Резултат номер	3.2
Автор(и)	Светлана Гьорева („Каритас България“)
С приноса на	Мария Крумова („Каритас Русе“), Галина Христова („Каритас София“), Мария Чепишева („Каритас Витания“)
Тип	Изследователски доклад
Дължим към дата	29.04.2022 г.

ИСТОРИЯ НА ДОКУМЕНТА

Версия	Дата	Описание
0.1	14.04.2022 г.	Създадена първа чернова на документа
0.2	18.04.2022 г.	Допълнение на документа
0.3	21.04.2022 г.	Допълнение на съдържание
0.4	29.04.2022 г.	Финализиране

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Фонд „Активни граждани България“ по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство. Цялата отговорност за съдържанието му се носи от „Каритас България“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и оператора на Фонд „Активни граждани България“. www.activecitizensfund.bg

СЪДЪРЖАНИЕ

4 Резюме

5 Контекст

8 Достъп до здравни, социални и интегрирани здравно-социални услуги

13 Взаимовръзка между здравния и социален компонент, здравната и социалната система

15 Преобладаващ модел на грижи за възрастните хора

17 Предстоящо планиране на услугите за възрастни хора

РЕЗЮМЕ

Настоящият доклад отразява мнението и гледната точка за развитието на дългосрочните грижи за възрастни хора (65+) в дома и общността на експерти (от социалната, здравната сфера, общинските администрации и неправителствения сектор), работещи с възрастни хора и имащи отношение към изпълнението и формирането на местни и национални стратегически и политически документи за дългосрочни грижи, социални и здравни услуги.

Докладът препраща към актуалните нужди, нерешените проблеми и дефицити, работещи и неработещи механизми за организирането и предоставянето на подкрепа за възрастните хора, съществуващи програми, политики и процеси на формирането им.

Документът ще послужи за отправна гледна точка при реализирането на останалите дейности, свързани с извършването на наблюдение, анализ и подготовката на препоръки, касаещи планирането и реализирането на належащи и по-дългосрочни мерки за реализирането на отговаряща на нуждите политика за дългосрочни грижи за възрастните хора и в частност - за интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда. „Отварянето“ на изследователската рамка за съгласуване с външни експерти и наблюдатели ще обогати анализа и ще допринесе за неговата по-широка валидност.

За нуждите на настоящото изследване, при необходимост, ще бъдат осъществени и допълнителни експертни интервюта, както и ще бъдат реализирани и планираните в проекта общностни консултации със представители на различните заинтересовани страни, имащи отношение към планирането, предоставянето и ползването на дългосрочните грижи за възрастните хора (65+) в домашна среда, в това число и с представители на самите възрастни хора и техни близки и роднини, полагащи неформална грижа за тях.

КОНТЕКСТ

В рамките на проект [„Достъп на възрастните хора \(65+\) до дългосрочни грижи в дома и общността – политики и реалност“](#) бяха проведени интервюта с 22 експерти, работещи на местно и национално равнище в сферата на дългосрочните грижи за възрастни хора по предварително разработена методика. На локално ниво интервюираните експерти бяха от територията на общините Белене, Левски, Свищов, Плевен, Русе, Бяла Слатина, Пловдив, Куклен, Бургас, София, Раковски, Калояново.

Всички интервюирани, без значение дали работят в общинска администрация, неправителствена структура или в системата на здравеопазването, потвърждават важността и нарасналите нужди от подкрепа и услуги на възрастното население в България.

За съжаление, обратната връзка от повечето от интервюираните е, че все по-често се наблюдава negliжирането и изоставянето на възрастни хора. Голяма част от интервюираните споделят, че много близки на възрастните хора се отказват и не поемат като естествена отговорност грижата към своите възрастни родители и прехвърлят изцяло отговорността на държавата. В същото време, услугите, които съществуват, не могат по начина, по който са планирани и се предоставят, да отговорят на заявените нужди на възрастните хора и категорично - не могат да заместят подкрепата, необходима и от страна на близките.

