

ОЦЕНКА НА ФУНКЦИОНИРАЩАТА НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЩИНА СОФИЯ СИСТЕМА ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

I. ЦЕЛ И ОПИСАНИЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Резултатите представени в настоящия доклад са продукт от проведено социологическо проучване в период от месец юни до месец август 2009 година. Основните методи за набиране на информация са: пряка индивидуална анкета, дълбочинното интервю и фокус-групова дискусия. При провеждането на изследователския терен бяха реализирани и анализ на документи и свободни наблюдения, подробно описани от изследователския екип.

Основната цел на проекта е анализ в дълбочина на организацията и основните проблеми при функционирането на институциите, ангажирани с грижата за хора с тежки психични разстройства и увреждания. Резултатите следва да помогнат за по-ясната ориентация на компетентните органи в проблематиката на психичното здраве, и по-конкретно за успешното прилагане на заложените от Столична община мерки в общинската стратегия за психично здраве 2008-2013¹. За да се доближи максимално близо до актуалното състояние на грижата за хората с психични разстройства и увреждания в София, екипът на MBMD съчета методите на качествено и количествено социологическо изследване. Този подход дава възможност за пълнота и дълбочина при анализа на системата за психичното здраве – качествените методи спомогнаха проблемите да бъдат ясно идентифицирани, а количествените – да се провери, доколко са разпространени сред въвлечените в грижата за психично болните откроилите се в качествената част нагласи и практики.

В изследването, основано на качествени методи се включват основните участници в грижите за хората с психични увреждания и разстройства – специалисти психиатри, социални работници от различни служби и дирекции на територията на столична община. Основен акцент в качествено изследване се поставя върху проблемите на семействата на хората с психични разстройства и увреждания, тъй като именно те са адресат на грижите, полагани от лекари и институции.

За изследване на психичното здраве от гледна точка на службите и услугите, включени в системата на здравеопазването бяха проведени: фокус-група с практикуващи психиатри, 30 дълбочинни интервюта с практикуващи психиатри, 10 интервюта с медицински сестри. Респондентите бяха рекрутирани, така че равномерно да бъдат обхванати основни държавни и университетски лечебни заведения на територията на столична община, както и частните психиатрични практики:

А. Фокус-група с практикуващи психиатри - 4 души - между 50 и 63 години с дългогодишен опит в сферата на психиатрията. За участие в дискусията бе отправена покана към 8 психиатри, като в крайна сметка се включиха четирима специалисти – трима мъже и една жена: 1 психиатър, частна практика, на възраст от 61 години с психиатричен опит от 33 години; 1 психиатър, частна практика, на възраст 56 години с психиатричен опит от 31 години; 1 психиатър, градски диспансер, на възраст 63 години с

¹ <http://www.sofiacouncil.bg/index.php?page=news&id=109>

психиатричен опит от 36 години; 1 психиатър, областен диспансер, възраст 50 години с психиатричен опит от 24 години;

Б. Дълбочинни интервюта с практикуващи психиатри и медицински сестри разпределени по следния начин:

1. Университетска болница „Св. Наум“ (IV км.) – 4 психиатри и 2 медицински сестри;
2. Университетска болница „Александровска“ – 4 психиатри и 3 медицински сестри;
3. Държавна психиатрична болница „Св. Иван Рилски“ – 4 психиатри и 2 медицински сестри;
4. ОДПЗС – град София – 6 психиатри и 3 медицински сестри
5. Частни психиатрични практики – „Адаптация“ – 2 психиатри, „Динамика“ – 3 психиатри, „Аналитика“ – 2 психиатри, „Медицински център за психично здраве 1“ – 1 психиатър, частни кабинети – 3 психиатри
6. Държавно учреждение към МЗ – 1 психиатър

Във връзка с изследването на мнението на работещи в социалните служби, ангажирани в системата за психично здраве бяха осъществени:

А. Фокус-група със служители от различни социални служби между 30 и 55 години, висше социално образование, работещи в сферата на социалните услуги за хора с увреждания от минимум три години. Сред тях има една представителка на дирекция „Социални дейности“ в столична община, три са от дирекции „Социално подпомагане“ от сектор „Хора с увреждания“ към Агенцията за социално подпомагане, една е от дирекция „Бюро по труда“ – Сердика.

Б. Четиринадесет дълбочинни интервюта със служители в социални служби и центрове на територията на столична община:

1. Районни дирекции „Социално подпомагане“ към АСП: районна дирекция „София град“ – 2 социални служители; районна дирекция „Лозенец“ – 1 директор и 1 служител, районна дирекция „Сердика“ – 1 социален служител; районна дирекция „Оборище“ – 1 социален служител; районна дирекция „Възраждане“ – 1 директор и един социален служител; районна дирекция „Връбница“ – 1 директор и 1 социален служител; районна дирекция „Младост“ – 1 директор; районна дирекция „Люлин“ – 1 социален служител; районна дирекция „Красно село“ – 1 директор;
2. Дневни центрове – „Комплекс за психично-здравни грижи Слатина“ – 1 директор; дневен център за хора с психични заболявания „Екзарх Йосиф“ – 1 директор

С оглед на изследването на близки на лица с психични разстройства и увреждания, бяха проведени **шест фокус-групи с от 4 до 6 души участници във всяка дискусия. Така в изследването се включиха 32 близки на хора с психични разстройства и увреждания.** Единственият водещ критерий на MBMD при подбора на участници, беше респондентите да имат близки с психични проблеми, така че бяха включени хора от различни възрастови групи (от 24 до 85 години, средна възраст на участниците: 48,4г.), образователна степен и сфера на заетост. Общ белег между тях е, че **това са хората, които са поели пряко грижата за своите близки с психични разстройства и увреждания.**

В рамките на проекта е реализирано количествено изследване по стандартизирана методиката. Проучено е мнението на четири групи –

широка общественост – представителна извадка от 604 пълнолетни жители на столицата, 100 общо-практикуващи лекари и 100 служители от дирекциите по “Социално подпомагане” в столицата. Потърсено мнението и оценката на 102 души с по-леки форми или успешно лекувано психично разстройство.

II. ОБЩА РАМКА НА СИСТЕМАТА ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

Повдигането на въпроси свързани с грижите към хора с психични разстройства и увреждания на територията на Столична община не бива да буди недоумение. От една страна, психичното здраве е утвърден приоритет на здравните грижи в република България² и основен критерий за интеграция на държавната социална политика в програмите на Европейския съюз³. От друга страна, през последното десетилетие на структурно равнище се разгръщат важни промени по отношение на грижата за хора с психични разстройства – преход от институционализирани психично-здравни грижи към нов модел на психиатрия в общността⁴. Казано накратко, **обръща се посоката на политиката спрямо хората с психични разстройства - „движението от общността към “специализираните институции-изолатори” се преобръща в движение от болницата към интегриране в общността”** (интервю, психиатър, държавна здравна институция).

Ако това е основната претенция и насока на промените, така както тя е заявена в официални документи и становища, то отворени остават редица въпроси: как реално функционира системата за психично здраве? Какви са основните трудности? Какво ги поражда? Как по-ефективно може да функционира създаденият модел? Каква е спецификата на социалните и здравни грижи, които се предоставят за хората с психични разстройства и увреждания? По какъв начин се осъществява декларираната в документите „интеграция в общността?”

Важна особеност при хората с психични разстройства, и най-вече на тези с тежки психични разстройства, е **загубата на социални умения**. Ето защо се поражда необходимост от специализирана политика, свързана с активни грижи за психично болните, насочени именно към социална интеграция и социализация в общността. Ако такива грижи няма, най-вероятният резултат би бил изпадане на индивида от социалното пространство. Политиката за хората с психични разстройства трябва да включва цялостен комплекс от методики за продължителен период от време. Проблемът има не само медицински, социален или психологически аспект, но и образователен, трудов и икономически. Когато към това се прибавят ролята и грижите на роднините и семейството става очевиден огромният брой от човешки съдби, които са в пряка зависимост от степента на развитие на психично-здравната система.

Под система за психично здраве следва да се разбира съвкупността от организирани грижи и дейности насочени към хората с психични разстройства и увреждания. Основните субекти, които предоставят грижи и дейности са конкретни организации. Тяхната роля и правила на работа са описани и разработени в нормативната база. Тъй като за хората с психични разстройства и увреждания е нужна комплексна

² Закон за здравето, глава 5 и Национална политика за психично здраве на република България 2004 – 2012 г.

³ Стратегия за икономическо и социално обновление на Европа, Европейски съвет от Лисабон, март 2000

⁴ Национална политика за психично здраве на република България 2004 - 2012

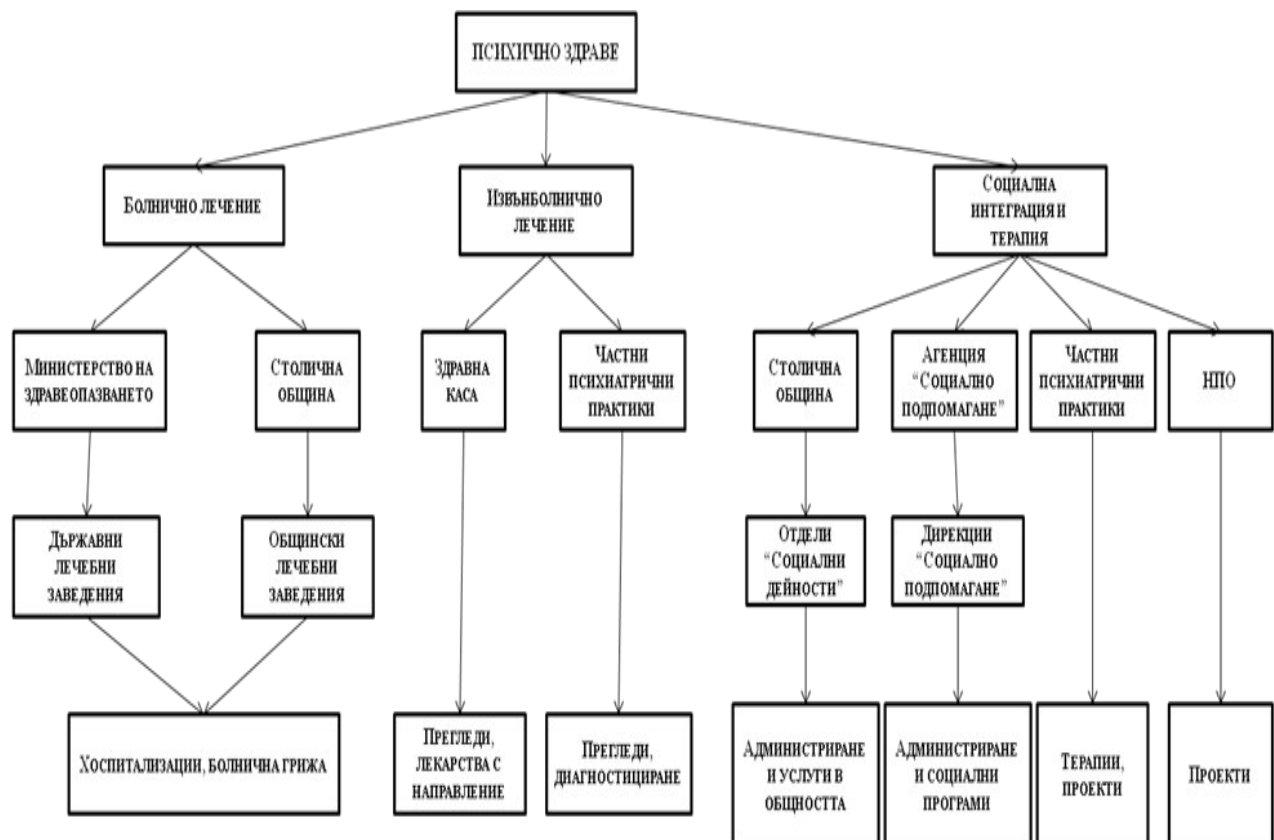
грижа, основен изследователски въпрос представляват взаимодействията и системните връзки между отделните елементи в системата за психично здраве.

