

FOLIA PALLIATRICA • 2024/III-IV

ISSN 2535-0463 (print)

ISSN 2603-3224 (online)

Главен редактор: проф. д-р Любима Д. Деспотова-Толева, дм

Редакционна колегия

проф. д-р Мария Серато-Бенвенуто (САЩ)
проф. д-р Ринтаро Мори (Япония)
проф. д-р Шломо Винкер (Израел)
проф. д-р Айшегюл Каптъноглу (Турция)
проф. д-р Анвар Хан (Обединено кралство)
проф. д-р Тони Шекерджиева-Новак (България)
доц. д-р Николай Йорданов, дм (България)
маг. фил. Лилия Тонева (България)

Коректор: маг. фил. Лилия Тонева

Дизайн и предпечат: Виктор Новак

© Всички права запазени. Нито една част от това издание не може да бъде репродуцирана (по електронен или механичен път) и разпространявана под каквато и да е форма без изричното писмено разрешение на главния редактор и Българското дружество по продължителни грижи и палиативна медицина.

Chief editor: Prof. Lyubima Despotova-Toleva MD PhD

Editorial board

Prof. Maria Serratto-Benvenuto MD PhD (USA)
Prof. Rintaro Mori MD PhD (Japan)
Prof. Shlomo Vinker MD, MHA (Israel)
Prof. Ayşegül Kaptanoğlu MD, PhD (Turkey)
Prof. Anwar Khan MD, PhD (UK)
Prof. Toni Schekerdzhieva-Nowak PhD (Bulgaria)
Associated Prof. Nikolay Yordanov MD, PhD (Bulgaria)
MA Liliya Toneva (Bulgaria)

Proofreader: MA. Liliya Toneva

Design, layout and pre-press: Wiktor Nowak MA

© All rights reserved. No part of this magazine may be reproduced (through electronic or other means) and distributed under any form without the explicit written consent of the Chief editor and the "Bulgarian Long-term and Palliative Care Society."

Съдържание | Content

- 3** | Инструменти и модели за ефективна координация на мултидисциплинарния екип за палиативни грижи
Ваня Христова Балева
- Tools and Models for Effective Coordination of Multidisciplinary Team for Palliative Care
Vanya Hristova Baleva
- 10** | Палиативни грижи и семейна подкрепа - синергия за живот с достойнство
Ваня Христова Балева
- Palliative Care and Family Care Support - Synergy for Living with Dignity
Vanya Hristova Baleva
- 17** | Нормативна база за палиативни грижи в България: изграждане, предизвикателства и перспективи (Част 1)
Мая Цакова
- Palliative Care in Bulgaria: A Legal and Healthcare Perspective (Part 1)
Maya Tsakova
- 23** | Нормативна база за палиативни грижи в България: изграждане, предизвикателства и перспективи (Част 2)
Мая Цакова
- Palliative Care in Bulgaria: A Legal and Healthcare Perspective (Part 2)
Maya Tsakova
- 26** | Пристрастяването като хронична болест и инвалидност
Никола Пировски
- Addiction as a chronic disease and disability
Nikola Pirovski

Инструменти и модели за ефективна координация на мултидисциплинарния екип за палиативни грижи

Ваня Христова Балева

КОЦ Пловдив

Tools and Models for Effective Coordination of Multidisciplinary Team for Palliative Care

Vanya Hristova Baleva

Oncology center Plovdiv, Bulgaria

Резюме

Въведение

Настоящата статия изследва и обобщава основните подходи, инструменти и модели за ефективна координация и интеграция на мултидисциплинарните екипи в палиативните грижи, като анализира научната литература, практически модели и технологични инструменти. Основните ѝ задачи включват изследване на модели като case management и интегрирана грижа, представяне на добри практики и предлагане на препоръки за подобряване на качеството и ефективността на грижите.

Методи

Използвани са методи за систематичен анализ на научната литература и практически модели, фокусирани върху координацията, интеграцията и инструментите за ефективна работа на мултидисциплинарните екипи в палиативните грижи.

Резултати

Резултатите показват, че мултидисциплинарният екип е от ключово значение за

предоставянето на интегрирана и координирана палиативна грижа, насочена към подобряване на качеството на живот на пациентите и подкрепа за техните семейства. Чрез ефективно сътрудничество между лекари, медицински сестри, психолози, социални работници и други специалисти се осигурява цялостен подход към физическите, емоционалните, социалните и духовните нужди на пациента. Технологичните инструменти, като електронни здравни досиета, моделите за координация като case management и интегрираната грижа, както и индивидуалните планове за лечение, гарантират последователност, ефективност и минимизиране на пропуските в лечението. Успешни програми като тези на Kaiser Permanente и Sutter Health демонстрират как координираните грижи в домашни условия водят до повишено удовлетворение на пациентите, намаляване на ненужните хоспитализации и по-добро управление на ресурсите, като същевременно осигуряват висок стандарт на грижа и подкрепа за пациентите и техните семейства.

В заключение

Ефективната координация и интеграция на мултидисциплинарните екипи в палиативните грижи са от решаващо значение за предоставяне на качествена, персонализирана и холистична грижа. Използването на технологични инструменти, модели като case management и интегрирана грижа, както и индивидуализирани планове за лечение,

гарантират цялостен подход към нуждите на пациентите и техните семейства. Тези методи не само подобряват качеството на живот, но също така осигуряват емоционална и социална подкрепа, като създават усещане за достойнство и спокойствие в последните етапи от живота.

Ключови думи: палиативни грижи, мултидисциплинарен екип, интегрирана грижа, координиран подход

Abstract

Intruduction

The aim of the article is to explore and summarize the main approaches, tools, and models for effective coordination and integration of multidisciplinary teams in palliative care by analyzing scientific literature, practical models, and technological tools. The main tasks include examining models such as case management and integrated care, presenting best practices, and offering recommendations for improving the quality and efficiency of care.

Methods

Methods for systematic analysis of scientific literature and practical models were used, focusing on coordination, integration, and tools for the effective functioning of multidisciplinary teams in palliative care.

Results

The results show that the multidisciplinary team is essential for providing integrated and coordinated palliative care aimed at improving patients' quality of life and supporting their families. Through effective collaboration among doctors, nurses, psychologists, social workers, and other specialists, a holistic approach is ensured

to address the physical, emotional, social, and spiritual needs of patients. Technological tools such as electronic health records, coordination models like case management and integrated care, as well as individualized care plans, ensure consistency, efficiency, and the minimization of treatment gaps. Successful programs like those of Kaiser Permanente and Sutter Health demonstrate how coordinated home-based care leads to increased patient satisfaction, reduced unnecessary hospitalizations, and better resource management while maintaining a high standard of care and support for patients and their families.

In conclusion

The effective coordination and integration of multidisciplinary teams in palliative care are essential for delivering high-quality, personalized, and holistic care. The use of technological tools, models such as case management and integrated care, as well as individualized care plans, ensures a comprehensive approach to meeting the needs of patients and their families. These methods not only improve the quality of life but also provide emotional and social support, fostering a sense of dignity and peace during the final stages of life.

Keywords: palliative care, multidisciplinary team, integrated care, coordinated approach

Въведение

Настоящата статия има за цел да изследва и обобщи основните подходи, инструменти и модели за ефективна координация и интеграция на мултидисциплинарните екипи в палиативните грижи. Тя се стреми да идентифицира ключовите елементи, които допринасят за предоставянето на качествена, персонали-

зирана и холистична грижа за пациентите и техните семейства.

Задачите на статията включват анализ на съществуващата научна литература и практически модели, описване на технологичните инструменти като електронни здравни досиета, изследване на моделите за координация, като case management и интегрирана грижа, и представяне на добри практики от успешни

програми в областта на палиативните грижи. Освен това статията има за задача да предложи препоръки за подобряване на координацията и интеграцията в работата на мултидисциплинарните екипи.

Методи

В настоящата статия са използвани методи за систематичен анализ и синтез на съществуващата литература, свързана с координацията и интеграцията на мултидисциплинарните екипи в палиативните грижи. Чрез критичен преглед на научни публикации, практически модели и доклади се идентифицират основните подходи и инструменти, използвани за осигуряване на ефективна грижа. Анализът е фокусиран върху модели като case management и интегрирана грижа, технологични решения като електронни здравни досиета, както и индивидуализирани планове за лечение. Подходът обединява различни аспекти на мултидисциплинарната работа, за да се изведат ефективни практики и препоръки за подобряване на качеството на палиативните грижи.

Резултати

Мултидисциплинарният екип в палиативните грижи

Мултидисциплинарният екип представлява група от здравни и социални специалисти от различни професионални области, които работят заедно за предоставяне на координирана и комплексна грижа за пациентите. Тези специалисти съчетават своите специфични знания и умения за разработването на индивидуализиран план за лечение, обхващащ медицински, психологически и социални аспекти. Основната цел на екипа е да осигури интегрирано лечение, което подобрява качеството на живот на пациента и оптимизира резултатите от терапията. Екипът планира, координира и изпълнява диагностични и терапевтични дейности, като всеки член допринася със своята експертиза, за да се гарантира последователност, съгласуваност и цялостност в грижата (1).

Ролята на специалистите в мултидисциплинарния екип е съществена за осигуряването на цялостна и координирана грижа, насочена към индивидуалните нужди на пациента. Лекарите, като общопрактикуващи и специализирани, играят водеща роля в диагностиката, лечението и координацията на медицинските грижи, често служейки като връзка между пациента

и останалите специалисти. Медицинските сестри осигуряват ежедневна грижа, наблюдение на здравословното състояние, координация на екипната работа и емоционална подкрепа, както и обучение на пациентите за самостоятелно управление на хронични заболявания. Физиотерапевтите и ерготерапевтите фокусират усилията си върху физическото възстановяване и независимостта на пациента, предлагайки индивидуализирани програми за рехабилитация и адаптация. Социалните работници предоставят емоционална и практическа подкрепа, като съдействат за достъп до ресурси и услуги, които подпомагат социалната интеграция на пациентите. Психолозите работят върху намаляване на стреса, тревожността и депресията, като подобряват психичното здраве и качеството на живот на пациентите. Специалистите в специфични медицински области като хирурзи, онколози и кардиолози допринасят със своята експертиза за диагностиката и лечението на сложни заболявания, съчетавайки оперативни и терапевтични подходи, за да гарантират цялостни резултати. Взаимодействието между всички членове на екипа е от ключово значение за създаването на интегриран и холистичен подход, който включва физическото, емоционалното и социалното благосъстояние на пациента, като осигурява максимално възстановяване и оптимално качество на живот (2, 3).

Мултидисциплинарният екип играе ключова роля в палиативните грижи, осигурявайки цялостен подход към облекчаване на физическите, емоционалните, социалните и духовните страдания на пациента и неговото семейство. Членовете на екипа, включително лекари, медицински сестри, психолози, социални работници, духовни лица и терапевти, работят съвместно, за да разработят индивидуализирани планове за грижа, които да отговорят на уникалните нужди на пациента. Те координират усилията си за управление на симптомите, като болка, стрес и други здравословни проблеми, осигурявайки същевременно подкрепа за емоционалното и социалното благополучие на пациента и неговите близки. Основната цел на екипа е да подобри качеството на живот, да осигури достойнство в последните етапи от живота и да предостави подкрепа в процеса на адаптация и справяне със загубата за семейството. Тази интегрирана и холистична грижа е насочена към максимално удовлетворяване на нуждите на пациента и създаване на спокойна и съпричастна среда (3).

Ефективната работа на мултидисципли-

нарния екип изисква ясна и своевременна комуникация, координация, взаимно уважение и доверие между членовете, за да се избегнат дублиране и несъответствия в грижата за пациента. Всеки професионалист трябва да признава експертността на останалите и да се отнася с уважение към техните мнения, като доверието е основа за колективни успехи. Ефективността на екипа се постига чрез добре планирани стратегии, ясни цели и определени роли, които осигуряват координирана работа. Прозрачността, както вътре в екипа, така и спрямо пациента и неговото семейство, е от ключово значение за изграждане на доверие, информираност и увереност в лечебния процес (4, 5, 6, 7).