Като най-значителни, най-належащи и най-често срещани проблеми на възрастните хора (65+) се посочва невъзможността да се обслужват сами, здравословните им проблеми и множество хронични заболявания, от които страдат, липсата на достатъчно доходи за покриване на най-належащите ежедневни нужди, но и социалният аспект на проблема - много възрастни хора живеят в социална изолация, сами са, децата и близките им ги няма наблизо. Този проблем допълнително усложнява психическото и физическото им здраве.

В по-малките населени места се посочва като нужда и необходимостта от оказване на подкрепа при осигуряване на материали за отопление през зимата,

за съдействие за организиране на доставката, дори и при ежедневната им употреба.

Основните здравни проблеми при възрастните хора са свързани със заболяемостта и уврежданията, причинени от заболявания като: онкологични заболявания, заболявания на дихателните пътища, сърдечно-съдови заболявания и съдови заболявания на нервната система, диабет, деменция и психични болести, мускулно-скелетни смущения и проблеми, свързани с нарушения в слуха и зрението. Голяма част от хората на възраст над 85 години съобщават за трудности при осъществяване на дейности от ежедневието, като например къпане, обличане и тоалет, вземане на лекарства и др.

Специфичен здравен проблем в тази възрастова група са различните форми на деменция, при които когнитивните и поведенческите нарушения водят до прогресивна загуба на самостоятелност. Важен аспект се оказва и липсата на усилия за превенция на заболяванията, така че да се избегне усложняването на ситуацията, влошаването на здравето и отключването на други заболявания.

Проблем е и местоживеенето, което често се оказва пречка, както за връзка с общинския център в провинцията, където често са съсредоточени всички услуги в една община, така и с достъпа до услуги в твърде големите градове като София, Пловдив, Бургас. Придвижването е трудно, както заради физически проблеми, свързани с подвижността, така и заради липсата на редовен и достъпен транспорт в малките населени места.

За решаването на проблема, свързан с физическия достъп до услуги, възрастните хора търсят всякакви варианти – някой да ги вози, да им пазарува и доставя лекарства и продукти. Редки са случаите на добри практики, когато местната общност е намерила формула на самоорганизация за оказване на подкрепа или пък личният лекар намира начин да ги посещава и снабдява с лекарства. Има общини, които включват в услугите си и възрастни хора от по-отдалечените населени места на територията на общината, но има и такива, които не могат да предлагат услугата така, че тя да достига до всяко населено място.

Неравномерното развитие на услугите за подкрепа на възрастните хора, както социални така и здравни, е констатирано и в стратегическите и политически документи на национално равнище.

Към времевия период на провеждане на интервютата, тече процес на разработка на новите общински стратегии и затова, на по-късен етап, ще направим преглед доколко и как този проблем е отразен и какви решения се предлагат за всяка една община, която изследваме в проекта. Също така, в хода на реализирането на другите дейности по проекта *„Достъп на възрастните хора (65+) до дългосрочни грижи в дома и общността – политики и реалност“* ще организираме и проведем и допълнителни интервюта с експерти.

ДОСТЪП ДО ЗДРАВНИ, СОЦИАЛНИ И ИНТЕГРИРАНИ ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ

От споделеното от интервюираните експерти става ясно, че услугите за възрастни хора (65+), които се разпознават като предоставяни, съществуващи и търсени, са „Домашен социален патронаж“, „Асистентска подкрепа“, „Патронажна грижа“, „Дом за стари хора“. Някои експерти определят като такива услуги и пенсионерските клубове (в качеството им на неформални услуги). Посочват се като комплексни здравно-социални услуги и [Домашните грижа на „Каритас“](#) и на БЧК.

Здравният компонент в грижата за възрастните хора в общинските услуги се разпознава в рамките на проект „Патронажна грижа“, където се споменава, че са включени и медицинско лице, и психолог, без изрично да се описва изчерпателно тяхната функция и набор от дейности, които предоставят.