Всяка организация може да бъде анализирана от гледна точка на два пласта: „формален“ – изразяващ официалните правила и норми на управление, разписани в конкретни процедури и осъществявани от индивиди, заемащи определени работни позиции; и „неформален“ – изразяващ неформалните (неофициалните) практики и взаимоотношения между индивидите в организацията. Двата пласта в организацията се намират в непрекъснато взаимодействие, което отразява реалното ѝ функциониране. За „ефективност на системата“ може да се говори когато взаимодействията между организацията позволяват услугите и грижите (целите на организацията) да достигнат бързо и да бъдат усвоени от реципиентите, удовлетворявайки техните нужди.

Съществуват три основни компонента на системата за психично здраве. В тях се разпределят основно медицински тип услуги и социален тип услуги (вж. Фиг. 1):

- Болнично или стационарно лечение
- Извънболнично лечение
- Социална интеграция и терапия

Фиг. 1 Основни компоненти и субекти в системата за психично здраве



Системата за психично здраве в България включва две основни системи: здравната и социалната⁵. Грижата и дейностите, насочени към хората с психични разстройства са делегирани на институции на национално ниво - Министерство на здравеопазването (МЗ) и Министерство на труда и социалната политика (МТСП) и на регионално равнище (общини). Организацията в здравната система, които имат ангажимент към хората с психични разстройства са различен тип лечебни заведения за специализирана психиатрична помощ – диспансери, психиатрични клиники, многопрофилни и университетски болници, частни психиатрични практики (възникнали като частна инициатива, без държавно участие), неправителствени организации. В социалната система специализирани грижи за хората с тежки психични разстройства полагат дирекциите за социално подпомагане към Агенция за социално подпомагане (АСП), общинските структури „Социални дейности“. Основната предпоставка тук е, че чрез добре организирана мрежа от национални и местни структури и с помощта на организации от неправителствения сектор, хората с психични увреждания ще получат този комплекс от грижи, който ще им позволи да водят „интегриран живот в общността“.

III. ОБЩЕСТВЕНА ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

Всеки шести жител на столицата (16,3%) твърди, че познава отблизо, човек страдащ от психично разстройство и увреждане. Други 29% имат впечатления от такива случаи. Едва една четвърт не са се сблъскали с подобен проблем. Очевидно психичните разстройства засягат широки групи от населението, което ги превръща в сериозен проблем за конкретните семейства и общности, както и за обществото като цяло.

ИМА ЛИ СРЕД ВАШИТЕ БЛИЗКИ И ПОЗНАТИ ХОРА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА И УВРЕЖДАНЯ?	%
Да, познавам отблизо подобни случаи	16.3
Да, имам известни впечатления	28.8
Чувал(а) съм за такива хора само от медиите	30.8
Нямам никакво понятие	24.0

В същото време жителите на столицата класират хората с психични увреждания в групата на най-слабо обгрижваните от институциите и обществото. И тази констатация остава валидна, дори ако трябва да бъдат поставени в контекста на хората с физически увреждания и умствена изостаналост.

КОЯ ОТ ИЗБРОЕНИТЕ ГРУПИ Е НАЙ-ПРЕНЕБРЕГНАТА ОТ ИНСТИТУЦИИТЕ В БЪЛГАРИЯ	%
Затруднявам се да отговоря	27.9
Хора с физически увреждания	11.4
Хора с умствена изостаналост	23.4
Хора с психични увреждания	37.3

⁵ Под „социална система“ в анализа следва да се разбира институционално закрепен комплекс от социални услуги и грижи за хора с психични разстройства и увреждания.

КОЯ ОТ ИЗБРОЕНИТЕ ГРУПИ Е НАЙ-ПРЕНЕБРЕГНАТА ОТ ОБЩЕСТВОТО КАТО ЦЯЛО?	
Затруднявам се да отговоря	28.9
Хора с физически увреждания	9.6
Хора с умствена изостаналост	23.0
Хора с психични увреждания	38.6

ОБЩЕСТВЕНА ОЦЕНКА ЗА СТЕПЕНТА, В КОЯТО ИНСТИТУЦИИТЕ УСПЯВАТ ДА УДОВЛЕТВОРЯТ: СРЕДНИ ОЦЕНКИ ПО 6-СТЕПЕННА СКАЛА	
ЗДРАВНИТЕ ПРОБЛЕМИ НА:	
Хората с физически увреждания	2.96
Хората с умствена изостаналост	2.68
Хората с психични разстройства и увреждания	2.64
СОЦИАЛНИТЕ ПРОБЛЕМИ НА:	
Хората с физически увреждания	2.85
Хората с умствена изостаналост	2.62
Хората с психични разстройства и увреждания	2.56

Според общественото мнение на столичани институциите не успяват да решат в достатъчна степен нито здравните, нито социалните проблеми на хората с физически увреждания, умствена изостаналост и психически разстройства.

ОСНОВНИТЕ ПРОБЛЕМИ НА ХОРАТА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА И УВРЕЖДЕНИЯ И ТЕХНИТЕ БЛИЗКИ (СВОБОДЕН ВЪПРОС)	%
Без отговор	25.0
Ниски социални осигуровки	64.1
Проблеми със социалната адаптация	19.6
Малко лечебни заведения	4.9
Безплатни лекарства	4.1
КОИ ИНСТИТУЦИИ, СПОРЕД ВАС, В НАЙ-ВИСОКА СТЕПЕН ТРЯБВА ДА СЕ АНГАЖИРАТ С ПРОБЛЕМИТЕ НА ХОРАТА С ПСИХИЧНИ УВРЕЖДЕНИЯ И РАЗСТРОЙСТВА? (ВЪЗМОЖЕН Е ПОВЕЧЕ ОТ ЕДИН ОТГОВОР)	
Без отговор	6.3
Министерство на здравеопазването и поделенията му	67.3
Столична дирекция на вътрешните работи (СДВР) и РДВР	7.2
Болнични заведения (МБАЛ, ДКЦ)	48.0
Специализирани заведения за психиатрична помощ (държавни и частни психиатрични заведения)	57.8
Столична голяма община	20.8
Общини в районите	12.5
Дирекции „Бюро по труда“	5.9

Прокуратурата и съд	1.9
Заведения за социални услуги в общността (центрове за социална рехабилитация и интеграция, дневни центрове, защитени жилища)	35.1
Неправителствени организации (НПО)	4.7

Според общественото мнение основният проблем на хората с психични разстройства и увреждания е финансов. Почти две трети от жителите на столицата поставят на първо място ниските социални осигуровки. Много по-рядко – 20 на сто подчертават проблемите на социалната адаптация на тези хора. В същото време общественото мнение разглежда проблема психично здраве изключително поставяйки го в контекста на здравеопазването и здравните услуги. Две трети от хората вярват, че хората с психични разстройства и увреждания трябва да са приоритет основно на Министерство на здравеопазването (67%), специализираните заведения за психиатрична помощ (58%) и болничните заведения (48%). Ролята на заведения за социални услуги в общността като центрове за социална рехабилитация и интеграция, дневни центрове, защитени жилища се подчертава значително по-рядко – 35%.

От най-голямо значение за подкрепата на хората с психични увреждания биха били осигуряването на всекидневна грижа – личен асистент, социален асистент и създаването на възможности за социална интеграция и социализация. Трудовата терапия и намирането на подходяща работа, както и организирането на обучения за близките са поставени доста по-назад като подкрепящи мерки от широката общественост.

КОИ БИХА БИЛИ НАЙ-ЕФЕКТИВНИТЕ МЕРКИ ЗА ПОДКРЕПА НА ХОРАТА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА И УВРЕЖДЕНИЯ, КАТО ГИ ПОДРЕДИТЕ ПО ВАЖНОСТ, КЪДЕТО 1 – Е НАЙ-ВАЖНА МЯРКА, 2 – ПО-МАЛКО ВАЖНА И Т.Н.	
Всекидневната грижа за тях – услуги, подобни на социален асистент, личен асистент	1.91
Социален патронаж	3.52
Финансова помощ на болния	2.49
Организиране на обучения за близките на болния	4.18
Осигуряване на възможности за социална рехабилитация и социализация – дневни центрове, защитени жилища)	2.17
Трудова терапия	5.15
Намиране на работа	5.87

IV. СИТУАЦИЯТА В ЗДРАВНАТА СИСТЕМА НА ТЕРИТОРИЯТА НА СТОЛИЧНА ОБЩИНА

*„Психиатрите са едни ентузиастични, които мечтаят да доплуват един ден до мястото, в което ще има ясни регламенти и достатъчно финансиране“
(интервю, психиатър, болница)*

1. ОРГАНИЗАЦИОННИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА НА ТЕРИТОРИЯТА НА СТОЛИЧНА ОБЩИНА

1.1 Държавни и общински лечебни заведения за психично здравни грижи в Столична община

На територията на Столична община функционират няколко типа лечебни заведения, в които се осъществяват болнични грижи за пациенти с психични разстройства и увреждания.

Държавна психиатрична болница „Св. Иван Рилски“ с капацитет 250 легла. Болницата е изцяло държавна собственост и се финансира от държавния бюджет. Заведението представлява вторичен разпоредител на бюджетни средства и е под прякото управление на МЗ. Болницата се намира на територията на Столична община и макар че последната няма участие в управлението, в „Св. Иван Рилски“ се приемат пациенти от всички райони на град София. Съгласно наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ от 2 юни 2006-та година в болницата постъпват за лечение и хора от цяла България⁶.

Психиатрична клиника към университетска многопрофилна болница за активно лечение „Александровска“. Клиниката разполага с 69 легла, разположени в 3 отделения (две женски отделения и едно мъжко отделение). Към „Александровска болница“ функционира и специализирана детско-юношеска психиатрична клиника със стационар. В логиката на посочената по-горе наредба в лечебното заведение се приемат пациенти без ограничения в адресната регистрация. Клиниката получава средства от общия бюджет на болницата, финансирана от държавата⁷.

Областен диспансер за психично здраве със стационар – град София. Към диспансера съществуват две отделения за стационарна психиатрична помощ и е разкрит дневен център за хора с психични заболявания. В сградата на диспансера през 2008 година е разкрит общински дневен център за хора с психични увреждания, който предоставя социални услуги – делегирана от държавата дейност. Към диспансера функционира единственото на територията на столицата спешно отделение, което извършва дейности, свързани с оказване на спешна психиатрична помощ и транспортиране на пациенти. Диспансерът е под юрисдикцията на Столична община, но се финансира едновременно от нея и от държавата по линия на договорни отношения⁸.