Координираният подход в палиативните грижи

Координираният подход в здравеопазването се основава на организирано и синхронизирано управление на всички етапи от грижата за пациента – от диагностика до терапия и последващи грижи – с цел осигуряване на безопасно, ефективно и безпроблемно лечение. Той изисква тясно сътрудничество между различните здравни специалисти, които обменят информация за състоянието на пациента, назначените лечения и напредъка в терапията, за да се избегнат пропуски, дублиране или грешки. Този подход повишава качеството и безопасността на грижата, като осигурява съгласуваност в лечението и включва пациента и неговите близки в процеса на вземане на решения, което изгражда доверие и удовлетворение (8,9).

Координираният подход е основополагащ за интегрираната грижа, която според СЗО се дефинира като организация и управление на здравните услуги, така че хората да получават нужната им грижа навреме и по удобен за тях начин (10, 13). Основната цел е да се постигнат желаните резултати чрез ефективно съчетание на качество и цена. Интегрираната грижа е рамка, която подобрява качеството на грижите, ефективността и удовлетвореността на пациентите, като се основава на по-добра координация между различните услуги (11).

Процесите на интеграция могат да се осъществяват на три нива: системно (макро), организационно (мезо) и клинично (микро). Системната интеграция включва координиране на политики, правила и регулаторни рамки за насърчаване на интеграцията на макро ниво. Организационната интеграция се фокусира върху отношенията между органи-

зациите и управлението на структури, които предоставят комплексни услуги на мезо ниво. Административната интеграция осигурява ключови поддържащи функции като финанси, управление и информационни системи, които функционират на всички нива (12).

Клиничната интеграция се концентрира върху координацията на грижите за пациентите между различни дисциплини, с акцент върху насоки, пътеки на грижи и екипна работа. Нормативната интеграция обединява различни организации, професионални групи и индивиди чрез споделени ценности, култура и визия, като създава последователност в предоставянето на грижи. Тези процеси гарантират, че услугите са по-добре координирани и насочени към нуждите на пациентите (12).

Координираният подход и интегрираната грижа в палиативните грижи се стремят към целенасочена организация на здравните услуги, осигурявайки последователност и синхрон в лечението. Те обединяват усилията на различни здравни специалисти и системи, за да подобрят качеството на живот на пациентите с животозастрашаващи заболявания и да намалят стреса за тях и техните семейства (12, 13).

Координираният подход фокусира върху организиране на дейностите и споделяне на информация между всички участници в лечението. Той гарантира, че лекари, медицински сестри, социални работници и психолози работят в синхрон, избягвайки дублиране на усилия и грешки. Това осигурява по-безопасна и ефективна грижа, при която пациентите не са обременени с повторно представяне на информацията си пред различни специалисти (13).

Интегрираната грижа обединява всички нива на здравната система – от първична и специализирана помощ до грижа в общността или дома. Тя предлага плавен преход между различните нива на грижа и акцентира върху включването на палиативната грижа още по време на активното лечение. Този подход се съсредоточава върху физическите, психосоциалните и духовните нужди на пациента и неговото семейство (13).

Взаимодействието между координирания подход и интегрираната грижа гарантира предоставяне на холистична и персонализирана грижа, с основна цел подобряване на качеството на живот и предоставяне на подкрепа на пациента и неговите близки (13).

Инструменти и модели за ефективна координация на мултидисциплинарния екип

Инструментите и моделите за ефективна координация на мултидисциплинарния екип са създадени с цел да подпомогнат организацията и сътрудничеството между различните специалисти, които се грижат за пациентите. Един от ключовите елементи на ефективната координация е използването на електронни системи за обмен на информация, които позволяват бърз и лесен достъп до важни данни за пациента, както за клиничните специалисти, така и за другите членове на екипа. Електронните здравни досиета (EHR) са един от основните инструменти за тази цел, като те осигуряват централизирана платформа за съхранение и споделяне на информация, включително диагнози, резултати от изследвания, планове за лечение и друга клинична информация. Чрез тези досиета всеки член на екипа може да следи напредъка на пациента и да се адаптира спрямо текущото му състояние (14).

Освен технологичните инструменти, важни за ефективната координация са и редовните срещи на екипа, където специалистите обменят информация и планират бъдещи действия. Тези срещи обикновено се основават на използването на интегрирани модели за предоставяне на грижи, които включват ясна структура за комуникация и сътрудничество между различните професионалисти (14).

Моделът на "case management" представлява интегриран подход към координирането на грижите за пациента, при който на всеки пациент се назначава специален координатор на случаите. Този координатор е ключова фигура, отговаряща за осигуряването на цялостна и непрекъсната грижа, като той действа като посредник между различните специалисти, участващи в лечението на пациента. Координаторът най-често е медицинска сестра или социален работник, което му позволява да има близък контакт с пациента и неговото семейство, както и да бъде в постоянна връзка с всички членове на мултидисциплинарния екип (15).

Основната роля на координатора е да следи за изпълнението на лечебния план, да осигурява адекватна комуникация между различните медицински и социални звена и да гарантира, че няма прекъсване в предоставянето на грижите. Това включва координиране на диагностични процедури, лечение, контрол на симптомите и предоставяне на нужната

информация на пациента и неговото семейство за хода на лечението и предстоящите интервенции. Координаторът отговаря също така за това да информира пациента и неговото семейство за различните услуги, които са достъпни за тях, и да ги насочва към съответните специалисти, когато е необходимо (15).

Чрез този модел се минимизират пропуските в комуникацията между различните участници в процеса на лечение. Координаторът на случаите също така играе важна роля в осигуряването на емоционална и социална подкрепа за пациента и неговото семейство. Той може да организира социални услуги, психологическа подкрепа или други необходими ресурси, за да осигури пълноценна грижа. Освен това, той следи за прогреса на пациента и прави нужните корекции в лечебния план според променящите се нужди на пациента. Тази проактивна роля помага за предотвратяване на евентуални проблеми и позволява бърза реакция в случай на усложнения (15).

Друг модел, който е ефективен в мултидисциплинарната координация, е интегрираният подход към грижата (integrated care). Този модел включва както хоризонтална, така и вертикална интеграция на услугите, което означава, че всички нива на здравната система – от първичната медицинска помощ до специализираните грижи – работят координирано за постигане на оптимални резултати за пациента. Това включва сътрудничество между лекари, сестри, социални работници и други специалисти, които работят заедно, за да осигурят цялостна грижа. Координацията може да бъде улеснена чрез стандартни оперативни процедури и насоки, които ясно определят ролите и отговорностите на всеки член на екипа (16).

Индивидуалните планове за грижа са важен инструмент в мултидисциплинарната координация, които предоставят структурирана и персонализирана грижа за всеки пациент. Тези планове са създадени, за да отразят специфичните нужди на пациента и включват подробни описания на всички необходими интервенции, графици за наблюдение и целите, които трябва да бъдат постигнати в хода на лечението. Основната цел на индивидуалния план за грижа е да осигури координиран и последователен подход към лечението, който да обхваща всички аспекти на здравословното състояние на пациента (16).

Процесът по създаване на индивидуален план започва със задълбочена оценка на състоянието на пациента, включваща както медицинските му нужди, така и социалните и

психологическите аспекти на неговото благополучие. Въз основа на тази оценка се изготвя подробен план, който включва конкретни стъпки за лечение, наблюдение на състоянието, както и предписани интервенции от различни специалисти. Това включва всичко от назначаването на лекарства, терапевтични процедури и физическа рехабилитация до психологическа подкрепа и социални услуги (16).

Всеки член на мултидисциплинарния екип допринася към индивидуалния план на пациента в съответствие със своята професионална компетентност. Лекарите предоставят насоки за диагностика и лечение, медицинските сестри осигуряват ежедневна грижа и наблюдение, физиотерапевтите предписват рехабилитационни програми, а социалните работници подпомагат осигуряването на социални услуги и ресурси. Този колективен подход гарантира, че грижата за пациента е изчерпателна и координирана, като всеки аспект на лечението е адресиран (16).

Плановите за грижа са динамични документи, които се актуализират редовно в зависимост от развитието на състоянието на пациента и постигнатите резултати. Те осигуряват ясна рамка за комуникация между членовете на екипа, което е от решаващо значение за избягване на пропуски в лечението и осигуряване на гладък преход между различните етапи на грижата. В допълнение към медицинските грижи, индивидуалните планове често включват и психологическа и социална подкрепа, за да се осигури цялостен подход към здравето и благополучието на пациента (16).

Чрез интегрирането на всички тези елементи в един цялостен план за грижа, мултидисциплинарният екип може да осигури по-добра координация и по-високо качество на лечението, което води до по-добри резултати за пациентите

Програмите на Kaiser Permanente и Sutter Health са примери за добри практики на модели за координирана грижа. Те демонстрират как координацията между различни медицински специалисти и екипи може да подобри качеството на грижите за пациенти с напреднали заболявания. В тези модели, грижата се координира чрез интегрирани екипи, които работят заедно, за да осигурят непрекъсната и персонализирана грижа в домашни условия. Тези програми също така показват важноста на планирането на грижи в съответствие с нуждите и желанията на пациентите, като се избягват ненужните хоспитализации и

се оптимизират ресурсите (17).

Моделът на Kaiser Permanente за домашна палиативна грижа е създаден с цел да предоставя по-балансирана грижа на пациенти с тежки заболявания, които са в края на живота си, като се фокусира върху подобряване на качеството на живот и контрол на симптомите. Програмата позволява на пациентите да получават палиативна грижа, без да се отказват от лечебни процедури, както е при хосписите. Основните компоненти включват интердисциплинарен екип, домашни посещения от лекари и медицински сестри, 24-часова телефонна поддръжка и планиране на грижата в съответствие с желанията на пациентите. Тези мерки водят до повишена удовлетвореност на пациентите и семействата им, намалени посещения в спешните отделения и хоспитализации, както и по-ниски разходи за грижа (17).

Програмата Advanced Illness Management (AIM) на Sutter Health е създадена с цел да подобри грижата за пациенти с напреднали заболявания, като се фокусира върху управлението на симптомите и планирането на грижите. Програмата работи с пациенти, които продължават лечението си и не са избрали хосписна грижа. AIM предлага координирана грижа чрез интегриран екип от медицински специалисти, който осигурява непрекъсната грижа в домашни условия и активно ангажира пациента и неговото семейство в процеса на вземане на решения. Програмата е доказала, че подобрява удовлетвореността на пациентите, намалява ненужните хоспитализации и осигурява значителни икономии на средства, като същевременно поддържа високото качество на живот на пациентите (17).

Заклучение

Ефективната координация и интеграция на мултидисциплинарните екипи в палиативните грижи играят ключова роля за предоставянето на качествена и персонализирана грижа. Чрез използването на технологични инструменти като електронни здравни досиета, добре разработени модели като case management и интегрирана грижа, както и индивидуализирани планове за лечение, се осигурява цялостен и последователен подход към нуждите на пациентите и техните семейства.

Програмите на Kaiser Permanente и Sutter Health демонстрират как интегрираните подходи могат да повишат качеството на живот на пациентите, да намалят ненужните хоспитализации и да оптимизират разходите, като

същевременно гарантират удовлетворение на пациентите и техните близки. Тези модели подчертават значението на координацията между различните специалисти и адаптацията на грижите според нуждите и желанията на пациента.

Ефективната координация в палиативните грижи не само подобрява качеството на грижите, но също така осигурява емоционална

и социална подкрепа, което е съществено за пациентите с тежки заболявания. Чрез съвместната работа на мултидисциплинарните екипи се постига холистичен подход, който адресира всички аспекти на здравето и благополучието на пациентите, като ги подкрепя в най-трудните моменти от техния живот.