Забелязва се, че взема превес мнението сред интервюираните експерти, че услугите за възрастните хора в домашна среда, които са познати на общинско равнище към момента, осигуряват най-належащите нужди. Извън техния обсег обаче остават възрастни хора (65+) и хора с увреждания, които се нуждаят от тях, но или не отговарят изцяло на критериите за включване, или има лимит в броя на потребителите. Също така, на места тези услуги липсват.

Среща се и противоположното мнение, че реално много малка част от възрастните хора имат достъп до здравни, социални и комплексни дейности за подкрепа.

Забелязва се, че двете гледни противоположни точки са на представителите на общинските структури и на хората, работещи в други звена и в неправителствения сектор.

Преобладаващо сред интервюираните е мнението, че достъп до услуги имат възрастни хора (65+) с близки, които да ги подпомогнат и улеснят да стигнат до тези услуги и че самотните възрастни хора в повечето случаи нямат такъв достъп.

Забелязва се и изводът, че интервюираните хора на общинско равнище смятат, че услугите, които са от жизнено значение, се предоставят, но обхващат малко/недостатъчно възрастни хора.

Има желаещи, които не са включени в някои от услугите поради различни причини в зависимост от здравословното, психическото и финансово състояние, степен на увреждане без придружител и т.н., както и - много важен аспект, на който досега не е обръщано специално внимание – липсата на информираност.

Често възрастните хора нямат или имат недостатъчна информация за наличните услуги, за възможностите в общината, за условията и сроковете за включване. Тази информация трябва да достигне до самите възрастни потребители, в т.ч. - на място в техния дом, тъй като изпитват затруднения в придвижването, а процедурите, които трябва да извървят, са недостатъчно разбираеми за тях. Също така, често се налага да им се окаже съдействие за различни административни процедури, свързани със здравните и социалните услуги.

За някои възрастни хора достъпът до услуги е ограничен заради плащането на такси. Според други експерти обаче таксите в услугите са приемливи и не затрудняват хората, които ги ползват. Често възрастните хора са затруднени чисто физически в придвижването, те не могат да отидат да си заверят здравните книжки, на преглед, да си закупят лекарства, да си подготвят и придвижат документите за ТЕЛК, за социални помощи, за ползване на услуга.

Основни предизвикателства и звена, които имат нужда от подобрене на общинско равнище, са: по-добра информираност, по-добра информационна кампания, насочена към възрастните хора, повече физически срещи между общопрактикуващите лекари, социалните работници и представители на общините и възрастните хора по села, с отворени сесии за въпроси и препоръки, с цел получаване на обратна връзка. Налично е и предложение за информация чрез флаери и на място по домовете на възрастните хора.

Беше споделен и проблемът, че повечето социални услуги за възрастни хора (65+) се предоставят пет дни в седмицата, като в събота, неделя и празничните дни потребителите остават без грижи. Другият проблем е липсата на 24-часова

грижа. Много възрастни хора не приемат настаняването в старчески дом и хоспис, на тази възраст за тях това е много тежко и затова фокусът на социалната политика трябва да е в грижата в самия дом на човека.

Откроява се и проблемът, че в социалната сфера заплатите са най-ниски, а работата е много отговорна и натоварваща, което води до липса на желаещи да работят в тази сфера. Всички интервюирани са на мнение, че това ще доведе до още по-големи проблеми в бъдеще, ако не се признае професията „Болногледач“.

Като най-значителен проблем за възрастните хора (65+) бе отразен фактът, че възрастните хора с ТЕЛК без чужда помощ, не могат да бъдат включени в механизма за лична помощ, въпреки големия процент на степен на увреждане и влошаването на здравословното им състояние с годините. Тук също бе открит проблемът, че услугата не се предоставя в почивните и празничните дни.

Като затруднение при достъпа до услуги, се посочва и това, че с всяко начало и край на даден проект, се изисква ново кандидатстване и оценка на потребителите, а в повечето случаи интегрираните здравно-социални услуги в домашна среда изискват непрекъснатост и продължителност в предоставянето и прекъсването е във вреда на възрастните хора.