Към университетска специализирана болница за активно лечение по неврология и психиатрия „Св. Наум“ (4 км.) се разполагат четири психиатрични клиници с капацитет от 105 легла. Болницата приема пациенти

⁶ http://www.niskar-bg.com/dpbsir/DPB_IvRilski2.htm

⁷ <http://www.alexandrovaska-hospital.org/>

⁸ Общинска стратегия за психично здраве 2008-2013

без ограничение в адресната регистрация. Психиатричните отделения се финансират от бюджета на болницата⁹.

Освен посочените държавни, общински и университетски заведения, жителите на София имат възможност да получат психично-здравна помощ и от частни психиатрични практики, както и от ведомствени служби на МВР, МО

1.2. Финансиране на държавните лечебните заведения

Държавните психиатрични болници и университетски клиники се финансират от бюджета на държавата по модела на „бюджетните пера“. Болничното заведение представлява вторичен разпределител на бюджетни средства. Ръководството разпределя сумите, които получава между различните структури. В края на финансовата година всяка клиника отчита дейността си пред ръководството на лечебното заведение. Според интервюираните психиатри начинът на финансиране произвежда няколко много важни ефекта, намиращи отражение в начина на функциониране на здравната система спрямо хората с психични разстройства и увреждания. Трябва да се каже изрично, че се наблюдават специфики и различия във финансирането на университетските клиники, държавните болници и областния диспансер и не бива да се прокарва общ знаменател в модела на финансиране въпреки наличието на доста общи характеристики. Направените изводи се базират както на многократно изтъквани от интервюираните специалисти ситуации в медицинската практика, така и на наблюденията на изследователския екип реализирани на територията на лечебните заведения по време на теренната работа. Основните заключенията са изведени след проучване на нормативната база и анализ на вътрешната организация на работа в ангажираните институции.

На първо място, отпусканите средствата не се разпределят в зависимост от специализирани нужди на всяка клиника, а се адаптират частично към тези нужди. Това означава, че ръководството на едно психиатрично отделение разполага със сума, която трябва да оползотвори в зависимост от разработени предварително планови дейности. В сумата се включват както режимните разходи, разходите за заплати на персонала, за техника и съоръжения, за поддръжка на сградния фонд и т.н. Често плановите дейности няма как да бъдат съобразени адекватно на нуждите на пациентите. Психичните разстройства изискват специфично отношение и не е възможно да се планира, както времето за лечение, така и необходимите разходи: *„В една бедна държава здравеопазването е насочено към т.нар. „среден пациент“. Само, че всичките нужди на този пациент не са изчислени правилно... това е нещо като потребителската кошница, и тъй като извън потребителската кошница остават доста важни нужди на нашите пациенти, т. нар. „психиатрични пациенти“... ние с вас дори не можем да ги обговориме, защото всеки бяга от отговорности...“* (интервю, психиатър, университетска клиника)

Едновременно с това за пациентите с психични разстройства **не съществуват клинични пътеки по отношение на болничната грижа.** Това създава допълнителен разход за конкретната клиника, тъй като е нужно медикаментите (необходими за лечението по време на хоспитализирането) да се закупуват изцяло от делегирания общ бюджет. Здравната каса финансира единствено закупуването на лекарства за пациентите след

⁹ <http://www.svnaum.com/begin.html>

изписването от болницата, в извънболничния период. **Държавното финансиране (финансирането по линия на МЗ) е в рамките на около 500 лв.** за всеки отделен случай на хоспитализиран психично болен. Тази форма на субсидиране не е съобразена със специализираните нужди на конкретното психично заболяване. При него периодът на лечение не може да бъде планиран с точност и понякога се налага пациентът да остане по-дълго в клиниката. В отпуснатата сума се включват разходите за медикаменти, храна и режийни разходи. Практиката показва, че парите стигат за болнично лечение в рамките на период от около 8 дни, което в повечето случаи е достатъчно, за да се овладее остро състояние и да се навлезе в период на стабилизация, но не и да се проведе пълноценно лечение. В случаите с тежки психични разстройства (шизофрения, биполарно разстройство, тежки деменции, хронични увреждания) посоченият период е крайно недостатъчен: *„Финансирането е крайно недостатъчно. Отпускат се 500 лв. Те стигат за 8 дневен период. За храна на ден се полагат около 2 лв., а когато постъпят често лекарствата, които им се предоставят в болницата са по-евтини и нискокачествени от лекарствата, които са приемали преди постъпването. За 8 дни част от заболяванията не могат да почнат да се повлияват от медикаментите, защото са нужни поне 3 седмици. Могат да се свалят дните на престой, само ако има междинни форми – дневни стационари, центрове, защитени жилища.“* (интервю, психиатър, държавна болница)

Механизмът на финансиране (като основен, а не единствен фактор) създава условия за постоянен **отлив на специалисти** поради ниското заплащане и крайно тежките условия на работа. Част от лекарите и медицинските сестри се насочват към частните психиатрични практики или напускат страната. Липсата на достатъчно квалифициран персонал влошава качеството на полаганите за психично болните грижи.

Психиатричните клиники страдат от **„хронично недофинансиране“** и работят **на минус** в рамките на бюджета на болницата. Психиатрите са изправени непрекъснато пред морална дилема – *„да изписваме пациенти, които не са стабилизирани, защото пари няма или да продължим лечението, вкарвайки болницата в непредвидени разходи“* (интервю, психиатър, държавна болница).

Съществуват няколко основни начина, посредством които психиатричните отделения, на организационно равнище се опитват да се справят с възникващите финансови „дефицити“:

- Въвеждане на **„схеми на икономии“** - основна цел е да се спестява от всеки възможен разход. Логично качеството на лечение пада критично във всеки един аспект. Стига се до ситуации, в които се купуват медикаменти с по-ниско качество¹⁰, извършват се съкращения на персонала и се избягват елементи от процеса на лечение, като „по-малко нужни“;
- **Неформален модел на „въртящата се врата“** - един и същи пациент се изписва и записва отново и отново в продължение на седмици, за да могат да бъдат получени повече субсидии. Практиката е такава, че се заобикалят официалните правила и един и същи пациент се презаписва многократно, за да бъдат усвоени нови 500 лв., и да се продължи лечението му. Оказва се, че

¹⁰ В интервютата с психиатри се споменава, че голяма част от пациентите преди да постъпят в болница приемат по-добри и качествени лекарства. В болничната среда, поради липса на средства се подлагат на ново лечение с по-нискокачествени медикаменти. Така лекарствената терапия се прекъсва и променя в хода на лечение, което веднага се отразява на поведението на болния негативно.

хоспитализациите и увеличаването на техния брой (на преминал болен) е основен механизъм за набавяне на средства. Споменатият модел затруднява силно и поддържането на стабилна база от данни за лекуваните пациенти. **На практика се съхранява информация, базирана на случаи (на преминал болен), но не и за конкретни пациенти с история на заболяванията.** Лечението става зависимо от неформално натрупаното знание от страна на един или друг лекар, а не от обективно изследване на винаги специфичното психично разстройство.

- Политиката на Здравната каса да осигурява лекарства единствено в извънболничното лечение съдейства за възникването на **„паралелни структури“ (мрежи от психиатрични грижи)** в рамките на конкретната болница. В тях участват психиатри, които имат договор с касата (психиатри, които работят едновременно в болницата и така се сдобиват с пациенти за частна практика, от която печелят по-добре в сравнение с щатната заплата). По този начин едни и същи пациенти се лекуват едновременно в паралелната структура и в лечебното заведение. Тоест смесват се частна и публична практика, за да се компенсира дефицит на грижа в системата. Механизъм, който внася допълнителна неяснота в регламентацията на психиатричната помощ.

Основна последица от описаната ситуация се изразява в това, че хората с психични разстройства имат изключително важна **„икономическа функция“** в процеса на хронично недофинансиране на болничното заведение. На тях се гледа като на „сврѳхпациенти“ – едновременно те са основен реципиент на медицинска грижа, но в същото време всяка „единица болен“ носи повече пари на болницата. **Смисълът на механизма на въртящата се врата е не само да се проведе пълноценна професионална грижа за болния, но и да се преодолеят финансови трудности на болничното заведение. Системата на хронично недофинансиране ражда хронично рехоспитализиране.**

Ако основният акцент тук бе поставен върху механизмите на финансиране и вътрешноорганизационните проблеми в държавните и общински лечебни заведения, то следващият важен въпрос е – по какво се различават те от частните психиатрични практики? Какво е мястото на частните кабинети, групи, центрове в системата на психично здраве? Какви са проблемните области, с които ангажираните в тези практики специалисти се сблъскват?

1.3. Частни психиатрични практики и центрове

Частните психиатрични практики и кабинети обикновено се създават като лична инициатива на пазарен принцип и нямат претенцията да предоставят комплексен вид услуги към пациентите. Те са резултат изцяло от предприемаческата нагласа и стратегия на лекарите, ангажирани в тях. Тези организации функционират като фирми и в голяма степен се дистанцират от методите и технологията на работа на общинските и държавни лечебни заведения. Появата и развитието им се свързва със самостоятелни (често психиатри, работили първоначално в държавни и общински лечебни заведения) опити да се компенсират недостатъци в съществуващата система за психично-здравна грижа и модел на

финансиране. В този смисъл, частните психиатрични практики и центрове се явяват алтернатива на услугите, предоставени в държавните лечебни заведения. Реално обаче те нямат възможност да поемат грижи за по-широка група от психично болни. Дейността им се разполага във второто и третото равнище на системата за психично здраве – социална интеграция и терапия (вж. фиг. 1). Частните практики и центрове не могат да си позволят хоспитализиране на пациенти. От обсега на дейност са изключени нискодоходните потребители и хората с тежки психични разстройства. За сметка на това акцент се поставя върху качеството на предоставените услуги (в сравнение с съществуващата здравна грижа): *„Центърът е изцяло частна инициатива в сферата на извънболничната помощ и не работи със здравната каса, защото здравната каса принижавя качеството на лечение – като рамка, като медикаменти и като регламент. Начинът, по който може да бъде обслужен пациент качествено е само през частна инициатива. В клиниките пациентите се преглеждат на конвейер, а тук им се обръща специално внимание. Водим се от международните изисквания, но не и от регламентите на касата .”* (интервю, психиатър, частна психиатрична групово практика).

От гледна точка на конкретната работа и опит в сферата на психичното здраве, специалистите ангажирани с частна практика отправят сериозни критики към системата, която предоставя услуги за хора с психични разстройства:

На първо място - психиатричната помощ на територията на Столична община, репрезентирана от държавните болници (а и в България) е **„биологично ориентирана“**. Тя не е свързана с индивидуален подход към винаги особените нужди на пациента. Подходите, които се използват за лечение наблягат върху медицинската страна докато психо-социалният аспект е пренебрегнат. Това е ефект на цялата система, тъй като на практика не съществуват регламенти и силни връзки между различните компоненти на системата за психично здраве: *„Проблемът е свързан с разделянето на голяма част от услугите и липсата на връзка между тях и координация. Липсата на такава координираност пречи на създаването и осъществяване на планове и практики за рехабилитация.”* (интервю, психиатър, частна психиатрична групово практика).