Литература

1. Castro JA, Hannon B, Zimmermann C. Integrating Palliative Care into Oncology Care Worldwide: The Right Care in the Right Place at the Right Time. *Current Treatment Options in Oncology* [Internet]. 2023 Apr 1;24(4):353–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36913164/>
2. Catania G, Beccaro M, Costantini M, Ugolini D, De Silvestri A, Bagnasco A, et al. Effectiveness of complex interventions focused on quality-of-life assessment to improve palliative care patients' outcomes: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2014 Jun 17;29(1):5–21.
3. Yamagishi A, Sato K, Miyashita M, Shima Y, Kizawa Y, Umeda M, et al. Changes in Quality of Care and Quality of Life of Outpatients With Advanced Cancer After a Regional Palliative Care Intervention Program. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014 Oct;48(4):602–10.
4. McGlinchey JB, Atkins DC, Jacobson NS. Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy*. 2002;33(4):529–50.
5. NHS England. Information sharing in Multidisciplinary Teams (MDTs) [Internet]. NHS ENGLAND. 2022. Available from: <https://transform.england.nhs.uk/information-governance/guidance/information-governance-guidance-support-multidisciplinary-teams-mdts/>
6. Taberna M. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers in Oncology* [Internet]. 2020 Mar 20;10(85):1–16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100151/>
7. NSW Health. Multidisciplinary team - integrated care [Internet]. NSW Government. 2020. Available from: <https://www.health.nsw.gov.au/integratedcare/Pages/Multidisciplinary-team-care.aspx>
8. Martin AK, Green TL, McCarthy AL, Sowa PM, Laakso E-Liisa. Healthcare teams: Terminology, confusion, and ramifications. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2022 Apr;15(15):765–72.
9. Will KK, Johnson ML, Lamb G. Team-Based Care and Patient Satisfaction in the Hospital Setting: A Systematic Review. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*. 2019 Apr 29;6(2):158–71.
10. Sandoval C, Sibbald S, Ryan BL, Orange JB. Healthcare teams and patient-related terminology: a review of concepts and uses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020 Apr;35(1):55–66.
11. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional Collaboration to Improve Professional Practice and Healthcare Outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019 Jun 22;6(6).
12. Agency for Healthcare Research and Quality. Care coordination [Internet]. Ahrq.gov. 2020. Available from: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination.html>
13. World Health Organization. INTEGRATED HEALTH SERVICES -WHAT AND WHY? [Internet]. 2008. Available from: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
14. Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *International Journal of Integrated Care*. 2012 Jul 27;12(5).
15. Reeves E, Liebig B, Schweighoffer R. Care Coordination in Palliative Home Care: Who Plays the Key Role? *International Journal of Integrated Care*. 2020;20(3).
16. Friedman A, Howard J, Shaw EK, Cohen DJ, Shahidi L, Ferrante JM. Facilitators and Barriers to Care Coordination in Patient-centered Medical Homes (PCMHs) from Coordinators' Perspectives. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2019 Jan 1;29(1):90–101.
17. Labson MC, Sacco MM, Weissman DE, Gornet B, Stuart B. Innovative models of home-based palliative care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2013 Jan 1;80(e-Suppl_1):e-S30-e-S35.

Палиативни грижи и семейна подкрепа - синергия за живот с достойнство

Ваня Христова Балева

КОЦ Пловдив

Palliative Care and Family Care Support - Synergy for Living with Dignity

Vanya Hristova Baleva

Oncology center Plovdiv, Bulgaria

Резюме

Въведение

Статията изследва ролята на семейството и мултидисциплинарния екип в палиативните грижи чрез анализ на научната литература и идентифициране на ключови аспекти на подкрепата.

Методи

Методите на изследването се базират на систематичен обзор на научната литература, обхващащ ключови концепции и практики в палиативните грижи с акцент върху ролята на семейството и мултидисциплинарния екип.

Резултати

Резултатите от изследването подчертават ключовата роля на семейството и мултидисциплинарния екип в осигуряването на ефективни палиативни грижи, които подобряват качеството на живот както на пациентите, така и на техните близки. Семейната подкрепа се изразява чрез двустранна емоционална връзка, способност за разпознаване на нуждите и взаимно подпомагане, докато мултидисциплинарният екип допринася чрез координиран

подход, осигуряване на психологическа, социална и духовна подкрепа и разрешаване на етични конфликти. Акцентът върху откритата комуникация, интегрираните грижи и сътрудничеството между всички участници създава благоприятна среда за емоционално и физическо облекчение, минимизиране на напреженията и постигане на стабилност дори в най-трудните моменти.

В заключение

Палиативните грижи чрез интегрирана подкрепа от семейството и мултидисциплинарния екип осигуряват емоционална стабилност, физическо облекчение и запазване на достойнството на пациентите и техните близки.

Ключови думи: палиативни грижи, мултидисциплинарен екип, интегрирана грижа, координиран подход

Abstract

Intruduction

The article examines the role of the family and the multidisciplinary team in palliative care through an analysis of scientific literature and identification of key aspects of support.

Methods

The methods of the study are based on a systematic review of the scientific literature, encompassing key concepts and practices in palliative care with a focus on the role of the family and the multidisciplinary team.

Results

The results of the study highlight the key role of the family and the multidisciplinary team in providing effective palliative care that improves the quality of life for both patients and their loved ones. Family support is expressed through

a mutual emotional connection, the ability to recognize needs, and reciprocal assistance, while the multidisciplinary team contributes through a coordinated approach, provision of psychological, social, and spiritual support, and resolution of ethical conflicts. The emphasis on open communication, integrated care, and collaboration among all participants creates a favorable environment for emotional and physical relief, tension reduction, and achieving stability even in the most challenging moments.

In conclusion

Palliative care, through integrated support from the family and the multidisciplinary team, ensures emotional stability, physical relief, and the preservation of dignity for patients and their loved ones.

Keywords: palliative care, multidisciplinary team, integrated care, coordinated approach

Въведение

Настоящата статия има за цел да изследва и анализира ролята на семейството и мултидисциплинарния екип в палиативните грижи, като се акцентира върху значението на интегрирания и координиран подход за подобряване на качеството на живот на пациентите и техните близки.

За тази цел ще бъдат направени: проучване на научната литература за палиативните грижи, анализ на ролята на семейството в емоционалната и социалната подкрепа на пациентите, идентифициране на приноса на мултидисциплинарния екип и оценка на предизвикателствата и етичните аспекти в грижата.

Методи

Методите, приложени в това изследване, са базирани на обзор на наличната научна литература, включително статии, книги и доклади, свързани с палиативните грижи и ролята на семейството и мултидисциплинарния екип. Проведен е систематичен преглед на източниците, за да се идентифицират ключови концепции, подходи и практики, свързани с осигуряването на цялостна грижа. Анализът е насочен към обединяване на теоретични и

практически аспекти, като се акцентира върху интеграцията на емоционалната, социалната и медицинската подкрепа в палиативната грижа.

Резултати

Социално-емоционални нужди на близките на пациента

Семейните грижи играят централна роля в подпомагането на пациентите в палиативни грижи. Често се приема, че грижите са еднопосочни – от семейния грижещ се към пациента, но всъщност взаимната подкрепа между тях може да бъде по-сложна и двустранна. Взаимната подкрепа между пациентите и техните близки се основава на разпознаването на нуждите и от двете страни и на усилията им да останат позитивни един за друг. Това включва също така способността да се разпознава емоционалното състояние на другия и да се отговори на нуждите му, без да се задълбочават проблемите (1).

Въпреки това, когато пациентите и техните близки не споделят открито своите страдания и тревоги, това може да доведе до конфликти и да ограничи възможността за взаимна подкрепа. Липсата на открита комуникация между тях може да влоши емоционалната връзка и да затрудни справянето с тежките моменти, свър-

зани с болестта. В такива случаи намесата и подкрепата от по-широкия семеен кръг може да бъде изключително полезна, като тя предоставя възможност за по-голяма емоционална ангажираност между пациента и грижещия се. Така се облекчава натоварването и се създава по-благоприятна среда за взаимна грижа и подкрепа (2).

Социално-емоционалните нужди на близките на пациента в палиативната грижа включват необходимостта от психологическа подкрепа, усещане за сигурност и яснота в комуникацията с медицинските специалисти. Тези близки често изпитват емоционално напрежение и тревога, свързани с влошаването на състоянието на пациента и необходимостта да вземат важни решения за неговото лечение. Те имат нужда от среда, в която могат да изразяват своите чувства, страхове и притеснения, както и от подкрепа за справяне със стреса и емоционалното изтощение, което често съпътства грижата за болния (2).

Често близките изпитват и усещане за социална изолация, тъй като фокусът върху пациента може да ограничи техните социални контакти и личен живот. Те имат нужда от възможността да поддържат своите социални връзки и да получават подкрепа от приятели и други членове на семейството. Освен това, емоционалната им връзка с пациента налага необходимостта да бъдат информирани и включени в процеса на вземане на решения, като се гарантира, че техните нужди и опасения са взети под внимание (2).

Не на последно място, социално-емоционалните нужди на близките включват и необходимостта да се чувстват значими и полезни в процеса на грижа за пациента, като това може да бъде постигнато чрез възможността да участват активно в грижите и подкрепата на пациента, което им носи усещане за контрол и участие в ситуацията (3).

Присъствието на медицинския екип и близките до пациента е определящо за емоционалната му подкрепа и спокойствие. Присъствието на семейството, особено в края на живота на пациента, играе съществена роля в палиативната грижа. Взаимното разбиране между екипа и пациента е от значение за изграждане на емоционална връзка, като съчувствието е важна част от това разбиране. Важно е това съчувствие да не бъде възприемано като съжаление, което може да има негативен ефект върху пациента (4).

Изграждането на топли и приятелски отношения между екипа и пациента е съществено

за емоционалната връзка. Това включва приятелски комуникации, като използването на лични обръщения и даването на подкрепа дори извън болничните условия. Важно е тези отношения да бъдат непрекъснати и дългосрочни, за да се осигури постоянна емоционална подкрепа за пациента (5).

Ролята на мултидисциплинарния екип в предоставянето на психологическа и социална подкрепа за семействата

Мултидисциплинарният екип играе ключова роля в предоставянето на психологическа и социална подкрепа на семействата на терминално болните пациенти, като осигурява цялостен подход към грижите, който се фокусира не само върху медицинските нужди на пациента, но и върху емоционалното и социално благополучие на семейството. Този екип включва лекари, медицински сестри, социални работници, психолози и духовни съветници, които работят заедно, за да предложат всеобхватна подкрепа, съобразена с индивидуалните нужди на всеки член на семейството (6).

Психологическата подкрепа е изключително важен елемент в палиативните грижи, тъй като терминалните заболявания водят до значително емоционално напрежение и дълбоки страхове както у пациента, така и у неговите близки. Страхът от предстоящата загуба, чувството на безсилие и тревожността за бъдещето могат да предизвикат силна психическа и емоционална тежест, която често затруднява семейството в способността му да се справя с ежедневието и да осигурява необходимата подкрепа на болния (7).

В този контекст психолозите, като част от мултидисциплинарния екип, играят съществена роля в подпомагането на семейството да преодолее тези трудни моменти. Те предлагат индивидуални и групови консултации, в които близките могат открито да споделят своите страхове, притеснения и емоции, без да се чувстват съдени или неразбрани. Психолозите ги насърчават да говорят за своите преживявания, което им помага да разгърнат своите чувства и да ги канализират по здравословен начин (7).

Често тревожността на близките е свързана със страха от загубата и неизвестността за бъдещето, както и с емоционалната болка, която произтича от мисълта за предстоящото сбогуване с любим човек. Психолозите подпомагат семейството да разбере и приеме

неизбежността на ситуацията, като им предоставят начини да се справят с емоциите и да подготвят себе си психически за предстоящата загуба. Те помагат на членовете на семейството да се свържат със своите вътрешни ресурси и да развият стратегии за справяне със скръбта, като същевременно запазват емоционалната си стабилност (8).

Психологическата подкрепа също така играе превантивна роля, като помага на семейството да избягва натрупването на негативни емоции и напрежение, които могат да доведат до конфликти в трудните моменти на грижи за болния. Психолозите създават пространство, в което близките могат да изразяват своите опасения и емоции без натиск, като това им позволява да поддържат по-добра комуникация помежду си и с останалите членове на палиативния екип (8).

Освен това, психологическата подкрепа е насочена към това да осигури на семейството усещане за контрол и стабилност в една несигурна и емоционално натоварена ситуация. Като им предоставят възможност да се справят с емоциите си по конструктивен начин, психолозите помагат на близките да се подготвят не само за загубата, но и за начина, по който ще се справят с траура след това. Тази подкрепа е жизненоважна за емоционалното здраве на близките, тъй като им помага да преминат през процеса на скърбене с по-малко емоционални сътресения и по-здравословно приемане на неизбежната загуба (9).