Отчита се като недостатък на тези услуги и трудността да се задържат квалифицирани и обучени кадри, които да поддържат качеството на услугата, както заради работата на проектен принцип с начало и край, така и заради твърде ниското заплащане на труда.

Среща се и мнението, че по подобие на развитието на ангажимента на държавата към асистентската подкрепа е необходимо да се извърви такъв път и с патронажната грижа и че сегашното разбиране, че обезпечаването на услугите за възрастните хора е преди всичко ангажимент и отговорност на общините, трябва да бъде променено. Също така, имайки предвид големите нужди и изключително голямата група възрастно население - да се потърси начин за гарантиране на тези услуги от държавния бюджет или със смесено участие.

Като пречка, ограничаваща достъпа, се посочва и липсата на разработени механизми за осигуряване/застраховане, чрез собственото участие на човек, които за определена грижа и при възникването на определен риск - да му гарантират средства за ползването на подобна услуга.

Като ограничение в достъпа се отчита и липсата на разнообразни форми на комплексни здравно-социални услуги в дома, като целодневната или денонощната грижа, съботно –неделните услуги и в почивните дни, грижата в домашна среда за терминално болни хора, както и липсата на подкрепа за близките, които се грижат за болен възрастен човек или за човек с увреждане. Като изключителен дефицит и с много затруднен достъп се определя и липсата на качествена и общодостъпна рехабилитация, която има значителна роля както при възстановяване след тежки инциденти и заболяване, така и за поддържане в оптимално състояние в ситуация на наличие на тежки увреждания и хронично заболявания. Като дефицит се регистрира и липсата на достъп до нескъпо струващи услуги за взимане на кръвни изследвания в домашна среда.

Констатира се и необходимостта от специално ангажирано звено в общината, което да има грижата за възрастните хора, да познава ситуацията им и да реагира при нужда, така че да се окажат или потърсят подходящите услуги, особено в случаи, в които възрастните хора живеят сами и не разчитат на подкрепата на близки и съседи.

Като затруднение при достъпа, някои от интервюираните посочиха и факта, че представителите на дирекция „Социално подпомагане“ работят повече административно, не работят на терен. Те трябва да са хората, които при изписването на човек, да са в дома му и да запознаят близките и него какви помощни средства му се полагат, да попълнят документите и да придвижат по най-бързия начин всичко, свързано с адекватната грижа за човека.

Документите са много и повечето хора не могат да се справят с попълването им. Процедурата по одобрение трае много дълго и обикновено минава месец. Единствено, в случаи на ампутация на крак, интервюираните споделят за случаи за попълване на документи още в болницата и пациентът се изписва с необходимото му помощно средство. Отскоро, помощните средства се отпускат от НЗОК/РЗОК, но процедурата е същата. Предложение е във всяка

болница да има социален работник и безплатен транспорт за лежащо болен на носилка и персонал, който е обучен да свали болния и след това да го върни горе до домът му.

В някои от населените места е затруднен достъпът до здравни услуги. Има личен лекар, но при него се чака дълго, клинична лаборатория идва два пъти седмично, а за изследвания трябва да се ходи до големия град (на повече от 50-60 километра), като има изключително ограничени и неудобни възможности за варианти за пътуване с обществен транспорт до града, често възрастните хора имат нужда от придружител и т.н.

ВЗАИМОВРЪЗКА МЕЖДУ ЗДРАВНИЯ И СОЦИАЛЕН КОМПОНЕНТ, ЗДРАВНАТА И СОЦИАЛНАТА СИСТЕМА

Интервюираните експерти констатираат, че при обсъждането на нуждите на възрастните хора, трябва да има взаимодействие между здравната и социалната система, в заложените мерки в политики и планове и при реализирането им на практика. В действителност обаче това е трудно и усилията и действията не са напълно координирани.