Второ - пренебрегването на технологии свързани с ресоциализация в общността води до ситуация, в която хора с психични заболявания и увреждания попадат в **затворен кръг на хоспитализации** без да съществува друга алтернатива. След изписването им от болница, не се полагат специализирани грижи за тях и след известно време се влошават – следва повторна хоспитализация. Този процес продължава с години и се отразява както на психичното им състояние, така и на здравния статус като цяло.¹¹

Трето - огромна трудност пред хората с психични разстройства създава и тромата **бюрократична машина** на социалната и здравната система. Състоянието често не им позволява да попълват купищата документи и да обикалят по коридорите на учрежденията, за да си осигурят направление или да подадат молба в социалните служби за отпускане на социална помощ. Тези административни спънки се отразяват негативно влияние върху лечението като създават дълги периоди на забавяне и изчакване на процедури. Подобно заключение може да бъде направено и по отношение на

¹¹ Пациентите не съумяват да се реинтегрират в общността, а продължителното лечение със силни медикаменти причинява зависимост и предизвиква странични ефекти. **Голяма част от психично болните развиват съпътстващи заболявания, което още повече ги обвързва с грижа в здравната система.**

амбулаторното лечение. Обстоятелството, че съвременно медикаментозно лечение за хората с психични разстройства е достъпно единствено в системата на извънболничната медицинска помощ, води до редица затруднения за потребителите на здравната грижа. Болничната и извънболничната грижа се преживяват от пациентите като откъснати елементи, а не като едновременно застъпени компоненти на единна система за психично здраве. **Между отделните елементи на системата се наблюдават огромни луфтове:** "Човек, за да започне лечение с един медикамент, качествен, той трябва да бъде изписан от болницата с епикриза, това е единият вариант. След което ДжиПи-то няма право един месец да му дава направление за амбулаторен психиатър. И на практика, след като бъде изписан от болницата, един месец той не може да се срещне с никой психиатър, няма право никой да му даде направление. И втория месец не е ясно какво ще получи от касата, болницата е приключила лечението и не отпуска лекарства за изписани хора. Амбулаторната практика е с направление. И в този един месец човек или се влошава, или ако е много добре излекуван, успява да устиска един месец или отива на частен психиатър. Нали, има ето такива дупки в цялостната система, което не дава възможност на мрежата от услуги да работи добре, да става ясно, че има добри връзки от едната до другата услуга. Това са болници, амбулаторни психиатрии, здравна каса, дневни центрове, социални служби. Това е мрежата, която трябва да функционира, за да можем да кажем, че сме една сносна в социално отношение държава...Има ги отделните институции, но мрежа на практика няма" (интервю, психиатър, частна психиатрична групова практика).

Четвърто - **не съществуват силни и ясно регламентирани връзки** между здравната и социалната система. **Липсата на изградена мрежа от защитени жилища и дневни центрове се изтъква непрекъснато като основна трудност.** Така се оказва, че частните психиатрични практики са основните организации, предлагащи услуги, свързани със социална рехабилитация и терапия. Те обаче функционират на пазарен принцип и за значителна група от психично болни тези услуги остават твърде скъпи и недостъпни. Част от специалистите, ангажирани в тази сфера, кандидатстват за финансиране по различни национални и европейски програми. Проектите, които осъществяват са свързани с развиване на нови психиатрични технологии, провеждане на изследвания, обучения, но и за създаване на дневни центрове и защитени жилища. Основен проблем тук се оказва **устойчивото развитие.** След като парите по проекта бъдат усвоени и заложените дейности бъдат реализирани се стига до ситуация на **„прекъсване на развитието“**. Създадените услуги не могат да се финансират след изтичане на времевата рамка на проекта и така иначе стойностни идеи се замразяват или преустановяват. Същата съдба преследва и проектите спечелени и реализирани и от специалисти в държавните болници¹². Причина е, че в здравната и социалната система (съответните министерства и служби на национално и общинско равнище) не съществува утвърден механизъм за апробация и вграждане на нови и реформаторски идеи; за осигуряване на устойчивост на иновативни проекти. Общината би могла да финансира част от тези проекти, ако предлаганата услуга премине под нейна юрисдикция. Този процес отнема време и предизвиква

¹² Пример за това е защитеното жилище на територията на Александровска болница. В момента то не приема пациенти, тъй като не може да бъде финансирано. „Абсурдността на ситуацията идва от това, че жилището е ново и готово за използване, просто пари няма" (интервю, психиатър, университетска клиника)

затруднения от нормативен и бюрократичен характер. В същото време дейностите се извършват откъснато една от друга като често различни екипи работят по сходни проекти, но нямат споделено знание за това.

1.4. Спешните случаи

Един от най-важните елементи от болничната грижа по отношение на хора с психични разстройства и увреждания е свързан със спешните случаи. При тях психично болният изпада в остра криза и възниква необходимост от прилагане на скоростни мерки за стабилизиране на състоянието му. В силно „изострено положение“ лицето с психично заболяване може да представлява опасност както за себе си (да предприеме суицидни действия или да се самонарани), така и за близките около него (агресивни реакции спрямо околните). Често то не е в състояние да прецени последиците от собствените действия и отказва да бъде хоспитализирано или подложено на медикаментозно лечение. На практика реакциите му са непредсказуеми. Ето защо бързите мерки ефективността на действията, предприети от спешната психиатрична помощ (помощ от професионалисти) са от огромно значение за стабилизиране на неговото състояние. Въпреки, че по закон спешна психиатрична помощ могат да оказват всички болнични заведения на територията на общината, които имат психиатрично отделение¹³, на практика специално с тази дейност е ангажирано спешното звено към градския диспансер. То единствено разполага с възможности за транспортиране на пациенти и с мобилен екип. След промени в нормативната база, спешната психиатрична помощ е отделена от бърза помощ и не се финансира специално. В рамките на градския диспансер разходите за спешното отделение се покриват единствено от бюджета на диспансера: *„Отделението работи... функционират дежурни екипи денонощно като съобразно нормативите по психиатрия... екипът трябва да е бъде най-малко от 5 човека... това е минимумът от хора нужен за приемане на болен по спешност... понякога се налага физическо ограничаване, ако болният е силно възбуден. Екипът включва лекар, сестри, фелдшер, санитар и шофьор... понеже ние нямаме в момента необходим брой персонал, за да осигурим във всички смени... те са по 12 часа екип от 5 души... имаме дежурства, в които дежурят 1 фелдшер и един лекар... съкратиха се няколко шофьора, няколко лекарски места... аз не мога да кажа защо са съкратени. Това, което аз знам и това е „коридорна“ информация е поради икономически причини и амортизация на линейки. В момента разполагаме с една линейка, която функционира денонощно. Това е единствената линейка, която обслужва психично болни, нуждаещи се, на територията на София. С тази линейка извършваме стопански услуги на диспансер – като трябва да се пазарува някъде нещо, като трябва да се закара някоя апаратура на ремонт, да отидем до съда, да транспортираме болен до друго здравно заведение... от съда в съответното здравно заведение. Тази линейка е и за предоставяне на спешна помощ по сигнал... на място. Ако някой се обади ние се отзоваваме...“* (интервю, медицинска сестра, градски диспансер)

Във връзка със спешната психиатрична помощ възникват няколко типа затруднения, които се отразяват върху качеството на болничната услуга и съответно състоянието на психично болния.

1.4.1. Правна регламентация и процедури

¹³ Закон за здравето, глава 5, чл. 153

Обикновено кризата възниква в домашна среда и първи сигнал подават именно роднините или съседите на болния. След това на място се появява мобилен екип, който се запознава със състоянието на болния и предприема медицински мерки. Няколко нормативни документа регламентират посоките на действие – Закона за здравето, наказателния кодекс и наказателно-процесуалния кодекс¹⁴. Ако лицето доброволно се съгласи да бъде лекувано, мобилният екип го транспортира до болницата, където други специалисти предприемат лечение. Често обаче тази ситуация не е възможна, тъй като в криза човекът с психично разстройство реагира бурно и не желае да бъде хоспитализиран¹⁵. Лекарите нямат право да го задържат на територията на болничното заведение повече от 24 часа (този срок може да бъде удължен еднократно с не повече от 48 часа). Време, което е крайно недостатъчно за стабилизиране на състоянието му, а още повече за провеждане на лечение. Вероятността в извънболнична среда състоянието му да се усложни е голяма.

В такава правна ситуация мобилният екип или не предприема никакви действия и напуска адреса, или се задвижва процедура за „принудително лечение“. Последното е възможно, единствено ако се докаже, че поради психично разстройство лицето може да нарани себе си или околните. За тази цел се стартира съдебна процедура и след експертно становище, с решение от съда човекът може да бъде хоспитализиран независимо от неговото желание¹⁶. Не съществува специален съдебен ред, който да разглежда тези случаи с приоритет и често се просрочват определените по закон срокове. Изисква също и явяване в съда на пациента с психично разстройство и поставяне на експертно решение за неговото състояние. Процедурата е бавна, изисква подаване на много документи и включва голям кръг от специалисти, което е неефективно от гледна точка на функциониране на самата спешна помощ, а и се оказва изцяло на разноски на болничното заведение.

Споменатият проблем с правната регламентация има силен **морален аспект**. От една страна, лекарите изпитват сериозни притеснения да нарушат закона като приложат лечение на психично болен отвъд неговото съгласие - така те са в разрез с нормативните предписания и могат да бъдат осъдени, загубвайки работата си. Често това притеснение ги дистанцира от спешните мерки и възпрепятства осъществяването на професионалните им задължения. От друга страна, ако членовете на семейството изберат пътя на принудителното лечение, това застрашава доверието на психично болния към тях. При повторно изостряне на поведението в извънболнична среда роднините започват да изпитват сериозни затруднения, за да го стабилизират. При липса на доверие от страна на пациента „продължаващото лечение“ в домашна среда е подложено на риск от неуспех.

¹⁴ Наказателен кодекс, глава 11 и Наказателно-процесуален кодекс, част 7, глава 34; Закон за здравето, глава пета, раздел 2

¹⁵ През социалистическия период и ранните години на прехода се е практикувало „принудително лечение“, при което независимо от желанията на болния, той може да бъде поставен в институция от съображения за сигурност (за да не проявява обществено вредна дейност). След промени в нормативната база акцентът се поставя върху човешките права на болния. В тази ситуация, ако лицето не е съгласно да се лекува медицинският екип няма право да предприема каквито и да е било медицински интервенции против неговата воля.

¹⁶ Ако в следствие на психично заболяване лицето вече е с регистрирани обществено вредни прояви се включва процедура по наказателния кодекс, според която независимо от желанието му той бива задържан и лекуван. Тази ситуация е различна от „принудителното лечение“ по закона за здравето и е част от друг нормативен ред.

1.4.2. Логистични и ресурсни затруднения

Поради функционално отделяне на спешната психиатрична помощ от бързата помощ възникват редица проблеми. Към момента на провеждане на социологическото изследване спешното звено към областния диспансер разполага с една морално остаряла линейка, която освен за транспортиране на пациенти се използва и за превоз на консумативи, техника и храна за нуждите на лечебното заведение. Според изчисления на специалисти от диспансера, работещи в спешното звено, средно на месец възникват около 300 спешни случаи (около 10 на ден) в различни точки на столицата. Ясно е, че с едно превозно средство и екип няма как да те да бъдат обхванати навреме, а понякога забавянията са в порядъка на половин работен ден. Период, през който състоянието на един човек в криза може да се влоши по непредвидим начин.