Социалните работници в мултидисциплинарния екип играят ключова роля в предоставянето на социална подкрепа за семействата на терминално болните пациенти. Тази подкрепа включва насочване и помощ в навигирането на системата на социални услуги, което може да бъде изключително важно в период на тежки емоционални и практически предизвикателства. Социалните работници подпомагат семействата, като предоставят информация за наличните социални помощи, финансови ресурси и услуги, които могат да бъдат използвани за улесняване на грижите за пациента в домашни условия (10).

Една от важните функции на социалните работници е да съдействат при уреждането на различни административни и правни формалности, които са свързани с болестта на пациента. Те помагат на семейството да разбере кои са възможностите за достъп до социални услуги, медицински обезщетения и финансова помощ, като ги насочват към подходящите институции или програми. Това може

да включва помощ за кандидатстване за инвалидни пенсии, социални помощи, обезщетения за грижи или други форми на подкрепа, които могат да намалят финансовата тежест върху семейството.

Освен финансовата подкрепа, социалните работници осигуряват и практическа помощ, като предоставят информация за организации или услуги, които могат да предложат грижи за пациента в дома. Те могат да помогнат в координацията с домашни помощници, услуги за рехабилитация или медицински грижи, като гарантират, че семейството има достъп до необходимите ресурси, за да се справи с грижите за болния (10).

Социалните работници също играят важна роля в емоционалната подкрепа на семейството, като ги информират за групи за подкрепа или други мрежи, където те могат да споделят своите преживявания и да получат съвети от хора в сходни ситуации. Те работят за облекчаване на стреса, свързан с грижите за терминално болен, като насърчават използването на наличните ресурси и предлагат подкрепа в трудните моменти на грижа и загуба (11).

Мултидисциплинарният екип играе важна роля в поддържането на здравословната междуличностна динамика в семейството, особено в периоди на криза, когато напрежението и стресът често се увеличават. Членовете на екипа, включително психолози и социални работници, активно подпомагат семейството в процеса на комуникация, като насърчават отворен и честен диалог между всички членове. Това е от съществено значение за минимизиране на напреженията, които могат да възникнат поради различни мнения относно подхода към грижите за пациента, начините за справяне с емоционалните и практическите аспекти на ситуацията, както и за самата подготовка за загубата (12).

Конфликтите в семейството могат да се появят, когато членовете имат различни разбирания или очаквания относно грижите за болния, вземането на решения за лечението или финалните дни на живота. Мултидисциплинарният екип предоставя подкрепа, като улеснява комуникацията между членовете на семейството и ги насочва към съвместни решения, базирани на разбирането и уважението към нуждите и желанията на пациента (12).

Тези специалисти използват техники за управление на конфликти, за да помогнат на членовете на семейството да изразят своите

притеснения и емоции по начин, който позволява на всички да бъдат чути и разбрани. Те насърчават сътрудничеството, така че решението да се вземат съвместно, без да се създават допълнителни стресови фактори за пациента или неговите близки. Това е от особена важност в моменти, когато семейството трябва да направи трудни избори относно лечението или палиативната грижа (11).

Освен това, екипът осигурява пространство за емоционална подкрепа, където членовете на семейството могат да изразят своите страхове, тъга и несигурност, което допринася за подобряване на психическата устойчивост на семейството като цяло. По този начин се минимизира рискът от дълготрайни конфликти и се създава по-подкрепяща и спокойна среда, която е благоприятна както за пациента, така и за неговите близки (11).

Духовната подкрепа, предоставяна от палиативния екип в сътрудничество с духовни съветници, играе ключова роля в осигуряването на емоционално и духовно облекчение за семейството в моментите на тежки изпитания. Тази подкрепа е насочена към осмисляне на преживяванията, свързани с болестта и предстоящата загуба, като помага на близките да намерят вътрешен мир и отговори на дълбоки въпроси, свързани със смисъла на живота, страданието и смъртта (13).

Духовните съветници могат да работят с членовете на семейството, като им предоставят възможността да изразят своите притеснения и страхове в контекста на личните им вярвания и убеждения. Този процес не само улеснява справянето с емоционалната болка и страдание, но също така дава възможност на семейството да открие нови перспективи за приемане на ситуацията и за справяне с трудностите. Често въпросите за смисъла на живота, загубата, болката и смъртта изпъкват в такива моменти, а духовната подкрепа може да предложи насоки и успокоение. (13)

Тази подкрепа може да включва както религиозни практики, така и по-широки духовни концепции, съобразени с индивидуалните нужди и предпочитания на семейството. Понякога семейството може да потърси помощ за организиране на религиозни обреди или ритуали, които да донесат утеха и чувство за завършеност на живота на пациента. Освен това, духовните съветници често помагат на близките да осмислят процеса на умиране, като ги насърчават да възприемат края на живота като естествен преход, а не като край (14).

По този начин духовната подкрепа в

палиативните грижи не само облекчава емоционалното страдание на семейството, но и създава условия за дълбок вътрешен мир и приемане на неизбежното, като дава на семейството смелост и сила да премине през този труден период с повече спокойствие и смисъл (14).

Мултидисциплинарният екип играе важна роля в подготовката на семейството за периода след загубата, като осигурява цялостна подкрепа не само по време на грижите за пациента, но и в процеса на траур и скръб. По време на последните етапи от живота на пациента, екипът започва да подготвя близките за неизбежната загуба, като ги подпомага емоционално и психологически. Те предлагат разговори и консултации, чрез които членовете на семейството могат да изразят своите страхове, притеснения и емоции, свързани с предстоящата смърт (14).

След загубата екипът продължава да оказва подкрепа чрез специални програми и консултации, които са насочени към преодоляване на скръбта. Социални работници, психолози и духовни съветници остават на разположение на семейството, за да им помогнат да преминават през различните етапи на скръбене, които включват шок, отричане, гняв, депресия и накрая приемане. Те подпомагат семейството в адаптирането към живота без любимия човек, като предлагат пространство за споделяне на спомени и емоции, което улеснява процеса на емоционално освобождаване (15).

Тази подкрепа може да бъде под формата на индивидуални или групови консултации, както и чрез предоставяне на информация за различни видове ресурси и общностни услуги, които да помогнат на семейството да се справи с трудностите след загубата. В допълнение, мултидисциплинарният екип често организира или насочва семейството към групи за подкрепа, където близките могат да споделят своя опит с други хора, които преминават през същото изпитание (15). По този начин екипът гарантира, че процесът на скръбене е плавен и че семейството получава необходимата грижа и подкрепа, за да преодолее емоционалната болка и да намери начин да продължи напред, като се съобразява с индивидуалните им нужди и темпо на справяне със загубата.

В хода на своята работа мултидисциплинарните екипи се сблъскват с редица етични дилеми, които възникват поради сложността на лечението на пациенти с терминални или хронични заболявания. Те са свързани със съчетаването на нуждите на пациента, пред-

почитанията на семейството и медицинските възможности за облекчаване на страданието. Един от основните въпроси е свързан с определянето на границите на грижите и на това каква намеса е подходяща в края на живота. Например, има дилеми около решението дали да се продължат агресивните лечения или да се фокусират усилията върху палиативни грижи, насочени към подобряване на качеството на живот. Друг етичен въпрос е свързан с информираното съгласие на пациента за медицинските интервенции, особено когато пациентът не е в състояние да изрази своето мнение. Балансирането на принципите на автономията на пациента и задължението на лекарите да действат в най-добрия му интерес често води до етични предизвикателства (16).

Ролята на мултидисциплинарния екип във вземането на етични решения е централна, тъй като членовете на екипа предлагат различни перспективи и експертиза в процеса на решаване на тези дилеми. Всеки член на екипа – лекари, сестри, социални работници, психолози и духовни съветници – допринася за пълното разбиране на ситуацията и нуждите на пациента. Лекарите например могат да предоставят медицинска експертиза относно прогресията на заболяването и възможностите за лечение, докато социалните работници могат да помогнат в разбирането на социалните и семейните контексти, които влияят върху вземането на решения. Психолозите и духовните съветници могат да осигурят подкрепа при вземането на решения, като се фокусират върху емоционалното и духовно състояние на пациента и неговото семейство. Тази съвместна работа в екипа гарантира, че всички аспекти на живота и нуждите на пациента се вземат под внимание при вземането на решения, включително неговите желания и ценности (16).

Подходите за адресиране на етични конфликти и осигуряване на автономия и достойнство на пациента включват открита и прозрачна комуникация между екипа, пациента и семейството. Това изисква създаването на среда, в която пациентът има възможност да изрази своите предпочитания и страхове

без натиск. Важен инструмент в този процес е използването на етични консултации или специализирани етични комисии, които могат да предложат насоки за вземане на решения в случаи на конфликт. Същевременно екипът трябва да уважава правото на пациента на автономия – това включва предоставянето на цялата необходима информация за различните възможности на лечение, така че пациентът да може да вземе информирано решение за своята грижа. Гарантирането на достойнството на пациента също е ключов аспект на палиативните грижи, което означава, че всички решения трябва да бъдат съобразени с желанието на пациента за уважително отношение, независимо от етапа на заболяването (17, 18).

В контекста на тези подходи мултидисциплинарният екип следва да насърчава сътрудничество и уважение към всички гледни точки, като в същото време поставя пациента в центъра на решенията. Това може да включва разрешаване на конфликти, когато членовете на семейството имат различни виждания за най-добрата грижа или когато желанията на пациента се различават от медицинските препоръки (19).

Заклучение

Палиативните грижи представляват цялостен подход, който интегрира медицинската, психологическата, социалната и духовната подкрепа, насочени към подобряване на качеството на живот на пациентите и техните семейства. Семейството и мултидисциплинарният екип играят централна роля в този процес, като тяхното взаимодействие и сътрудничество осигуряват емоционална стабилност, физическо облекчение и усещане за сигурност. Откритата комуникация и взаимната подкрепа между всички участници създават условия за постигане на баланс и спокойствие, дори в най-тежките моменти от живота. Този подход не само улеснява справянето с предизвикателствата, свързани с терминалните заболявания, но също така допринася за съхраняване на достойнството и смисъла в живота на пациентите и техните близки.

Литература

1. Labson MC, Sacco MM, Weissman DE, Gorman B, Stuart B. Innovative models of home-based palliative care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2013 Jan 1;80(e-Suppl_1):e-S30-e-S35.
2. McCauley R, McQuillan R, Ryan K, Foley G. Mutual support between patients and family caregivers in palliative care: A systematic review and narrative synthesis. *Palliative Medicine*. 2021 Apr 2;35(5):875–85.
3. Anu SJ, Kaisa M, Heli V, Andreas C, Elina H. Family members' experiences of psychosocial support in palliative care inpatient

- units: A descriptive qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2022 Dec;61:102201.
4. Vanaki Z, Aghaei M, Mohammadi E. Emotional bond: The nature of relationship in palliative care for cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care* [Internet]. 2020;26(1):86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7017707/>
 5. Lakin JR, Block SD, Billings JA, Koritsanszky LA, Cunningham R, Wichmann L, et al. Improving Communication About Serious Illness in Primary Care. *JAMA Internal Medicine*. 2016 Sep 1;176(9):1380.
 6. Tripodoro VA. Palliative and hospice care: the challenges of caring for terminally ill patients, and their loved ones [Internet]. *The Conversation*. 2024. Available from: <https://theconversation.com/palliative-and-hospice-care-the-challenges-of-caring-for-terminally-ill-patients-and-their-loved-ones-241296>
 7. Liu YJ, Wu LP, Wang H, Han Q, Wang SN, Zhang J. The Clinical Effect Evaluation of Multidisciplinary Collaborative Team Combined with Palliative Care Model in Patients with Terminal Cancer: A Randomised Controlled Study. *BMC Palliative Care* [Internet]. 2023 Jun 13;22(1). Available from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-023-01192-7>
 8. Anscombe R, Middlemiss T. Palliative care in end-stage heart failure: experience of a collaborative approach in a secondary care setting. *Internal Medicine Journal*. 2019 Mar;49(3):404–7.
 9. Wu LF, Chu CM, Chen YG, Ho CL, Pan HH. Relationship between palliative care consultation service and end-of-life outcomes. *Supportive Care in Cancer*. 2015 Apr 26;24(1):53–60.
 10. Lin LS, Huang LH, Chang YC, Wang CL, Lee LC, Hu CC, et al. Trend analysis of palliative care consultation service for terminally ill non-cancer patients in Taiwan: a 9-year observational study. *BMC Palliative Care*. 2021 Nov 25;20(1).
 11. Sheldon FM. Dimensions of the role of the social worker in palliative care. *Palliative Medicine*. 2000 Sep;14(6):491–8.
 12. Zung WWK. The Measurement of Affects: Depression and Anxiety. *Modern Trends in Pharmacopsychiatry*. 2021;170–88.
 13. Hou T, Zhang T, Cai W, Song X, Chen A, Deng G, et al. Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. Soundy A, editor. *PLOS ONE*. 2020 May 29;15(5):e0233831.
 14. Vranas KC, Lapidus JA, Ganzini L, Slatore CG, Sullivan DR. Association of Palliative Care Use and Setting With Health-care Utilization and Quality of Care at the End of Life Among Patients With Advanced Lung Cancer. *Chest*. 2020 Dec;158(6):2667–74.
 15. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine* [Internet]. 2009;12(10):885–904. Available from: <https://smhs.gwu.edu/gwish/sites/gwish/files/jpm.2009.pdf>
 16. Keating NL, Beth Landrum M, Arora NK, Malin JL, Ganz PA, van Ryn M, et al. Cancer Patients' Roles in Treatment Decisions: Do Characteristics of the Decision Influence Roles? *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2010 Oct 1 [cited 2020 Aug 26];28(28):4364–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954135/>
 17. Schofield G, Dittborn M, Huxtable R, Brangan E, Selman LE. Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. *Palliative Medicine*. 2020 Dec 10;35(2):315–34.
 18. Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Medicine* [Internet]. 2021 Mar 12;9(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7958189/>
 19. Alcântara FA. Dilemas éticos em cuidados paliativos: revisão de literatura. *Revista Bioética*. 2020 Dec;28(4):704–9.