Споделени са и по-крайни мнения, че „още на равнище разписване на стратегии и политики липсва взаимодействие и координация между социалната и здравната система, така че услугите да бъдат адекватно предлагани. На ниво държава връзките са тотално скъсани. Няма взаимодействие между различните министерства, независимо дали това са Здравното и Образователното или Здравното и Социалното“.

Този координационен механизъм действа в по-малките населени места, и то преди всичко - заради човешката и индивидуалната воля и усилия на социалните работници, представителите на общината, личния лекар, които обединяват усилията си, за да са полезни на хората.

Възможен инструмент за постигане на тази координация на всички етапи - от планирането до реализирането, би могъл да бъде предвиденият в Закона за социалните услуги Съвет за социалните услуги.

Подобряването на достъпа до услуги изисква и комплексен подход за разрешаването на проблема, а не разглеждане и решаване на проблемите „на парче“ в отделните специфични политики и сфери. Все още се слага твърда разграничителна линия между социалните и здравните услуги и въпреки че на места се споменава за добри практики на сътрудничество между отделните звена, взаимодействието и координираната грижа за възрастните хора в повечето места липсва.

От мнението на интервюираните не става ясно застъпен ли е навсякъде здравният компонент в грижата в рамките на патронажната грижа. В някои случаи се посочва, че се мери кръвно и се закупуват медикаменти и че на места има и санитарии. Споменават се обаче и добри примери на практики, в които

личен лекар се самоорганизира и прави консултации, закупува и снабдява с лекарства хора в малки населени места или пък се отчита съдействието и на хората, ангажирани в клубовете за възрастни хора и за хора с увреждания.

В момента на изследването в повечето общини няма консултативен орган към общината, който да е в подкрепа на разглеждането на важни социални въпроси, липсва и няма конкретно отговорно звено, което по-специално да е натоварено с изследването на потребностите на възрастните хора.

Сред интервюираните експерти преобладава мнението, че здравно-социалната услуга се изразява в интегрирания подход на предоставяне, т.е. във взаимодействието между различните звена в здравната и социалната система, най-вече на местно равнище - личен лекар, представител на социалната услуга, представител на общината, който подход се изразява както в предоставянето на съобразена с нуждите подкрепа, така и във взаимното насочване, реакция при промяна на състоянието, информиране на възрастния човек.

Въпреки тази нагласа и разбиране за интегриран подход, се забелязва, че специалистите от социалната сфера се фокусират преди всичко върху чисто социалните нужди и възможности на социалните програми, а здравните специалисти - върху възможностите и ограниченията в здравната сфера. Споменават се и примери за добри практики, в които към социални услуги, като Домашния патронаж, са привлечени лекарски асистенти или лекари, които да могат да запълнят нишата от липса на здравна грижа в дадено населено място.

Регистрира се и добра практика в град Белене, която показва въвличането на различните заинтересовани страни при разглеждането на социалните въпроси, чрез включването на лични лекари в общинските съвети.

В осъществяването на координацията в грижата за възрастните хора, интервюираните експерти отчитат и ролята на пенсионерските клубове и клубовете на хората с увреждания. Като добра практика определят и Домашните грижи на „Каритас“ и БЧК, играещи важна роля в осигуряването на координацията между различните местни институции и осигуряването на подходяща здравна и социална грижа за възрастните хора и хората с увреждания.

ПРЕОБЛАДАВАЩ МОДЕЛ НА ГРИЖИ ЗА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА

Преобладаващият модел на грижи за възрастните хора е институционалният. Такъв е отговорът, който дават повечето интервюирани експерти. За да бъде променен, според тях трябва да бъдат направени: *„допълнително обучение на социални работници, подобряване на материални бази, улеснен достъп до социалния живот на общината и активна комуникация с възрастните хора извън институцията“*.

Експертите определят, че по-ефективна е подкрепата за възрастните хора в тяхната естествена среда – чрез ежедневни посещения в собствените им домове, обслужване в бита, разходки, посещения на културно-масови мероприятия, включване в различни дейности, психологическа подкрепа, индивидуално отношение и човещина.