Механизмът на финансиране на спешното отделение принуждава ръководството да предприеме схема на икономии, която има като основен резултат драстично намаляване на персонала¹⁷ и занемаряване на инфраструктурата на звеното. Това логично води до понижаване на качеството на лечение. В резултат възниква и нерегламентирана практика по търсене на „подкрепа“ от други институции при възникване на спешен случай – МВР и бърза помощ. Тази подкрепа е неформална и се основава на лични познанства и добрата воля между служители в споменатите организации. Нерегламентираното взаимодействие по отношение на спешната психиатрична помощ е симптом за слабост на здравната система: *„Моето впечатление е, че не са много ясно регламентирани взаимоотношенията ни с други институции... с бърза помощ...с МВР... с други специалисти за консултации. Имам предвид Пирогов... като се докара болен пребит... трябва да го прегледа неврохирург и няма регламент... използваме лични връзки, за да го прегледа.“* (интервю, медицинска сестра, градски диспансер)

Описаните затруднения поставят под въпрос както възможността да се реагира на **„спешността“**, така и възможностите за осигуряване на **„помощ“** от страна на **спешната помощ** на територията на столична община. Във фокус-груповите дискусии с роднини на хора с психични заболявания многократно се посочва, че в ситуация на спешност е доста по-добре да се търси намесата на частни линейки и специалисти от сферата на частната психиатрична грижа. Те реагират по-бързо и по-ефективно. Тези услуги, обаче се заплащат значително по-високо. Ограничена е групата от пациенти и техните семейства, които могат да си позволят финансово подобен тип грижа. Това, че родните в някои случаи предпочитат услугите на частни организации и специалисти е резултат от проблемите и затрудненията (неефективното функциониране), които среща спешната психиатрична помощ на територията на столична община.

1.5. Институционален вакуум

Стана ясно, че за да бъде ефективна грижата за хората с психични разстройства и увреждания тя трябва да има комплексен характер. Това означава да бъдат изградени стабилни връзки между отделните елементи на Здравната система, които имат отношение към

¹⁷ Редуцирането на мобилните екипи е изключително опасна практика. Това означава, че при възникване на спешен случай на болния не може да му бъде оказана адекватна помощ, а ако състоянието му е силно изострено, намаленият брой на медицинския екип не би могъл да се справи с рисковата ситуация.

лечението на психично болните. Досега бяха описани важни проблеми, които се отнасят до модела на финансиране и спешната помощ, но това са симптоми на една много по-сложна и объркана картина.

1.5.1. Дерегionalизация на психичната грижа

След разпадането на диспансерната система, в резултат на реформата в системата на здравеопазването възникват редица трудности, които пречат за полагаането на комплексна грижа. С премахването на регионализацията се цели широк и лесен достъп на потребителя към здравни услуги, както и да се даде път на конкурентния принцип между различните болнични заведения и специалисти в сферата на здравеопазването. Това, обаче увеличава потокът на потребители на психиатрични услуги към столицата. Така болничните заведения на територията на столична община се претоварват, обгрижвайки пациенти от цялата страна. Интензивният поток води до все по-ограничен достъп до психиатрични услуги, тъй като лечебните заведения не разполагат с необходимия брой лекари и подходяща леглова база. Според интервюираните специалисти при психичните болести е от изключителна важност човек да бъде лекуван в близост до мястото където живее, тъй като ефективно извънболнично лечение може да се проведе единствено в близка до болния социална среда. Тоест де-регионализацията не е съобразена със спецификата на психичните заболявания и води до концентрация на капацитет в столицата като в същото време се потиска развитието на адекватни психиатрични грижи в провинцията.

Проблемите свързани с дерегionalизацията се усещат особено силно при случаите с психични разстройства и увреждания в детско-юношеската възраст. На територията на Столична община функционира една детска психиатрична клиника, намираща се в болница Александровска. Същевременно броят на детските психиатри в страната не покрива всички областни райони. Родителите са принудени да пътуват дълги разстояния (обикновено до столицата), за да бъде тяхното дете прегледано и да му бъде приложено адекватно лечение. Утежняващо обстоятелство е и факта, че не всички родители могат да си позволят подобно пътуване, а не разполагаме и с информация за случаи, при които родители не полагат грижи или не искат да признаят за проблеми от подобно естество. Тези случаи остават невидими за здравната и социалната система, но определено създават затруднения в семейната среда – бремето е огромно: *„...Проблемът е в инфраструктурата на България... за детска психиатрия. Проблемът е, че ни търсят от цяла България... няма специалисти из страната и това създава редица проблеми за техните родители при транспортирането, настаняването и лечението... проблемите на детската психиатрия не са изолирани или специални... те са свързани с това, което се нарича цялостна здравна карта. Трябва регионалната отговорност да се повиши, не защото ние не искаме да преглеждаме повече пациенти, а защото смятаме, че детето трябва да бъде гледано и да се грижат за него... на мястото където живее. Това е така, защото лечението на психично заболяване не е изцяло медицински проблем, **това не е хирургия... нужни са дългосрочни усилия от много хора, които трябва да бъдат координирани. Това може да стане само локално.**“* (интервю, психиатър, университетска клиника)

1.5.2. Координация и комуникация между различните нива на здравната система

Въпреки че в Закона за здравето изрично е посочено, че съществува национален регистър на психично болните пациенти, всъщност **ниито едно лечебно заведение не поддържа електронна база от данни за хоспитализираните случаи**. Там, където може да бъде открита някаква информация тя е непълна и несистематично архивирана. **Липсата на единна информационна система възпрепятства и провеждането на ефективни политики по отношение на хората с психични заболявания и увреждания**. Особено видно е, че не съществуват механизми за откриване на хора с психични разстройства и увреждания. Ако не бъде подаден сигнал за конкретен случай от познати или роднини или пък самият болен не потърси специализирана помощ (което е изключително трудно предвид състоянието му), то той остава „невидим“. Нещо повече – **липсват ефективни взаимодействия между различните лечебни заведения на територията самата Столична община**. Отделните клиници нямат представа с какво точно се занимават техните колеги в съседното отделение или болница. Основна причина за това е **липсата на ясно разписани регламенти за взаимодействие между организациите**. По този начин **системата е оставена на „самоорганизация“ и логично основна роля играят личните отношения между конкретни психиатри и друг тип специалисти**. Така пациентът е оставен изцяло на случайността да ще попадне на хора, които биха могли да активират свои „връзки“ и „познанства“ по време на лечението. **Липсват стандарти за качество на лечебния процес и за хармонично разпределение на работните задължения**: *„Липса на каквато и да е комуникация на каквото и да е ниво... аз например, не знам какво се прави в съседната барака или на горния етаж. Ние можем да правим дори едни и същи работи успоредно, но аз не знам... ние не си говорим. Това е едното нещо, но другото нещо е доста по-сериозно и подмолно... всеки извършва някаква работа, но тази работа каква е? Кой определя коя работа е необходима? Кой определя, че изписването на купища документи е необходимата работа, която е в полза на тези болни? Дали парите, които се дават на изписвачите на купища документи, ако се пренасочат към едни защитени жилища или към някакви социални работници няма да са по-полезни и те. Тук става дума за релокация на вече налични средства, а не да плачем за повече пари... пари има... не казвам, че не се върши работа, а че всякакви хора вършат всякаква работа... няма координация... нужна е централна намеса за структуриране на дейностите“* (интервю, психиатър, държавна болница)

По-горе бе споменато, че възникват редица трудности и поради липсата на клинични пътеки за хората с психични разстройства. Болничните заведения се финансират от МЗ, докато специализираните консултации с психиатър (прегледите) и медикаментите в извънболнични условия се поемат от НЗОК. Наличието на клинични пътеки създава стандарти и минимални изисквания спрямо цялостния лечебен процес. Тяхната липса не само води до неясноти в стандартите на работа (не са унифицирани), но и **в крайна сметка до невъзможност да се определи качеството на предлаганите услуги към хората с психични разстройства**. Затрудняват се и взаимодействията между различните елементи на здравната система. Липсата на взаимодействие и комуникация между различните елементи на психиатричната система е проблем на липсата на взаимодействия между звената на цялата здравна система. Обикновено хората с психични разстройства (това важи в най-голяма степен за по-възрастните) имат и съпътстващи заболявания – диабет, хипертония, неврологични болести и т.н.

Липсата на регламенти води до ситуация, при която един пациент е принуден да лежи по няколко дни в различни болнични отделения докато бъде диагностициран адекватно. Едновременно с това се прилагат различни медикаменти (във връзка с клиничните пътеки за други заболявания). Липсата на единна информационна система затруднява допълнително процеса, тъй като няма знание за това, какви са съпътстващите заболявания на човека с психично увреждане и те често трябва да бъдат установявани на ново, на място. Този проблем седи най-остро за по-възрастните пациенти, при които съпътстващите заболявания са нещо типично: *„Има едно бягство от страна на възрастните хора... различните клинични пътеки лимитират времето, в което можеш да лекуваш даден болен човек... тоест, ти можеш да... да лекуваш един човек, ако той има язва на дванайсетопръстника... ще го лекуваш 3 дни в едната клиника... ама чакай, той има хипертония... после го водиш в другата клиника... да, но той има и хроничен бронхит и т.н... няма система в която... лекуват го по 3 дни тук и по 3 дни там... няма система, която цялостно да поеме болния и да уточнява бързо без консултации... всичките негови заболявания. Лекува се на парче... по изключително глупав начин, защото системата кара лекарите да ги лекуват така... при един болен от шизофрения на 60 години... той обикновено има и диабет и хипертония... той влиза тук при нас и става един много сложен проблем, тъй като ние нямаме такива специалисти и се смесват и различни медикаменти... става сложно“.* (интервю, психиатър, университетска клиника)

Описаната ситуация се съпътства в разказите на интервюираните от носталгични настроения към „предишната система“. Това важи изключително за специалистите, работещи дълги години в държавните лечебни заведения. Според тях, разпадът на диспансерната система има редица негативни последици поради обстоятелството, че създава хаос в болничната грижа. Като основен проблем се изтъква това, че *„диспансерите бяха разтурени, но без да се създадат алтернативи. В крайна сметка една добра организация бе унищожена... а сега какво се прави... всеки си гледа неговата черга, а проблемите са огромни... диспансерната система е остаряла, но защо не се предложи нещо друго... ей така се правят нещата... късогледо“* (интервю, психиатър, държавна болница). На обратното мнение са психиатрите от частните практики. За тях диспансерите са излишни организации, които връщат психиатричната грижа към остарели и рестриктивни мерки спрямо хората с психични разстройства. Те са символ на една предишна власт, която *„предпочита да изолира хората, които са различни вместо да ги интегрира“*. В случая на диспансерната система не се гледа като на „спасителен бряг“, носталгията към нея е „глас от миналото“, резултат от липсата на ясни регламенти и координираност между различните звена на здравната система.