Нормативна база за палиативни грижи в България: изграждане, предизвикателства и перспективи (Част 1)

Мая Цакова

Palliative Care in Bulgaria: A Legal and Healthcare Perspective (Part 1)

Maya Tsakova

University Hospital for Active Treatment of Oncology - Sofia

Резюме

Палиативните грижи в България представляват специфична и важна част от здравната система, осигуряваща комплексни услуги за пациенти с тежки, хронични и терминални заболявания. Въпреки развитието на нормативната база, която регулира предоставянето на тези грижи, нуждаещите се продължават да се сблъскват с редица трудности. Статията

разглежда основните закони и наредби, които създават правната рамка за палиативната грижа в България, акцентира върху предизвикателствата, които срещат здравните специалисти и институции в процеса на осигуряване на адекватни грижи и посочва потенциалните области за развитие на сектора.

Abstract

Palliative Care in Bulgaria: A Legal and Healthcare Perspective

Palliative care in Bulgaria constitutes a critical component of the healthcare system, offering comprehensive services to patients suffering from severe, chronic, and terminal illnesses. Despite advancements in the legal framework governing the provision of these services, patients in Bulgaria continue to face significant challenges.

This article systematically examines the

primary legal provisions and regulatory norms that establish the legal framework for palliative care in Bulgaria. Furthermore, it elucidates the obstacles encountered by healthcare professionals and institutions in delivering adequate care. Additionally, the paper identifies potential areas for development within the palliative care sector.

Ключови думи: палиативни грижи, нормативна база, здравеопазване, предизвикателства, България

Въведение

Палиативните грижи се дефинират като подход за лечение, който има за цел да подобри качеството на живот на пациентите с прогресивни и неизлечими заболявания, като облекчи болката и другите симптоми, свързани с тях. Освен това те включват психосоциална подкрепа и грижи за семейството. Развитието на палиативните грижи в България преминава през различни етапи и все още се срещат сериозни предизвикателства в практическото им прилагане.

Целта на тази статия е да анализира основните нормативни актове, които регулират палиативните грижи в България, да изследва тяхното приложение и да обсъди съществуващите проблеми в контекста на здравната система. Също така ще се разгледат възможностите за усъвършенстване на политиките и практиките в тази важна област.

Материал и методи

Използван е документален метод за проучване и анализ на научна литература, нормативната уредба и международната практика в областта на палиативното лечение и палиативните грижи.

Резултати и обсъждане

1. Обща дефиниция на термина палиативна грижа

Палиативна грижа е подход за лечение, който се фокусира върху облекчаването на симптомите и страданията на пациентите с тежки, хронични или неизлечими заболявания, като целта не е да се лекува основното заболяване, а да се подобри качеството на живота им. Палиативната грижа обхваща както физическите, така и психосоциалните, емоционалните и духовните нужди на пациентите, като включва и подкрепа за техните семейства. Тя може да се прилага в различни етапи на болестта, не само в края на живота (World Health Organization, 2018).

Основни принципи на палиативната грижа включват:

1. Облекчаване на болката и симптомите – чрез медицински интервенции, които осигуряват комфорт (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

2. Подкрепа за емоционалните и психични нужди на пациента и неговото семейство (European Association for Palliative Care, 2019).

3. Интегриран подход, включващ екип от специалисти: лекари, медицински сестри, психолози, социални работници, свещеници и други (World Health Organization, 2018).

4. Ранно въвеждане на палиативни грижи за подобряване на качеството на живот още от диагностицирането на сериозно заболяване, не само в последния етап от живота (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

2. Възникване и развитие на палиативната грижа в исторически аспект

Палиативната грижа има дълга история, свързана с развитието на медицината и разбирането за нуждите на хората в края на живота. Първоначално грижата за умиращите пациенти е била основно сфера на действията на религиозни и общностни организации, които осигурявали емоционална и духовна подкрепа на хората, преминаващи през тежко заболяване или края на живота си (World Health Organization, 2018).

През 19-ти и началото на 20-ти век, в контекста на напредъка в медицинските науки и технологиите, се наблюдава и отделянето на грижите за умиращите от основната медицинска практика. Лекарите започват да се фокусират повече върху лекуването на заболявания, отколкото върху облекчаването на страданията на пациентите, които не могат да бъдат излекувани (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Тази промяна е свързана с нарастващото значение на технологиите и лекарствата, които поставят акцент върху удължаването на живота, но не непременно върху неговото качество.

Палиативната грижа, така както я познаваме днес, започва да се формира през 1960-70-те години. В този период, дейм Сесили Сандърс (медицинска сестра, социален работник и лекарят Сесилиан Ръсъл започват да се съсредоточават върху облекчаването на болката и симптомите на пациентите с неизлечими заболявания. Те полагат основите на съвременната палиативна грижа, като основната цел е не само да се облекчи физическата болка, но и да се осигури психосоциална и духовна подкрепа за пациентите и техните семейства (European Association for Palliative Care, 2019).

През 1967 г. в Лондон, Дороти Лий създава първата хосписна организация, която става модел за разширяването на палиативната грижа по целия свят. Тя използва подхода на холистичното лечение, което включва грижата

за физическото, психическото и духовното състояние на пациентите в края на живота си (World Health Organization, 2018).

През последните десетилетия, палиативната грижа се е развила в много страни, като стана признат и важен компонент от здравните системи, като се акцентира на комплексния и интегриран подход към пациентите с тежки заболявания. Организации като World Health Organization (WHO) и National Institute for Health and Care Excellence (NICE) активно популяризират и стандартизират палиативната грижа в глобален мащаб (World Health Organization, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Съществуването на палиативни грижи в съвременната здравна система показва голямото значение, което се отдава на качеството на живот на пациентите, което е по-широко и по-дълбоко разбрано от просто лечение на болести.

3. Обща регулаторна рамка за предоставяне на палиативна грижа в Република България

В Република България, палиативната грижа се регулира чрез различни нормативни актове, които целят да осигурят подходящо и ефективно облекчаване на страданията на пациентите с нелечими и прогресиращи заболявания. Основните нормативни разпоредби, свързани с палиативната грижа, са съдържащи се в Закона за здравето и други подзаконови нормативни актове, които дефинират условията и принципите на предоставяне на тези услуги.

3.1. Общ нормативен преглед на уредбата, свързана с дефиниране на понятието

В Закона за здравето се съдържат основните нормативни разпоредби, които регулират и рамкират въпроса за предоставянето на палиативна грижа. Тези разпоредби включват конкретни указания относно условията, при които може да се предостави палиативна грижа, както и кои пациенти имат право на такава грижа.

Чл. 95, ал. 1 от Закона за здравето гласи:

"При нелечими заболявания с неблагоприятна прогноза пациентът има право на палиативни медицински грижи." (Закон за здравето, 2011).

Тази разпоредба поставя основите на правото на пациентите с нелечими заболявания

да получават палиативни грижи, като признава необходимостта от осигуряване на качествена помощ в края на живота или при напреднали стадии на заболявания. За да се осигури подходяща палиативна грижа, законодателството предвижда участието на медицински специалисти, които да се грижат не само за облекчаване на болката, но и за физическите, емоционалните и психологическите нужди на пациентите.

Етична оценка и анализ: Нормативната формулировка на чл. 95 от Закона за здравето поставя важни, но не напълно изпълнени изисквания, които могат да доведат до значителни етични проблеми в практиката на предоставянето на палиативна грижа. Въпреки че текстът поставя акцент върху облекчаването на болката и страданията на терминално болния пациент, както и върху необходимостта от социална и психологическа подкрепа, липсата на ясни критерии и процедури за оценка на нуждите на пациента може да води до следните етични дилеми:

1. Несправедливо и неравномерно предоставяне на грижи: Без ясни критерии и дефиниции за обем и форма на палиативните грижи, съществува риск пациентите да не получат адекватна грижа в зависимост от техния социален и здравен статус. Например, пациенти с по-нисък социален статус или тези, които не могат да си позволят висококачествени грижи, може да бъдат лишени от необходимото им облекчаване на страданията. Това води до неравенство в достъпа до палиативни грижи, което противоречи на основните етични принципи за справедливост и равенство.

2. Неяснота и несигурност за пациентите и техните семейства: Липсата на ясно дефинирани насоки и критерии за предоставяне на палиативна грижа може да доведе до несигурност и объркване сред пациентите и техните близки. От етична гледна точка, това е проблем, защото пациентите и семействата им имат право да знаят какви грижи могат да очакват и как да се подготвят за процеса. Несигурността относно обема и вида на грижите, които ще получат, може да влоши психоемоционалното им състояние във вече труден момент.

3. Невъзможност за пълноценна оценка на нуждите на пациента: Липсата на конкретни указания за оценка на нуждите на пациента може да затрудни медицинските специалисти в предоставянето на индивидуализирани грижи. Палиативната грижа трябва да бъде адаптирана към конкретния пациент, като се вземат предвид неговите физически,

психологически, социални и духовни нужди. Без система за детайлна и персонализирана оценка, съществува риск за неадекватни интервенции или недооценяване на нуждата от определени видове подкрепа, което би нарушило правото на пациента на най-доброто възможно качество на живот в края на живота му.

4. Невъзможност за обективна преценка на нуждата от грижа: Липсата на дефинирани критерии затруднява както медицинските специалисти, така и самите пациенти да определят в какъв момент точно трябва да започнат палиативните грижи и какъв е необходимият обем на подкрепата. Това поставя под въпрос ефективността на процеса на вземане на решение, което е етично важно, тъй като пациентите и техните близки трябва да имат ясна представа за това как ще се погрижат за тях в най-трудните моменти от живота им.

Член 96 от Закона за здравето:

Чл. 96. (1) Палиативните медицински грижи се предоставят на пациенти с тежки и прогресиращи заболявания, при които не е възможно лечението да доведе до пълно излекуване, и които са в терминален стадий или на етап, в който продължаващото лечение не води до подобрение.

Чл. 96. (2) Палиативните грижи включват:

1. медицински грижи за облекчаване на болката и други симптоми, свързани с болестта;
2. психосоциална подкрепа за пациентите и техните близки;
3. помощ при осигуряване на социални и материални условия за достойно съществуване.

Чл. 96. (3) Палиативните грижи могат да се предоставят в болнични условия или в извънболнични (домашни) условия, в зависимост от нуждите на пациента и състоянието му.