Като най-важна необходимост се акцентира върху индивидуалния подход и личния контакт с всеки един човек, макар и с всички предизвикателства, които произтичат от това, но пък този подход е много по-ефективен, както в дългосрочен, така и в краткосрочен план.

Забелязва се разбирането, че институционалният модел на грижи е разпространен не само в домовете за стари хора и хора с увреждания, но и в отношението към възрастните хора в различните институции, както и в разбирането за решаване на здравните проблеми преди всичко чрез хоспитализиране в институцията болница.

Прокрадва се и предположението, че наложените на национално равнище модели на грижи, през програмните и проектни финансираня - в известен смисъл, унифицират отделните случаи и предразполагат към по-институционален подход в работата и отношението към възрастните хора, вместо да насърчават гъвкавостта, намирането на местните работещи решения и свободата в организирането и предоставянето им, включително и още на етап планиране на услугите - капацитет, брой обгрижени хора и специфични нужди.

Разбирането за институционален подход се прокрадва и в „спускането на приоритети от горе надолу“, от национално на местно равнище, а не в

планирането на отговора на нуждите, съобразно местната действителност, потребности и специфики, както и в развитието на услугите за възрастните хора (65+) според рамката и ограниченията на наличните финансови програмни инструменти.

Срещат се и общини, в които липсват институции за възрастни хора (65+) и фокусът е насочен към услугите в домашна среда, с визията те да се предоставят единствено от общината.

Прави впечатление, че в общините, обект на настоящото изследване, предоставянето на услугите за възрастни хора (65+) и в частност - на Патронажната грижа, се възприемат и разпознават като дейност на общината, а услуги като „Домашните грижи на „Каритас“, например, се разпознават като добро партньорство и допълване на усилията. Това ни кара да направим извода, че към настоящия момент общините не виждат необходимост в това да възлагат предоставянето на услугите за възрастни хора (65+) на външни доставчици, а разпознават общината като доставчик.

Засяга се и темата за предстоящото развитие на резидентите интегрирани здравно-социални услуги, като се отбелязва, че развитието на тези услуги изисква фокусът да не пада единствено върху осигуряването на сгради и обзавеждане, а да се акцентира върху изпълването им със съдържание и качествени грижи, които да допринесат за поддържането качеството на живот в ситуация, в която възрастните хора са с влошено здраве и с ограничена самостоятелност и зависимост от чужда грижа, което често се оказва трудно постижимо поради липсата на достатъчно подготвени специалисти и заради ниското заплащане в сектора.

Споменава се и разбирането, че в съществуващите Домове за стари хора, определяни като институционален тип грижи, може да има неинституционално отношение, ако работят обучени и разбиращи хора и ако се постави акцент върху самостоятелността и потенциала на възрастните хора. Както и ако животът там се организира така, че да е максимално близък до естествения начин на живот в домашна среда, т.е. – ако здравословното им състояние позволява, хората да могат да си приготвят сами храната, да перат, да организират ежедневието си, да имат известна самостоятелност и собствено пространство в помещенията, в които пребивават и спят.

ПРЕДСТОЯЩО ПЛАНИРАНЕ НА УСЛУГИТЕ ЗА ВЪЗРАСТНИ ХОРА

Интересен парадокс се очертава в споделеното и преобладаващо разбиране, че общините са „само изпълнител на социалните услуги“ и че планирането на услугите е по-скоро предизвикателство на национално равнище. Това води до извода, че децентрализацията в социалните услуги не се случва реално и че приоритетите, рамките за развитие и визията на услугите се спускат централно, поради което и невинаги отговарят адекватно на местните нужди.

На практика се случва така, че вместо в резултат на заложеното в местните общински стратегии да се формира една национална стратегия или политика, се случва обратното - в местния документ задължително се разписва и планира такава дейност, която да отговаря на приоритетите в националната стратегия, така че това да послужи за основание за кандидатстване и ползване на дадено програмно финансиране.