1.5.3. Система за „Психично здраве“ или система за „Психична болест“

Комплексността на грижата за хората с психични разстройства и увреждания изисква не само взаимодействие между различните организации, ангажирани в Здравната система, но и ефективно междусекторно сътрудничество. Психичните разстройства възникват в социална среда – семейството, на работното място, в образователната система и т. н. Това предполага непрекъсната дейност от страна на социалните служби по активно откриване и регистриране на случаи. На практика обаче съществува

огромен луфт между здравната и социалната система. Хората с психични разстройства имат нужда от цялостна грижа и активно извънболнично лечение, което поставя акцент върху ресоциализацията и социалната интеграция в общността: *„Няма никаква колаборация между различните системи... ако говорим за социалната и здравната система... те на практика са откъснати една от друга и по тази причина не може да се установи пълноценно обслужване от болничното към извънболничното здравеопазване. При извънболничното лечение има наличие на кабинети и психиатри, които работят със здравната каса, но щом се касае за тежките или хроничните заболявания това не е възможно, защото те нямат необходимите социални умения да получат услугите, които им се полагат по закон. Затова трябва да има добре изградена социална система и тя да бъде пропорционално изградена в целия град... това е огромен град. По тази причина, ако не се създаде регламент, ако не се изгради система, която регламентира отношенията между здравните заведения (стационарните), практикуващите лекари към касата и тези на частна практика и социалните служби... ако няма такава система, която да регламентира тези взаимодействия... огромна част от болните, които нямат и близки... просто ще бъдат изхвърлени извън борда”* (интервю, психиатър, университетска клиника)

На изхода на болницата пациентите напускат здравната система и се оказват в ситуация на институционален вакуум. Социалните грижи отпускат помощи и насочват болните към специализирани институции – защитени жилища, социални домове и дневни центрове. На територията на Столична община заведенията за извънболнична грижа са изключително малко и техният капацитет не позволява да се провеждат активни терапии. Обстоятелство, което натоварва семейството с огромни социални функции по обгрижване на болните роднини. Специалистите в здравната система критикуват остро работата на социалните работници, тъй като, според тях, **ситуацията при хората с тежки психични увреждания изисква активно компенсирание на социални умения.** Пациентите не биха могли да се справят с ежедневните си дейности и особено с тромавата бюрократична машина, което отново натоварва допълнително близките: *„...нека го кажа ясно – огромният товар за обгрижването на пада върху родните на болния. Те трябва да доплащат лекарствата, при една по-сериозна болест да следят за приемът на тези лекарства, те трябва да търчат по институциите и да губят седмици, за да вземат необходимите протоколи... те трябва да следят за евентуалната поява на нови симптоми, трябва да се мъчат да насочат пациента към болница... а никой не може да го задължи... а особеност при нашите пациенти е, че правят бели на себе си и на околните... и така пак същите близки трябва да отключат процедурата за принудително лечение. Това е социалният аспект на нещата – няма такъв – всичко пада върху близките ”* (интервю, психиатър, държавна болница)

Липсата на взаимодействие между социалната и здравната система се отразява най-тежко на хора, които нямат родни или близки, които да се грижат за тях. В двете системи не функционират механизми за откриване и лечение на тези хора. Алтернативата пред тях няма – стига се до изпадане от социалното пространство и в най-добрия случай до епизодични медицински грижи¹⁸. Големият луфт между

¹⁸ В интервютата често се дават примери за пациенти, които нямат близки и роднини и са принудени да прекарат по-голямата част от живота си в болнични заведения и специализирани институции. Според

организациите, които би следвало да имат ангажимент в системата за Психично здраве създава положение, в което социалната рехабилитация и интеграция не е застъпена, а лечебните заведения в столицата не успяват да се справят с потока от болни. Акцентът върху медицинската грижа води до непрекъснат процес на хоспитализации и в крайна сметка до непълноценно лечение. Продължителната и дългогодишна терапия с медикаменти се отразява цялостно на здравето на пациентите. Възникват редица съпътстващи заболявания, което при липса на механизми за реинтеграция в общността маргинализира хората с психични увреждания и разстройства – те са оставени на „доизживяване“ и често на „произвола на съдбата“.

Ето защо **при липсата на взаимодействие между здравната и социалната система все по-трудно е да се говори за система за Психично здраве**. Тя е разписана по програми, стратегии и официални документи, но на практика не съществува. **Осъществяват се парцелирани и откъснати грижи, в които психосоциалната рехабилитация е изключително слабо застъпена, наблюдават се огромни пукнатини във взаимодействията между различните организации, а социалният аспект липсва**. Пациентите с по-нисък социален статус не могат да си позволят скъпите психиатрични грижи от страна на частните центрове и попадат в объркания кръг на здравната система. Функционира здравна система, която поради неясно установени регламенти, финансови затруднения и сериозни организационни грижи успява да предложи частични медицински грижи (основани основно на лечение с медикаменти), които се разполагат засега твърде далеч от желаният идеал за комплексни грижи за хората с психични разстройства и увреждания. А именно последните са основните потърпевши от царящият институционален вакуум. При това положение не бива да буди учудване твърдението на водещ специалист по психиатрия от голяма столична болница:

„Системата за „Психично здраве“ предполага двусмислие поради превода... психиатрите като мен в България се занимават не със „здраве“ а с „психична болест“. „Психично здраве“ като сфера у нас истински не съществува (курсивът мой, Д.П.). Има система на здравеопазване, система на социално обслужване и грижи... и ако те се включват в подобен тип система, то неин основен проблем продължава да бъде нейното дефиниране, тъй като има много ясно разминаване между заявена политическа воля, заявена чрез подписи от Хелзинки за „Психично здраве“ от 2005 година и др. такива ангажименти и крещящо разминаване в реалността... дори няма чиновник, който да отговаря за това в министерство на здравеопазването... няма такъв“ (интервю, психиатър, университетска клиника)

2. Ролята на общината за подобряване на системата за психично здраве от гледна точка на групата на психиатрите

Анализът на мненията на специалисти от психиатричната система на територията на Столична община води към няколко основни заключения. На първо място, системата за Психично здраве не работи достатъчно ефективно за своите потребители. Социалната и здравната система функционират успоредно една на друга. Те са откъснати, предлаганите услуги и проведените дейности са разделени и се реализират „на парче“. От трите равнища на системата за Психично здраве най-застъпена е болничната и

специалистите „...те в най-голяма степен имат нужда от социална защита, тъй като често са жертви на имотни и материални измами. Редовно в бърза помощ постъпват и хора с психични разстройства, които са претърпели физическо насилие.“ (фокус група, психиатри).

стационарна грижа, което създава ситуация на непълноценно лечение на хората с психични разстройства и увреждания - не се обслужва обществената им ре-интеграция. От социалното пространство изпадат ниско доходните пациенти, които са най-голямата и застрашена от маргинализиране група. Неефективното финансиране създава вътрешноорганизационни трудности пред болничните заведения, което влошава качеството на лечебния процес.

Интервюираните респонденти разпознават държавните и общинските институции като основни двигатели на промяна в статуквото. Към техните възможности за провеждане на стратегическа политика са насочени надеждите на специалистите от здравната система.

3. МНЕНИЕ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ ЗА ГРИЖИТЕ, ПРЕДОСТАВЯНИ НА ХОРАТА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА И УВРЕЖДЕНИЯ

Средно един общо-практикуващ лекар има сред пациентите си около 24 души с психични разстройства и увреждания. Общо практикуващите лекари се колебаят в оценката си за най-големите трудности при лечението на психичните заболявания и увреждания. Четири проблема са поставени във водещи позиции – на първо място с 26% е социализацията на този тип болни, следвана от подходящата медикаментозна терапия (23%), трудностите при поставяне на диагноза (22%) и осъзнаването на проблема от близките на болния (19%).

КОИ СА НАЙ-ГОЛЕМИТЕ ТРУДНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ПСИХИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ИЛИ УВРЕЖДЕНИЯ?	%
Без отговор	30.0
Трудно диагностициране	22.0
Подходяща медикаментозна терапия	23.0
Липса на специалисти по тези проблеми	7.0
Лоша лекарска политика	5.0
Социализацията им	26.0
Осъзнаването на проблема от страна на близките на пациента	19.0
Не се приемат редовно лекарства	4.0

Според техните свидетелства т.нар. Джи Пи или ОПЛ често е първата институция от която се търси помощ и подкрепа. На второ място са нареждат специализираните заведения за психиатрична спешна помощ и на трето - бързата помощ.

Къде, според вас, търсят най-често първична помощ пациентите с психично заболяване или увреждане? Класиране от първо до пето място	
При личния лекар	1.76
Бърза помощ	3.00
Специализирана (психиатрична) спешна помощ	2.30

Психиатрична клиника	4.03
Частен кабинет на психолог, психотерапевт	3.91

Въпреки това само в една трета от случаите на общо практикуващите лекари се налага да поставят диагнозата на психично болния. В две трети от случаите те идват с вече поставена диагноза.

На каква част от вашите пациенти вие поставяте диагнозата и какъв процент от тях идват с вече поставена диагноза?	%
Вие поставяте диагнозата на % от Вашите пациенти	33.94
...% от Вашите пациенти идват с вече поставена диагноза	66.06

Имали ли сте случай да се нуждаете от спешна психиатрична помощ за пациент и ако да, към коя институция се обръщате?	%
Бърза помощ	9.0
Специализирана (психиатрична помощ)	16.0
Държавна или общинска психиатрична клиника	6.0
Полиция	10.0
Не съм имал такъв случай	59.0
Ако сте имали такъв случай, моля, като използвате скала от 2 до 6, където „2“ е „в никаква“, а „6“ – „е напълно“, посочете в каква степен сте удовлетворен от получената спешна психиатрична помощ?	Средна оценка по шестстепенна скала - 4.68
Не съм имал	59.0

Потребност от спешна психиатрична помощ за своите пациенти са изпитали четири общо десет общо практикуващите лекари. Средната оценка на получената помощ е висока – 4,68 по шестобалната система. Най-често е търсена специализирана психиатрична помощ, но не са редки случаите когато са се адресирали и до полицията.

Според вас, общопрактикуващите лекари имат ли нужда от допълнително специално обучение, по отношение на психични заболявания и увреждания?	%
Да	27.0
Не	73.0

Върху кои теми, според вас, трябва да се концентрира обучението на личните лекари по отношение на психичните заболявания и увреждания? (Въпросът е задаван в свободна форма)	%
Нямат нужда	73.0
БАР (Биполарно афективно разстройство)	21.0
Страхова психоза	14.0

Отношението болен-близък	4.0
Вие лично бихте ли желали да получите допълнително обучение и информация за третирането на пациентите с психични заболявания и увреждания?	
Да, по въпросите на:	29.0
По проблемите на социализацията им и трудовата ангажираност	17.0
БАР (Биполарно афективно разстройство)	8.0
Депресиите	9.0
Не	71.0

Около една трета от ОПЛ смятат, че имат нужда от допълнително обучение и биха се включили в подобен курс. Темите, които представляват интерес са БАР (Биполарно афективно разстройство), страховите психози, депресиите. Особен интерес за ОПЛ представляват специфичните социални проблеми на ре-интеграцията на болните.

В КАКВА СТЕПЕН, СПОРЕД ВАС, УСПЯВАТЕ ДА УДОВЛЕТВОРИТЕ НУЖДИТЕ ОТ ЛЕЧЕНИЕ НА ХОРАТА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА И УВРЕЖДАНЯ?	Средна оценка по шестстепенна скала - 4,13
--	---

Лекарите оценяват собствените си усилия за удовлетворяване нуждите на психично болните относително добре – средната оценка е добър 4,13 по шестобалната система.

Макар на по-голямата част от ОПЛ да не се е налагало да търсят помощта на редица институции, за да обгрижват пациент с психично разстройство, оценките поставени на това сътрудничество носят различен знак. Най-високо е оценена помощта на органите на реда (5,31) следвани от специализираните заведения за психиатрична помощ (5,07) и болничните и извънболнични заведения. Далеч назад в тази класация остават общинските служби. Работа на столична община е оценена сравнително ниско – 2,8 по шестобалната система. Трябва обаче да се подчертае, че подобна помощ се търси значително по-рядко в сравнение с тази от специализираните здравни заведения. Последното още веднъж подчертава направения и по-горе в изложението извод, че проблемът с психичното здраве се реферира главно към здравно-медицинските му аспекти. Значението на социалната интеграция се изтласква на по-заден план в мисленето и на широката общественост, както видяхме в реакциите на общественото мнение, така и на специалистите. Като се има предвид сериозния акцент, който ОПЛ поставят върху проблемите свързани със социализацията на болните, трябва да приемем ниската оценка за работата на столична община, като индикатор не толкова за отсъстваща грижа, колкото за лошо отработен механизъм на взаимодействие.