Анализ на разпоредбите:

• **Чл. 96, ал. 1** дефинира основната цел на палиативните грижи, като предоставя на пациентите с терминални и прогресиращи заболявания медицинска помощ за облекчаване на болката и страданията. Въпреки че не се посочва конкретно кой може да осигури тези грижи (например, дали става въпрос за лекари, медицински сестри или други специалисти), разпоредбата категорично подчертава, че при сериозни заболявания с неблагоприятна прогноза пациентите имат право на такава грижа.

• **Чл. 96, ал. 2** разглежда видовете грижи,

които трябва да включват палиативната помощ: облекчаване на физическата болка, психосоциална подкрепа и осигуряване на социални условия за пациентите. Този член подчертава важността на холистичния подход към пациента, който обхваща не само медицински, но и психосоциални и материални нужди.

• **Чл. 96, ал. 3** предвижда възможността за предоставяне на палиативни грижи както в болнични условия, така и извън тях (в домашна обстановка), което е в съответствие с принципа на персонализирана грижа. Това позволява на пациентите да получат грижи в условия, които съответстват на тяхното здравословно състояние и предпочитания.

Оценка и анализ от етична гледна точка:

Въпреки че разпоредбите обобщават основните насоки за предоставянето на палиативни грижи, остава неясно как ще се реализират и координират тези грижи в практиката. За осигуряване на ефективност е необходимо да се конкретизират механизмите за контрол, както и критериите за оценка на нуждите на пациентите, за да се гарантира, че палиативните грижи са наистина адекватни и достъпни за всички, които имат нужда от тях.

В закона за лечебните заведения се урежда устройството и дейността на лечебните заведения в Република България

Чл. 27 от Закона за лечебните заведения определя "дом за медико-социални грижи за пълнолетни лица" като лечебно заведение, което осигурява продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица над 18-годишна възраст с хронични заболявания и инвалидизиращи състояния. Такива заведения предоставят не само медицински услуги, но и социална подкрепа, особено за лица с хронични заболявания и медико-социални проблеми. Според дефиницията, тези заведения се явяват най-близки до хосписите, които също се грижат за пациенти с прогресивни заболявания в напреднал стадий и терминални състояния.

Чл. 28 от Закона за лечебните заведения продължава темата, разписвайки условията и изискванията за функциониране на тези заведения, като конкретизира как те трябва да бъдат организирани и какъв тип грижи да предоставят. Тези разпоредби подчертават важността на интегрирането на медицинска и социална грижа за подобряване на качеството на живот на хора с хронични и инвалидизиращи заболявания. Налице са значителни слаби звена в чл. 27 и чл. 28 от Закона за лечебните заведения:

1. Неясни критерии и стандарти за качество на грижите

• **Чл. 27** определя основната роля на домовете за медико-социални грижи, но не предоставя ясни и детайлни критерии за качеството на предоставяната грижа. Например, макар да се споменават медицинското наблюдение и специфичните грижи, не са включени подробни стандарти за това как тези грижи трябва да се предоставят. Не е уточнено какви са минималните изисквания за медицинския персонал, квалификацията им, и какъв е стандартът на медицинското оборудване и условия.

• **Чл. 28** се опитва да разпише условията за функциониране, но отново не предоставя ясни и конкретни насоки как точно да се реализират тези условия в практиката. Липсата на регламент за това как да се измерва и контролира качеството на грижите води до възможността за несъответствия и пропуски в предоставянето на необходимите услуги.

2. Липса на конкретни механизми за контрол и мониторинг

• **Чл. 27** и **чл. 28** не предвиждат конкретни механизми за систематичен контрол на тези заведения. Няма достатъчно ясно посочени регулаторни органи или процедури, които да следят дали заведенията за медико-социални грижи изпълняват изискванията и осигуряват грижи в съответствие със законовите разпоредби. Липсата на конкретни органи за мониторинг може да доведе до неправомерни практики, като недостиг на персонал или недостатъчни условия за пациентите.

3. Неяснота относно отговорността на медицинските и социални специалисти

• **Чл. 27** посочва, че "медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение и специфични грижи", но не уточнява как точно ще бъде координирана работата между различните специалисти, например, лекари, медицински сестри и социални работници. Без ясна дефиниция на отговорностите и задълженията на всеки специалист в процеса на грижа може да възникнат ситуации на неяснота и неефективност, особено когато става въпрос за комплексни случаи с хронични и инвалидизиращи заболявания.

4. Необосновано разширение на обхвата на "дом за медико-социални грижи"

• **Чл. 27** разширява понятието за "дом за медико-социални грижи" като включва не само продължително медицинско наблюдение, но и социални грижи за хора с хронични

заболявания и инвалидизиращи състояния. Въпреки че това може да е полезно за пациенти, които имат нужда от комбинирани грижи, самата дефиниция е твърде широка и не уточнява как точно ще се осигури необходимата грижа за пациентите с различни медицински и социални потребности. Това може да доведе до ситуации, в които заведенията не разполагат с достатъчни ресурси или персонал за пълноценно обслужване на всички пациенти, които попадат под тази категория.

5. Неефективна интеграция на палиативната и дългосрочната грижа

• Възможно е домовете за медико-социални грижи да не бъдат достатъчно подготвени за предоставяне на палиативни грижи, въпреки че чл. 27 ги поставя в контекста на дългосрочни медицински и социални грижи. Палиативната грижа има специфични изисквания, които изискват специализирано обучение на персонала, подходящо оборудване и осигуряване на комфорт за пациентите в терминален стадий. Няма ясна регулация за това как тези домове трябва да се подготвят за палиативна грижа, което може да създаде значителни пропуски в грижата за пациентите с нужда от такъв тип грижа.

6. Пропуски в социалната и психологическа подкрепа

• Законът посочва, че домовете за медико-социални грижи трябва да осигуряват социална подкрепа за пациентите, но не съдържа конкретни указания за това как социалната и психологическа подкрепа трябва да се предоставят. Това оставя възможност за различни интерпретации, които могат да доведат до неадекватно предоставяне на услуги. Пациентите с хронични заболявания и инвалидизиращи състояния често изпитват значителен психологически стрес и социална изолация, което изисква систематичен и добре организиран подход за социална подкрепа.

7. Неяснота относно ресурсите и финансирането

• И двата члена (27 и 28) не предоставят достатъчно информация за това какви ресурси (финансови, човешки и материални) трябва да бъдат осигурени за ефективното функциониране на домовете за медико-социални грижи. Липсата на ясни механизми за финансиране и ресурсно осигуряване може да доведе до ситуации на недостатъчност на персонал и оборудване, което директно ще влияе на качеството на грижите.

Съществуват и няколко наредби като:

• **Наредба № 6 от 07.06.2018 г.** относно

медицинския стандарт за „Медицинска онкология“ уточнява в точка 6.1.8, че пациентите имат право на палиативни грижи при неблагоприятно развитие на заболяването.

• **Наредба № 49 от 18.10.2010 г.** за изискванията към устройството, дейността и вътрешния ред на болничните заведения и домовете за медико-социални грижи регламентира чл. 176, че болничните заведения могат да създават клиники или отделения за палиативни грижи с не по-малко от 5 легла за тази цел. В допълнителните разпоредби на наредбата (т. 11) е посочено, че „легло за палиативни грижи“ представлява болнично легло, предназначено за предоставяне на палиативна грижа на пациенти с онкологични и неонкологични заболявания в терминален стадий.

• **Наредба № 19 от 22.07.1999 г.** относно регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписи е издадена на основание чл. 41, ал. 2 от Закона за лечебните заведения. Тя дефинира лечебните заведения, които се вписват в регистъра, както и условията за регистрация и процедурата за заличаване от регистъра.

При тези наредби се очертават следните слаби звена:

• **Минимален брой легла:** Изискването за минимум 5 легла за палиативни грижи може да бъде неподходящо за малки болнични заведения или за региони с ограничен брой пациенти.

• **Ограничаване до болнични заведения:** Наредбата не включва ясна рамка за осигуряване на палиативни грижи в извънболнична среда или в домашни условия, които често са предпочитани от пациентите и семействата им.

• **Липса на насоки за персонала:** Не се посочва необходимата квалификация или обучение на медицинския персонал, който ще предоставя палиативните грижи, като при Наредба № 19 от 22.07.1999. Наредбата е насочена основно към процедурите по регистрация на лечебни заведения и хосписи, но липсва

информация за изискванията към качеството на услугите, които те трябва да предоставят.

• **Остарял подход:** Наредбата е сравнително стара и не отчита развитието на съвременните стандарти за палиативни грижи, което може да създаде правни или организационни празноти.

• **Неадекватно отчитане на нуждите на пациентите:** Няма специфични изисквания за индивидуализация на грижите спрямо нуждите на пациентите.

Заклучение

Като цяло, нормативната уредба, свързана с палиативните грижи в България, показва усилия за регулиране и гарантиране на правото на тези грижи за пациентите. Въпреки това, съществуват редица слабости, които ограничават ефективността и достъпността им. Липсата на яснота относно съдържанието на услугите, финансирането, изискванията към квалификацията на персонала и интеграцията между различните наредби създават бариери пред прилагането на качествени и устойчиви палиативни грижи.

Препоръки

За преодоляване на тези предизвикателства е необходимо:

- Актуализиране на съществуващите наредби, за да отразяват съвременните стандарти и практики;
- Осигуряване на по-добра координация между различните нормативни актове;
- Разработване на механизми за контрол, отчетност и финансиране;
- Въвеждане на обучения за медицинския персонал и повишаване на информираността сред обществеността.

Със засилване на нормативната рамка и нейното приложение, палиативните грижи могат да бъдат трансформирани в интегрална част от здравеопазването, която ефективно да отговаря на нуждите на пациентите и техните семейства.

Библиография

1. WHO Definition of palliative care, 1190 – <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. International Association for Hospice and Palliative Care, Hospice/Palliative Care 2019
3. Бойчева Ц. Организация и управление на палиативните грижи. Дисертация, Медицински университет – София, 2021.
4. International Association for Hospice and Palliative Care, Hospice/Palliative Care 2019 National Institute for Health and Care Excellence, (2017).

Нормативна база за палиативни грижи в България: изграждане, предизвикателства и перспективи (Част 2)

Мая Цакова

УСБАЛ по онкология - София

Palliative Care in Bulgaria: A Legal and Healthcare Perspective (Part 2)

Maya Tsakova

University Hospital for Active Treatment of Oncology - Sofia

Резюме

Палиативните грижи в България представляват специфична и важна част от здравната система, осигуряваща комплексни услуги за пациенти с тежки, хронични и терминални заболявания. Въпреки развитието на нормативната база, която регулира предоставянето на тези грижи, нуждаещите се продължават да се сблъскват с редица трудности. Статията

разглежда основните закони и наредби, които създават правната рамка за палиативната грижа в България, акцентира върху предизвикателствата, с които се срещат здравните специалисти и институции в процеса на осигуряване на адекватни грижи, и посочва потенциалните области за развитие на сектора.

Abstract

Palliative Care in Bulgaria: A Legal and Healthcare Perspective

Palliative care in Bulgaria constitutes a critical component of the healthcare system, offering comprehensive services to patients suffering from severe, chronic, and terminal illnesses. Despite advancements in the legal framework governing the provision of these services, patients in Bulgaria continue to face significant challenges.

This article systematically examines the

primary legal provisions and regulatory norms that establish the legal framework for palliative care in Bulgaria. Furthermore, it elucidates the obstacles encountered by healthcare professionals and institutions in delivering adequate care. Additionally, the paper identifies potential areas for development within the palliative care sector.

Ключови думи: палиативни грижи, нормативна база, здравеопазване, предизвикателства, България

Въведение

Палиативните грижи биват определяни като подход за лечение, който има за цел да подобри качеството на живот на пациентите с прогресиращи и неизлечими заболявания, като облекчи болката и другите симптоми, свързани с тях. Освен това те включват психосоциална подкрепа и грижи за семейството. Развитието на палиативните грижи в България преминава през различни етапи и все още се срещат сериозни предизвикателства в практическото им прилагане.

Тази статия се явява продължение на анализа на основните нормативни актове, които регулират предоставянето на палиативни грижи в България, и изследва проблеми в контекста на нормативната уредба, определяща функционирането на палиативната грижа в здравната система на България и разглежда възможностите за усъвършенстване на политиките и практиките в тази важна област.