Констатира се като изключителен пропуск това, че при планирането на услугите никой не се допитва до потребителите - възрастните хора (65+), и не се взима предвид мнението им. Регистрира се и проблемът, че в действителност няма работещ механизъм, който да може да осигури въвличането на потребителите в този процес.

Възможност за поправка на този пропуск се вижда в правилното разбиране, тълкуване и прилагане на стандартите за качество, заложи в Наредбата за качеството на социалните услуги, където взаимодействието и получаването на обратна връзка от потребителите е задължителен механизъм за осигуряване на наблюдение и качество на всяка една предоставяна услугата. Във връзка с това, част от експертите отбелязват и факта, че Патронажната грижа, например, в момента остава извън обсега на задължителните стандарти и критерии за качество, защото не са разработени и приети адекватни на съдържанието на тази услуга изисквания.

Макар и взимането на обратна връзка от потребителите да се възприема като позитивна, важна и задължителна стъпка за планирането и разработването на услугите, експертите на местно равнище констатираят като основна трудност

това да се случи липсата на човешки ресурс: „стараем се да сме инициативни и да си комуникираме с хората, но анкетирането е немасова дейност, защото не разполагаме с хора, които да я извършват. В крайна сметка, с анкетиране би следвало да се занимават поне 2-3 човека, и то за немалък период от време.“

В целия процес - от планирането до реализирането на дадена услуга, в частност - интегрираната здравно-социална услуга в домашна среда, като каквато се разпознава Патронажната грижа, се регистрира сериозен пропуск в комуникацията и съгласуването между Социалното и Здравното министерство и доставчика, в лицето на общините.

Среща се мнението, че нещата по-скоро са спуснати от горе надолу: „*Не питат за мнението ни за разработването на дадена услуга. Обикновено тя се прави на държавно ниво и след това се делегира от държавата на общината, като общината е длъжна да я изпълни - по един или по друг начин. Често моделът на услугата е изцяло моделиран или деформиран от разбирането на чиновниците на централно равнище*“. Среща се и мнението, че подобна деформация се случва и на местно/общинско равнище, поради недостатъчно разбиране на същността на услугата, липсата на ясни инструкции и липсата на подход за проявяване на гъвкавост съобразно конкретната ситуация на населеното място, ограничени ресурси и т.н.

В обратната връзка, получена от интервютата с експертите, преобладава мнението, че към настоящия момент липсва ясна визия за развитието на интегрираната здравно-социална услуга в домашна среда, както и на домашната грижа в цялост, като за причина се посочва отново липсата на конкретно проучване на нуждите. В същото време, експертите отбелязват, че с всяка изминала година отчитат развитие на грижите в домашна среда, най-вече с асистентската подкрепа, и особено с патронажната грижа, която намират за изключително полезна за възрастните хора (65+).

Въпреки факта, че услугите в домашна среда за възрастни хора и хора с увреждания са факт в Националната стратегия за дългосрочна грижа и нейните планове за изпълнение, няма обективни източници и анализи, които проследяват напредъка в развитието на тези услуги, качеството на тяхното предоставяне, както и дали се увеличава достъпът до повече хора като цяло на територията на цялата страна.

Не е разбираема и ситуацията, в която - въпреки голямото търсене и нужда, възможностите за финансиране на такъв тип услуги се ограничават единствено до възможността общините да предоставят тези услуги. Такава е и ситуацията с програмата „Патронажна грижа“, в рамките на която само в един или два етапа от нейното реализиране беше допустимо общините да възлагат на външен доставчик предоставянето ѝ. Аналогично, без възможност за ползване на средства за развитието на такъв вид услуги от частни доставчици, е планираната да се отвори в края на годината за кандидатстване програма „Грижа в дома“.

Не е ясно и защо планирането на интегрираните здравно-социални услуги в домашна среда остават извън предстоящото планиране на Националната карта на социалните услуги, като повод за това ни дава фактът, че в Наредбата за планиране на социалните услуги въобще не е упомената интегрираната здравно-социална услуга в домашна среда, а само стационарните такива.