КАК БИХТЕ ОЦЕНИЛИ СЪТРУДНИЧЕСТВОТО СИ СЪС СЛЕДНИТЕ ИНСТИТУЦИИ ПРИ РАБОТАТА С ХОРА С ПСИХИЧНИ УВРЕЖДАНЯ И РАЗСТРОЙСТВА?	Средна оценка по шестстепенна скала
МЗ и поделенията му	3.73
СДВР и РДВР	5.31

Болнични заведения (МБАЛ, ДКЦ)	4.71
Заведения за извънболнична психиатрична помощ	4.70
Специализирани заведения за психиатрична помощ	5.07
Столична голяма община	3.00
Общини	2.40
Дирекции „Бюро по труда“	2.20
Прокуратура и съд	2.67
Заведения за социални услуги в общността (центрове за социална рехабилитация и интеграция, дневни центрове, защитени жилища)	3.29
Неправителствени организации (НПО)	3.50

В подкрепа на казаното по-горе е и мнението на над половината от интервюираните ОПЛ (51%) които смятат, че общината може и трябва да направи повече за изграждането на центрове за социална рехабилитация. Една трета подчертават необходимостта от осигуряване на лични асистенти за психично болните.

Според вас, какво може да направи общината за хората с тежки психични разстройства и увреждания, така че да се подобри тяхното положение в общността? (Въпросът е задаван в свободна форма)	%
Без отговор	14.0
По-високи социални помощи	6.0
Осигуряване на личен асистент	36.0
Осигуряване на центрове за социална рехабилитация	51.0
Осигуряване на защитено жилище	6.0
Да ги води на диспансерен отчет	6.0
Безплатни лекарства	2.0
Осигуряване на работа	9.0

При работата с подобни пациенти ОПЛ най-силно акцентират върху ролята на процеса на ре-социализация и трудова интеграция на пациентите. В тази посока са и настояванията на ОПЛ за развитието на услуги от столична община.

ЧРЕЗ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА КАКВИ ГРИЖИ ОБЩИНА СОФИЯ, БИ МОГЛА ДА БЪДЕ ЕФЕКТИВНА ПРИ РАБОТАТА С ХОРА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА И УВРЕЖДЕНИЯ!	Средна оценка по шестстепенна скала
При всекидневната грижа за тях – услуги, подобни на социален асистент, личен асистент	5.96
Социален патронаж	5.83
Чрез оказване на финансова помощ на болния	4.92

Чрез организиране на обучения за близките на болния	5.97
Чрез осигуряване на възможности за социална рехабилитация и социализация – дневни центрове, защитени жилища)	5.99
С помощ при трудова терапия – осигуряване на условия	6.00
При намиране на работа	5.69

V. СИТУАЦИЯТА В СИСТЕМАТА, ПРЕДОСТАВЯЩА СОЦИАЛНИ УСЛУГИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА СТОЛИЧНА ОБЩИНА

1. ОРГАНИЗАЦИОННИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СОЦИАЛНАТА СИСТЕМА КАТО ЧАСТ ОТ СИСТЕМАТА ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

На територията на столична община функционират две публични структури, които според българското законодателство имат ангажимент към хората с психични разстройства – „Агенция за социално подпомагане“ (национална държавна структура) и отделите „Социални дейности“ към общинската администрация (общинска структура).

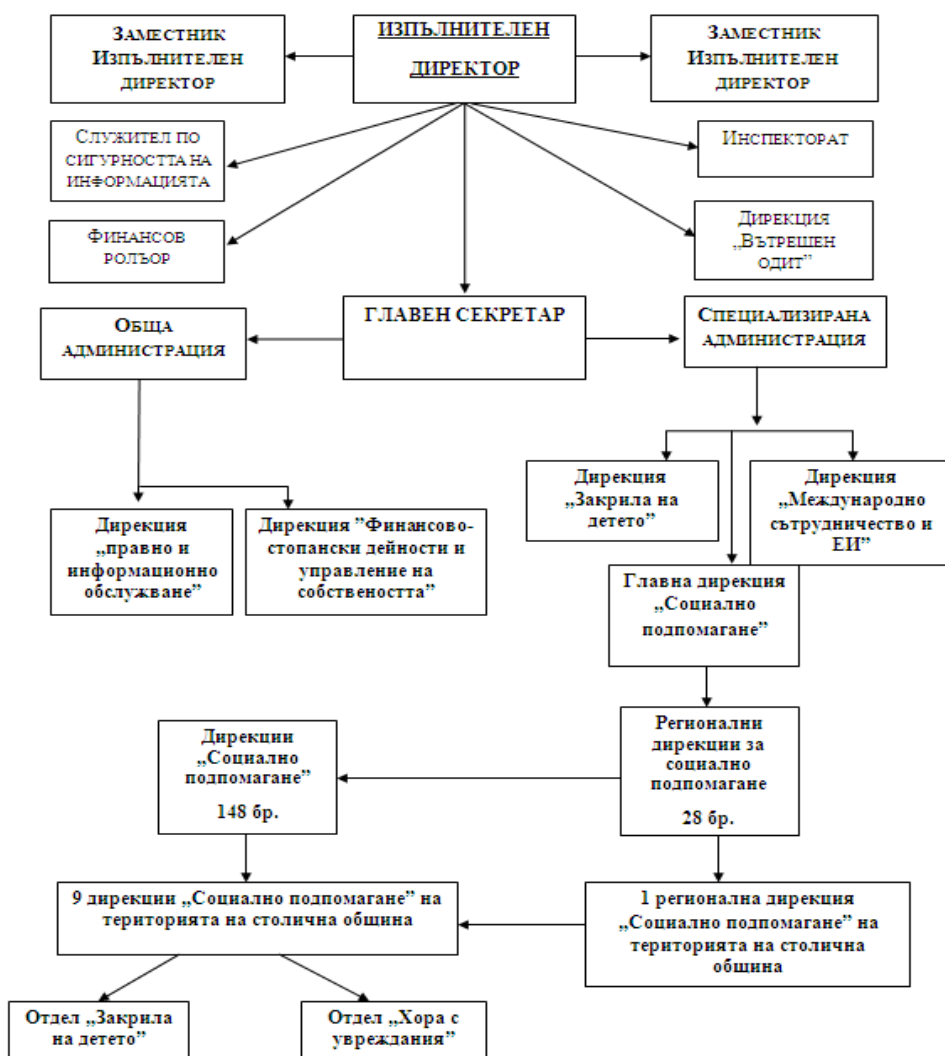
1.1 Национална агенция за социално подпомагане

Национална агенция за социално подпомагане (АСП) включва два типа административни звена – обща и специализирана администрация¹⁹ (вж. Фиг. 2). Агенцията покрива областите в България посредством мрежа от национални, регионални и локални структури – дирекции. Хората с психични разстройства са категоризирани като „хора с увреждания“, тоест те са основни потребители на услуги, предоставени от специализираната администрация на АСП. Обособено е специално звено, което координира и управлява политиката в тази сфера – **главна дирекция социално подпомагане**²⁰. Политиките и управленските решения се свеждат на по-ниско равнище от **регионалните дирекции за социално подпомагане** (28 в страната). Те координират дейности и провеждат политики на локално равнище – към дирекции **социално подпомагане** (148 в страната). В рамките на столична община функционират девет дирекции СП, които покриват 9 района – „Сердика“, „Връбница“, „Възраждане“, „Лозенец“, „Красно село“, „Оборище“, „Слатина“, „Младост“ и „Люлин“. От своя страна, всеки от тях включва няколко общински района. Например, дирекция „Красно село“ обхваща „Красно село“, „Витоша“ и „Овча купел“. Единствената за града регионална дирекция (София - град) координира функционирането на всички изброени по-горе подзвена.

Фиг. 2 Организационна структура на АСП

¹⁹ http://www.asp.government.bg/ASP_Client/jsp/main.jsp

²⁰ В специализираната администрация се включват освен главната дирекция и още два звена – „Закрила на детето“ и „Международно сътрудничество и ЕИ“. Те не са обект на изследване и няма да бъдат анализирани подробно.



С потребителите на социални услуги пряко работят 9-те дирекции СП. Всяка една включва в себе си два основни отдела – отдел „Закрила на детето“ и отдел „Хора с увреждания“. Индивидите с психични разстройства представляват част от така определената група „хората с увреждания“. Ето защо според нормативната рамка съответните отдели на територията на столична община следва да са основните проводници на националните политики и програми за психично здраве. Основните им задачи се свеждат до осъществяването на социалните услуги насочени към групите поставени в неравностойно положение (поради конкретното заболяване), провеждане на социални анкети, разпределяне на потребителите към специализирани институции и администриране на цялостния процес. Може да се каже, че АСП е организация, която функционира на бюрократичен принцип, при ясно обособени функционални отдели и строга централизирана йерархия.

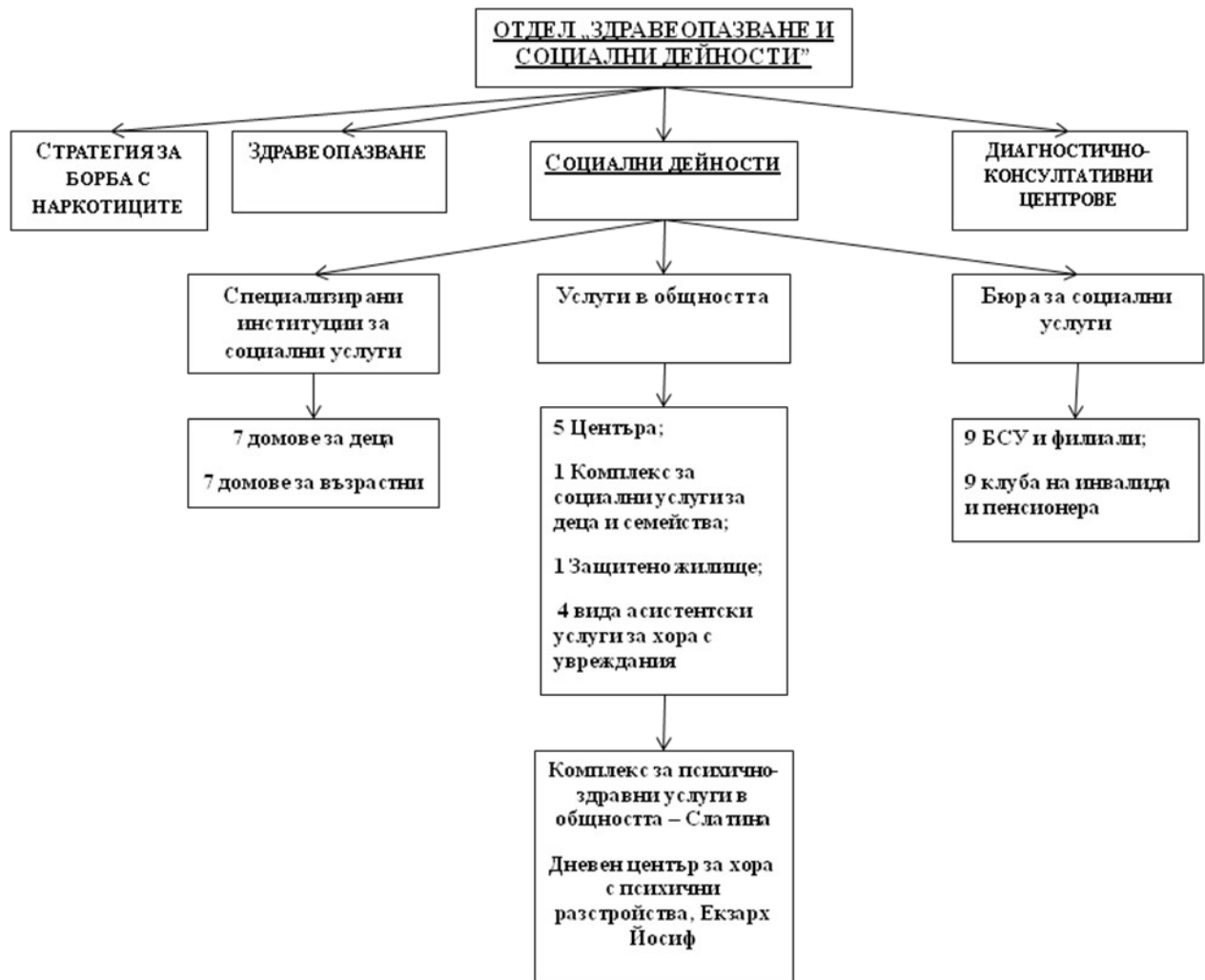
1.2 Отдел „Социални дейности“ към столична община