Материал и методи

Използван е документален метод за проучване и анализ на научна литература, нормативната уредба и международната практика в областта на палиативното лечение и палиативните грижи.

1. Закон за здравето и основни принципи на палиативната грижа

Законът за здравето (33), приет през 2004 г., е основният нормативен акт, регулиращ предоставянето на здравни услуги в България. Той очертава основните принципи, на които трябва да се базират здравните грижи, включително палиативните грижи. Според 33 всяко лице има право на достъп до здравни услуги, които включват облекчаване на болката и страданията при неизлечими заболявания, като това е част от всеобхватната медицинска помощ.

Чл. 1 и 2 от 33 дефинират здравната система като такава, която трябва да осигури равен достъп до качествени здравни услуги. Въпреки че законът не отделя специално палиативните грижи, тяхната интеграция в цялостната здравна система е изрично посочена като необходимост. Палиативните грижи трябва да бъдат част от основната медицинска помощ, която се предоставя на пациентите в терминални стадии на заболявания.

2. Закон за правата на пациентите

Законът за правата на пациентите (ЗПП), приет през 2004 г., гарантира основни права на

гражданите по отношение на здравните услуги. Той изрично предвижда правото на пациента да бъде информиран за своето здравословно състояние и да взема решения относно лечението си, включително да избира палиативни грижи, ако реши да прекрати активното лечение.

Основни разпоредби, които касаят палиативните грижи:

- **Чл. 3:** Пациентите имат право да получат информация за състоянието си и възможностите за лечение, включително за палиативните грижи.

- **Чл. 10:** Пациентите имат право да получават палиативни грижи, съобразени с индивидуалните им нужди, като тези грижи се предоставят в съответствие с етичните и медицински стандарти.

- **Чл. 17:** Изисква здравните заведения да предоставят палиативни грижи в съответствие с необходимите стандарти за качество и безопасност.

Това правно основание дава свобода на пациентите да избират между различни форми на лечение и да бъдат активни участници в процеса на своето лечение, което включва и възможността да се откажат от активно лечение в полза на палиативни грижи.

3. Наредба № 3 за условията и реда за предоставяне на палиативни грижи

Наредба № 3 от 14 януари 2010 г. е ключов подзаконов акт, който детайлно регламентира условията и реда за предоставяне на палиативни грижи в България. Тя определя специфичните изисквания за предоставяне на тези грижи в различни контексти, като болнични заведения, хосписи и домашни условия. Основните положения на наредбата включват:

- **Чл. 1:** Палиативните грижи обхващат медицински, психосоциални и духовни услуги за пациенти в терминални стадии на заболявания.

- **Чл. 3:** Палиативните грижи могат да се предоставят в болници, хосписи, както и в домашни условия, ако пациентът не може да бъде хоспитализиран.

- **Чл. 5:** Лечебните заведения, които предлагат палиативни грижи, трябва да бъдат лицензирани и да осигуряват подходящи условия, включително квалифицирани медицински екипи.

Наредбата подчертава важността на комплексната грижа и сътрудничеството между различни здравни специалисти, включително лекари, медицински сестри, психолози и социални работници.

4. Наредба за медицинската експертиза

Наредбата за медицинската експертиза, приета през 2008 г., е изключително важен акт за определяне на необходимостта от палиативни грижи. Тя регламентира как се оценява здравословното състояние на пациентите в терминален стадий и какви грижи трябва да получават.

Процедурата за медицинска експертиза включва преглед от медицински специалисти, които да определят дали пациентът е в терминален стадий и дали е необходимо да започне палиативно лечение. Това се извършва чрез обстойна диагностика и оценка на клиничното състояние на пациента.

5. Закон за наркотичните вещества и прекурсорите

Законът за наркотичните вещества и прекурсорите (1999) има важно значение за контрола върху използването на обезболяващи средства, които са ключови в палиативната грижа. Опиоидите, като морфин и хероин, често се използват за облекчаване на силната болка при терминални пациенти. Законът регулира условията за предписване, съхранение и употреба на тези вещества в палиативните грижи, за да се осигури тяхното безопасно и ефективно използване.

Проблеми и предизвикателства

1. Недостатъчно финансиране

Въпреки че палиативните грижи са частично финансирани чрез **Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)**, те продължават да страдат от недостатъчно ресурси. Финансовото

покрите не обхваща всички необходими услуги, като дългосрочни болнични грижи и хосписи, а самите пациенти често трябва да покриват част от разходите си.

2. Липса на обучени специалисти

Недостигът на обучени специалисти в палиативната медицина е един от основните проблеми. В България няма достатъчно медицински кадри, които да предоставят качествени палиативни грижи, като обучението по специалността е ограничено и се нуждае от реформи.

3. Достъпност на услугите

Достъпът до палиативни грижи е ограничен, особено в отдалечени региони на България. Много пациенти нямат възможност да получат необходимата грижа поради липса на специализирани заведения и квалифициран персонал извън големите градове.

Заклучение

Нормативната база за палиативни грижи в България е изключително важна за осигуряването на качествени здравни услуги на пациенти с терминални заболявания. Въпреки наличието на съществени законови и подзаконови актове, както и на усилия за осигуряване на финансова подкрепа и образование на специалисти, секторът се сблъсква с множество проблеми, като недостиг на ресурси и квалифицирани специалисти. За постигането на ефективно и устойчиво развитие на палиативните грижи в България е необходима комплексна реформа в здравната система, която да гарантира пълноценно и равноправно осигуряване на палиативни грижи за всички пациенти.

Литература

1. Закон за здравето на Република България, ДВ бр. 70/2004.
2. Закон за правата на пациентите, ДВ бр. 46/2004.
3. Наредба № 3 от 14 януари 2010 г. за условията и реда за предоставяне на палиативни грижи, ДВ бр. 12/2010.
4. Наредба за медицинската експертиза, ДВ бр. 56/2008.

Пристрастяването като хронична болест и инвалидност

Никола Пировски

Секция Философия на науката и Проблемна група по философия и социология на медицината ИФС-БАН, докторант

Addiction as a chronic disease and disability

Nikola Pirovski

Section Philosophy of Science and Problem Group on Philosophy and Sociology of Medicine IFS-BAS, Sofia, 1040, 15 November Str., PhD student

Резюме

Въведение

Пристрастяването не е просто въпрос на воля или морален избор – а група хронични заболявания, които водят до сериозни промени в мозъчната химия и функция. Те често причиняват значителна инвалидност, както на когнитивно, така и на социално и икономическо ниво.

Цел

Обсъждане на пристрастяването като инвалидност и необходимите в този смисъл дългосрочни интервенции, медицинско лечение, психотерапия и рехабилитация. С напредъка на науката и разширяването на разбирането за зависимостите като болест, обществото може да се движи към по-състрадателен и ефективен подход за лечение и подкрепа на зависимите лица.

Материали и методи

Проучването е обзорно, по литературни данни.

Резултати

Определението за увреждане е в няколко различни контекста, тъй като се отнася до

пристрастяването, и трябва да демонстрира поне един от три елемента: Физическо или умствено увреждане, което съществено ограничава една или повече основни житейски дейности; Документация на съществено ограничаващо увреждане; Класифициране като жертва на инвалидизиращо увреждане. „Основните житейски дейности“ включват „грижа за себе си, извършване на ръчни задачи, ходене, виждане, слух, говорене, дишане, учене и работа“; „Значително ограничаващо“ е „неспособен да извършва основна жизнена дейност, която средният човек в общата популация може да изпълнява“. Фактори, които влияят на това определяне са естеството и тежестта на увреждане, неговата продължителност и въздействието. Трудно е емпирично да се установи кога увреждането на индивида „значително ограничава“ производителността му в сравнение с производителността на човек без увреждане, така че това позволява различни интерпретации. Концептуален модел на уврежданията, дължащи се на пристрастяващи разстройства вече е наличен.

Обсъждане

Тези, които възразяват срещу грижата за хора с разстройствата при употреба на веще-

ства, обикновено се застъпват за морални аргументи. Тези, които са съгласни с грижата за хората с разстройства, свързани с пристрастявания, отстояват тезата, че обществото няма способността да определя степента до колко поведение е доброволно в дадения контекст.

Заклучение

Зависимостите не са просто въпрос на воля или морален избор – те са хронични заболявания, които водят до сериозни промени в мозъчната химия и функция. Те често причиняват значителна инвалидност, както на когнитивно и соматично, така и на социално и

икономическо ниво. Справянето със зависимостите изисква дългосрочни интервенции, включително медицинско лечение, психотерапия и рехабилитация. С напредъка на науката и разширяването на разбирането за зависимостите като болест, обществото може да се движи към по-състрадателен и ефективен подход за лечение и подкрепа на зависимите лица.

Ключови думи: Зависимост, пристрастяване, инвалидност, философия.

Изследването е подкрепено от научен проект 16/24 „Анатомични илюстрации“, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България.

Abstract

Introduction

Addiction is not simply a matter of will or moral choice – it is a group of chronic diseases that lead to serious changes in brain chemistry and function. They often cause significant disability, both cognitively and socially and economically.

Aim

Discuss addiction as a disability and the long-term interventions, medical treatment, psychotherapy, and rehabilitation that are necessary. As science advances and understanding of addiction as a disease expands, society can move toward a more compassionate and effective approach to treating and supporting addicts.

Materials and methods

The study is a review, based on literature data.

Results

The definition of disability is in several different contexts as it relates to addiction, and must demonstrate at least one of three elements: A physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities; Documentation of a substantially limiting disability; Classification as a victim of a disabling disability. "Major life activities" include "self-care, manual tasks, walking, seeing, hearing, speaking, breathing, learning, and working"; "Substantially limiting" is "unable to perform a major life activity that the average person in the general population can perform." Factors that influence this determination include the nature

and severity of the impairment, its duration, and its impact. It is difficult to establish empirically when an individual's impairment "substantially limits" their productivity compared to the productivity of a person without an impairment, so this allows for different interpretations. A conceptual model of impairments due to addictive disorders is now available.

Discussion

Those who object to the care of people with substance use disorders usually advocate moral arguments. Those who agree with the care of people with addiction-related disorders argue that society does not have the ability to determine the extent to which behavior is voluntary in a given context.

Conclusion

Addictions are not simply a matter of will or moral choice – they are chronic diseases that result in profound changes in brain chemistry and function. They often cause significant disability, both cognitively and somatically, as well as socially and economically. Dealing with addictions requires long-term interventions, including medical treatment, psychotherapy, and rehabilitation. As science advances and the understanding of addictions as a disease expands, society can move toward a more compassionate and effective approach to treating and supporting addicted individuals.

Key words: Dependence, addiction, disability, philosophy.

This study was supported by scientific project 16/24 "Anatomical illustrations", Medical Faculty,

Trakia university, Stara Zagora, Bulgaria.

Въведение

Зависимостите, като например към вещества (алкохол, наркотици) или поведения (хазарт, хранителни разстройства), представляват глобален здравен проблем с огромни социални и икономически последици. Въпреки че често се възприемат като личен избор или поведенческа слабост, все повече изследвания сочат, че зависимостите са хронични болести, сравними с други заболявания като диабет или хипертония. Моделът на пристрастяването като болест го разглежда като предимно медицински проблем и извежда медицинското лечение като приоритет при справянето с пристрастяването. След като пристрастяването се разглежда като хроничен процес, водещ до инвалидност (независимо дали е също заболяване или не), различни опасения излизат на преден план [1]. Зависимостите не само оказват значителен ефект върху здравето на индивида, но често водят до инвалидност, като ограничават възможностите за нормално функциониране в ежедневието и социалното взаимодействие. Хората със зависимост са изправени пред значителна дискриминация в ежедневието си [2]. Понякога зависимостите са следствие от предхождаща инвалидност или обратното. Чрез намаляване на възможностите, погрешните вярвания и стигмата и предлагане на гъвкави подходи за лечение заедно с необходимото приспособяване, хората с увреждания, които също са пристрастни, трябва да бъдат подкрепени за намаляване на употребата на нездравословни вещества и по пътя им към възстановяване [3]. Определението за увреждане може да се разгледа в няколко различни направления, тъй като се отнася до контекста на пристрастяването.

Пристрастяването се характеризира с: желание за употреба, липса на контрол, променен толеранс, абстиненция, конкуренция и хипобулия; с краткосрочните и дългосрочните ефекти причиняващи увреждания.

Тази статия ще разгледа зависимостите като хронично заболяване, техния механизъм на действие в мозъка, как те могат да доведат до инвалидност и как съвременната медицина ги третира.

Цел

Обсъждане на пристрастяването като инвалидност и необходимите в този смисъл дългосрочни интервенции, медицинско лечение, психотерапия и рехабилитация. С напредъка на науката и разширяването на разбирането за зависимостите като болест, обществото може да се движи към по-състрадателен и ефективен подход за лечение и подкрепа на зависимите лица.

Материали и методи

Проучването е обзор на литературни данни.

Резултати

Определението за увреждане е в няколко различни контекста, тъй като се отнася до пристрастяването, и трябва да демонстрира поне един от три елемента: Физическо или умствено увреждане, което съществено ограничава една или повече основни житейски дейности; Документация на съществено ограничаващо увреждане; Класифициране като жертва на инвалидизиращо увреждане. „Основните житейски дейности“ включват „грижа за себе си, извършване на ръчни задачи, ходене, виждане, слух, говорене, дишане, учене и работа“ „Значително ограничаващо“ е „неспособен да извършва основна жизнена дейност, която средният човек в общата популация може да изпълнява“. Фактори, които влияят на това определяне са естеството и тежестта на увреждане, неговата продължителност и въздействието. Трудно е емпирично да се установи кога увреждането на индивида „значително ограничава“ производителността му в сравнение с производителността на човек без увреждане, така че това позволява различни интерпретации. Концептуален модел на уврежданията, дължащи се на пристрастяващи разстройства, вече е наличен [4].

Краткосрочни и дългосрочни ефекти на наркотиците и алкохола, които могат да причинят увреждания. Повечето наркотици, с които се злоупотребява, могат да причинят обратими неблагоприятни последици за здравето при еднократна или краткотрайна злоупотреба. Дългосрочните физически ефекти

на различните вещества варират значително. Уврежданията, произтичащи от употребата на наркотици, включват: човешки имунодефицитен вирус, затруднения с памет или когнитивни способности, клинична депресия и психоза, предизвикана от лекарства, увреждане на мозъка от наранявания, получени по време на въздействието на лекарство и мускулно-скелетни увреждания, произтичащи от наранявания на гръбначния мозък. Хора, които злоупотребяват с наркотици е най-вероятно да станат инвалиди поради нарушена функция, докато са под влияние на лекарството (напр. падания и наранявания от злополуки или наранявания от шофиране в нетрезво състояние). Синтетичните канабиноиди са много силни увреждащи фактори със силно нарушаване на психичната дейност до степен на психоза дори при еднократна употреба. Има регистрирани случаи на инавалидизация и смърт дори при еднократна злоупотреба, като например скачане от високи сгради след употреба на психотици. Може да се говори даже за епидемия от смъртни случаи, свързани с предозиране на наркотици [5].

Хроничност и рецидиви. Както и други хронични болести (напр. диабет или астма), зависимостите имат тенденция да рецидивират. След епизод на ремисия, при минимално излагане на отключващо събитие, т.н. тригери (напр. лична или социална криза), зависимият може да изпита подновено желание да употребява веществото или да се ангажира с вредно поведение (напр. при хазарт). Важен момент е разбирането, че зависимостта не е въпрос само на слабост на волята. Това е невробиологична болест, която включва промени в мозъчната структура и функция.

Механизъм на зависимост. Зависимостите се развиват в резултат на дълбоки промени в мозъчните вериги, особено тези, свързани с възнаграждението, мотивацията и контрола на импулсите. Основната част от тези системи включва опиоидната и допаминовата система. При злоупотреба с вещества, мозъкът започва да произвежда необичайно високи нива на допамин в отговор на веществото или поведението. Това води до хронично променени невротрансмитерни сигнали, при които естествените награди (напр. социално взаимодействие, хранене) вече не носят същото удоволствие. Невроадаптациата води до необходимостта от по-големи количества от веществото или по-често участие в поведението, за да се постигне същото чувство на удоволствие или облекчение, което води до

порочен цикъл. Зависимостите имат генетична компонента, като наследствеността на склонността към зависимост е около 50%. Това означава, че хора с фамилна анамнеза за зависимости са по-податливи към развитието на тези заболявания. Социалните фактори, средата, стресът и ранните травматични преживявания също играят важна роля за отключването на зависимостта и изхода от терапията.

Зависимостите като инвалидност. Инвалидност в контекста на зависимостите е състояние, при което човек не може да извършва ежедневните си дейности и да изпълнява присъщите за него социални роли поради физическо, психическо или сензорно увреждане. Зависимостите често водят до социална и функционална инвалидност, което означава, че индивидът изпитва сериозни затруднения в личните, социални и професионални аспекти на живота си. Пример за това е човек, страдащ от алкохолна зависимост, който не може да поддържа стабилна работа, има влошени семейни отношения и е изолиран от обществото. По драстичен пример е този на дете, което не посещава училище, няма приятели и не участва в обществени дейности, поради зависимост към компютърни игри. Екранната зависимост за момента не е класифицирана като болест, засяга голяма част от популацията и се развива незабелязано и бързо. Тепърва ще се измерва инвалидизиращият ефект от пристрастяването към социални мрежи и приложения. Отговорността в тези случаи без съмнение е както на родителите, така и на обществото, което не е успяло да ги информира и подготви правилно, за да се справят с киберрисковете. По-голям риск от злоупотреба с вещества има при хора с предшестващи умствени и физически увреждания както и хора, които имат предходна история да злоупотребяват с вещества, както и деца, родени от майки със зависимости. Възможно е и заразяване с потенциално инвалидизиращи или потенциално фатални инфекциозни заболявания като вирус на човешка имунна недостатъчност, туберкулоза и вирус на хепатит С.

Дали зависимите носят по-голяма отговорност за болестта и инвалидизацията си от другите хронично болни? Дали заслужават същата помощ и облекчения? Зависимостите причиняват структурни промени в мозъка, които могат да доведат до когнитивни увреждания. Например дългосрочната употреба на алкохол или наркотици може да предизвика атрофия на мозъчните структури като пре-

фронталната кора (свързана с вземането на решения и контрола на импулсите) и хипокампуса (свързан с паметта и ученето). Тези промени могат да доведат до затруднения в паметта, слаба концентрация, и намалена способност за вземане на рационални решения, които влошават качеството на живот и способността за работа. Социалната и икономическата инвалидност са свързани със социална изолация поради стигматизацията и загубата на социални мрежи. Зависимите често губят работата си, финансовата си стабилност и имат влошено психическо и физическо здраве. В тежки случаи зависимостта може да доведе до пълна загуба на социална функционалност и човекът да стане неспособен да се грижи за себе си, изпадайки в тежка форма на инвалидност.

Профилактика, лечение и рехабилитация. В момента зависимостите се лекуват чрез мултидисциплинарни подходи, включващи както лечебна гимнастика, трудова терапия, арт терапия, медикаментозна терапия, така и психотерапевтични и социални интервенции. Медикаменти като налтрексон, метадон, и буфренорфин се използват за управление на зависимости към опиати, като блокират или намаляват ефектите на опиатите, намалявайки жаждата и предотвратявайки рецидиви. В лечението на алкохолна зависимост, дисулфирам и акомпрозат са използвани за намаляване на желанието за пиене и предотвратяване на релапс. Когнитивно-поведенческата терапия (CBT) е един от основните психотерапевтични методи за лечение на зависимости. Тя помага на хората да идентифицират и променят отрицателните модели на мислене и поведение, свързани със зависимостта. Мотивационното интервюиране (MI) се използва за увеличаване на вътрешната мотивация на пациентите да се справят със зависимостта, като ги подтиква към осъзнаване на последствията от поведението им. Програмите за рехабилитация осигуряват подкрепяща среда, в която индивидите могат да се възстановят от зависимостта чрез обучение, психотерапия и социални взаимодействия. Групи за подкрепа, като Анонимни алкохолици (AA) или Анонимни наркозависими (АН), играят важна роля в поддържането на дългосрочната ремисия чрез социална подкрепа и споделяне на опит. В Стара Загора се инициира проект за акатист в помощ на наркозависими [6]. Обсъждат се нововъзникващи подходи за управление на възстановяването, техники за подобряване на непрекъснатостта на грижите, наблюдение по време на периоди на въз-

държание и ранна повторна интервенция, самоконтрола, взаимопомощта и други подпомагания за възстановяване, и интервенции на системно ниво [7]. Въпреки медицинският консенсус за зависимостите като инвалидизиращо заболяване, в някои държави има законови затруднения за практическото обезпечаване на тези пациенти с прехвърляне на отговорността за това между различни бюджети [8]. Съвременното законодателство за хората с увреждания често включва зависимостта в категорията на увреждането. Изборът да се изключи пристрастяването от това законодателство може да създаде ненужни бариери за тези хора със зависимости. С включването на зависимостите в законодателството за хората с увреждания хората със зависимости се разглеждат в по-положителна светлина, както от самите тях, така и от обществото като цяло. Тази по-положителна конструкция би идентифицирала и подпомогнала създаването на промяна в обществените възприятия [9]. Тези, които възразяват срещу грижата за хора с разстройства при употреба на вещества, обикновено се застъпват за морални аргументи. Тези, които са съгласни с грижата за хората с разстройства, свързани с пристрастявания, отстояват тезата, че обществото няма способността да определя степента до колко поведение е доброволно в дадения контекст. Има и емпирични доказателства, че увреждания и пристрастяването са биоповеденчески, и че то е мозъчно заболяване [10]. Въпросът за пристрастяването като инвалидност може да доведе и до конфликт на интерпретациите в медицината, подобно на примера, разгледан в книгата на проф. Ивков [11]. Надежди се възлагат на „прецизната психиатрия“, като медицински модел, който би могъл да изясни темата [12].

Заклучение

Зависимостите не са просто въпрос на воля или морален избор – те са хронични заболявания, които водят до сериозни промени в мозъчната химия и функция. Те често причиняват значителна инвалидност, както на когнитивно и соматично, така и на социално и икономическо ниво. Справянето със зависимости изисква дългосрочни интервенции, включително медицинско лечение, психотерапия и рехабилитация. С напредъка на науката и разширяването на разбирането за зависимости като болест, обществото може да се движи към по-състрадателен и ефективен подход за лечение и подкрепа на зависимите лица.

Correspondence:

Nikola Pirovski, pirovsky@abv.bg

Благодарности

Изследването е подкрепено от научен проект 16/24 „Анатомични илюстрации“, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България.

Литература

1. Maier, J.T. Addiction is a disability, and it matters. *Neuroethics*, 14(3) (2021) 467–477.
2. Bunn, R. Conceptualizing addiction as disability in discrimination law: A situated comparison. *Contemporary Drug Problems*, 46(1) (2019) 58–77.
3. Reif, S.; Lee, M.T.; Ledingham, E. The intersection of disability with substance use and addiction. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health* (2023).
4. Sarkar, S.; Das, N. Disabilities in addictive disorders. In: *The Palgrave Encyclopedia of Disability*, Springer Nature Switzerland (2024) 1–9.
5. Hirsch, J.A.; Mandel, S.; Hegmann, K.T.; Stratyner, A.G.; Gitlow, S.; Talmage, J.B.; Brigham, C.R. Considerations for determining whether drug addiction is a disability. *AMA Guides® Newsletter*, 28(2) (2023) 1–38.
6. Илиев, Б. С акатист помагат на наркозависими в Стара Загора [Официален сайт]. Православие.БГ, 2018, <https://www.pravoslavie.bg/>. Последен достъп: 26.09.2024.
7. Dennis, M.; Scott, C.K. Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1) (2007) 45.
8. Selver, M. Disability benefits and addiction: Resolving an uncertain burden. *NYU Law Review*, 91 (2016) 954.
9. O'Flaherty, J. Addiction as disability: Implications within legislation. *The Post*, 2(1) (2016).
10. Le Fauve, C.E. Disability and addiction. *Addiction Medicine: Science and Practice* (2010) 1459–1486.
11. Ивков, Б. (2022). Конфликт на интерпретациите в медицината и здравеопазването.
12. Fernandes, Brisa S., et al. "The new field of 'precision psychiatry'." *BMC medicine* 15 (2017): 1-7.