Социалната система в общината на гр. София, е представена от отдел „Здравеопазване и социални дейности“ (вж. фиг. 3)²¹. В него се включват четири структури като темата на изследването засяга най-вече дейността на отдел „Социални дейности“ и всички негови структури: „Специализирани институции за социални услуги“ (домове за възрастни хора, домове за деца с увреждания, деца без родители, социално слаби и т.н.) 9 „Бюра за социални услуги“ (издават карти за транспорт и оформят документация) и „Услуги в общността“ (към която са дневните центрове, защитените жилища и информационните центрове). Чрез посочените структури общината прави опит функционално да покрие всички мислени като необходими зони на социални услуги към хора с увреждания. Сред тези три отдела от най-голямо значение за изследването е „Услуги в общността“. Социалните работници от това звено се занимават с терапии и програми на равнището на конкретна специализирана институция – дом, защитено жилище, дневен център, здравен комплекс и др. Изброените организации се стопанисват и финансират от общината. Те са на пряко подчинение на кмета на гр. София. Посочените звена са изпълнители на публичните политики за работа с хора с увреждания и специално за осъществяване на общинската стратегия за психично здраве. Специализираните организации, в които се предлагат услуги за хора с психични проблеми на територията на общината са две: „Комплекс за психично-здравни услуги в общността - Слатина“ и „Дневен център за хора с психични разстройства“ на Екзарх Йосиф 59²². В тях се реализират методики за социална интеграция и терапия в зависимост от конкретното заболяване на даден човек.

²¹ <http://dsd.sofia.bg/>

²² Споменатите организации ще бъдат обект на анализ в специална част по-долу в текста

Фиг. 3 Организационна структура на отдел „Социални дейности“ към столична община



1.3 Взаимодействие между дирекции „Социално подпомагане“ и отдел „Социални дейности“

От представеното по-горе описание на двете структури, изглежда сякаш територията на столична община е покрита с гъста мрежа от организации, които предоставят социални услуги на „хората с увреждания“. От една страна, функционират дирекциите на АСП, които обхващат всички административни райони в столицата, а от друга се разполагат звената на общинските социални служби. Ако дирекциите на АСП провеждат национални програми и политики за социални грижи, то службите към общината са специализирани по отношение на локалните услуги в общността. Може да се направи и още едно допълнение – ако първите структури администрират процеса и разпределят потребителите на социални услуги на входа на системата, то вторите структури ги поемат на етапа на социалната интеграция и терапия. Ако един човек с увреждане търси социални услуги, то той следва да се обърне към служители на АСП на територията на квартала или района, в който е регистриран (адресна регистрация). Следват процедури по изясняване на неговия социален статут (каква нужда от социална грижа има лицето), оценка и съответно

комплектуване и задвижване на нужната документация. Ако потребителят на социални услуги има нужда от настаняване в специализирана институция, социалните работници го разпределят към съответната институция. Социалните домове, дневните центрове, защитените жилища и др. се стопанисват от столична община. Следователно оттук-нататък потребителят преминава в ръцете на общинските социални служители от отдел „Социални дейности“. Последните отговарят за социалната рехабилитация и терапията в специализираните институции. Водещ принцип е това, че съответната институция се намира в конкретен административен район на столицата и следователно отделните общински райони имат дейно участие в провеждането на „социални политики в общността“. Когато обаче се вгледаме внимателно в твърденията на респондентите от различните социални служби се оказва, че ситуацията е доста по-различна от формално установения ред: *„Защо се поддържат структури от общината, чиято единствена задача е да издават карти за градския транспорт? Не ми е ясно с какво се занимават служителите там, биха могли да са полезни, ако не седяха само зад бюрата си.“* (интервю, директор на районна дирекция АСП) *„Ние не се занимаваме с предоставянето на специализирани услуги, за това се обърнете към АСП... ние комплектуваме документи... от АСП се занимават с хората“* (интервю, социален работник към общината) *„Ако имате някакъв проблем не ни се обаждайте на нас... ние не отговаряме за тези услуги... хората с увреждания са към АСП. Те ще задвижат документите и ако се налага да се настаните в дом... те ще ви насочат, ние не се занимаваме така... само че трябва да отидете на място в службата, защото в момента нямат работещ телефон“* (интервю, социален работник към общината)

Социалните работници от двете описани структури непрекъснато си прехвърлят отговорности и се остава с впечатление, че не е много ясен пътят, по който следва да премине, за да получи информация или социална услуга: *„Много са усложнени и напрегнати отношенията между държавните структури и общинските.“* (интервю, социален служител, АСП). Оказва се, че щом се касае за хора с увреждания дирекциите към АСП извършват значителна част от административните процедури, докато ролята на социалните служители към общината е сведена до поемане на грижи на територията на дадена специализирана институция. В такъв случай, недоумение буди наличието на множество социални служби в общинската администрация. Освен изброените дотук отдели, към всеки столичен район съществуват и звена „Образование, култура и социални дейности“. От проведените интервюта остава неясна ролята на служителите в тях по отношение на хората с увреждания. Трябва да се подчертае, че респондентите са силно критични към съществуващата социална система и към нейните възможности за ефективна дейност и подкрепа на хората с увреждания. Основните критики са насочени към това, че *„системата е твърде трмава“*, *„не са ясно дефинирани и разпределени взаимоотношенията между общински и национални структури“*, *„твърде много е бюрократизирана работата на социалните работници“*, *„не е налично активно и постоянстващо взаимодействие между отделните звена“* (фокус група, социални работници). Като генерална, базисна оценка изпъкна мнението, че така изградена системата е трмава при решаване на социалните проблеми на хората с увреждания въобще, неясна е като ангажираност на отделните звена в двете структури (държавна и общинска) към конкретните проблеми на хората и трудна за използване от бенефициентите.

Какви са причините, които карат служителите да отправят нападки едни към други? По какъв начин функционира социалната система по отношение на хората с психични разстройства? Как може да бъде оценена социалната система като част от системата за психично здраве?

2. **ОЦЕНКА НА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТА В СИСТЕМАТА ЗА СОЦИАЛНИ УСЛУГИ ЗА ХОРА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА И УВРЕЖДЕНИЯ**

Една от основните характеристики на психичните заболявания е загубата на социални умения, ето защо един цялостен комплекс от психично-здравни грижи следва да включи и услуги, свързани с социалната интеграция (ресоциализацията) и терапия. Тъй като ефективността на социалните услуги зависи както от функционирането на съответните структури, така и от взаимодействието между тях и организациите в здравната система, анализът ще се ориентира в две основни линии:

- **Вътрешноорганизационен аспект** - анализ на начина, по който функционира социалната система „отвътре“. Изследване на затрудненията и проблемите, които възникват по отношение на организацията на работата и взаимодействията на отделните звена.
- **Външноорганизационен аспект** – анализ на механизмите на функциониране на социалната система в нейното взаимодействие с организации от здравната система. Основният въпрос тук е по какъв начин, от гледна точка на социалните работници, си взаимодействат социална и здравна система спрямо хората с психични разстройства.

2.1 **Организацията отвътре – постоянно възникващи трудности**

2.1.1 *Дирекциите на АСП и социалните служби към общината - силно централизирани успоредни структури*

Социалните служби към общината и дирекции „Социално подпомагане“ към АСП функционират като част от две отделни силно централизирани организации. Йерархичните звена са многобройни и управленските задачи се изпълняват отгоре-надолу при липса на активна обратна връзка към по-високите нива (вж. фиг. 2 и фиг. 3). Наличието на два центъра (репрезентирани от кмета на общината, от една страна, и директорът на главна агенция за социално подпомагане, от друга) води до това, че **структурите съществуват като успоредни и паралелни, но не и като взаимнодопълващи се**. Това е не само предпоставка за „неефективно съревнование“ и нападки между служителите, но и за откъснатост на дейностите.

Интересно развитие претърпяват регионалните представителства на АСП. Във време когато непрекъснато се говори за децентрализация на държавните публични услуги, там се случва точно обратното – от самостоятелни юридически лица регионалните бюра са трансформирани в зависима брънка от силно централизирана система²³. Интервюираните

²³В интервюта респондентите разказват за последната значима административна реформа. При създаването на „Национална агенция за социално подпомагане“, от самостоятелни юридически лица, отделните дирекции се променят във функционални звена. Преди реформата те имат право на сключване на самостоятелни договори и да се самоорганизируют в зависимост от нуждите на конкретната дирекция.

недоумяват причините за тази трансформация и не крият, че като самостоятелни юридически лица са били са по-гъвкави и по-полезни: *„Непрекъснато се говори за децентрализация, но при нас стана обратното – цялата власт е съсредоточена в директора на АСП. Това пречи на работата, защото не може директорът да знае какво се случва във всеки един момент във всяка една от дирекциите и от какво има нужда, за да бъдат доволни бенефициентите.“* (интервю, директор, АСП)

Силната централизация на организациите води до редица затруднения в пряката работа с потребителите на социални услуги. Тъй като ситуацията се променя интензивно и динамично, те не могат да отговорят ефективно на нуждите на хората с увреждания, тъй като силно централизираната структура е тромава и трудно променяща се. Всяко важно решение се взема главния директор, който отговаря за многобройните звена в системата. Резултатите от описаната ситуация са ясни: **тромава и затормозена (постоянно възпроизвеждаща трудности) организация на работа** - *„Дори чистачката в Каспичан, трябва да се назначи от директора на АСП.“* (интервю, социален работник, АСП) и съответно - **липса на стимули за качествена работа**, което дистанцира младите специалисти от започване на работа в социалната система: *„Директорът определя заплатите, но той как може да знае, всеки един служител как работи – затова получаваме усреднени възнаграждения, което убива всяка инициатива и по-различно отношение към работата.“* (интервю, директор, АСП).

Силната централизация води след себе си и до твърде бюрократизиран принцип на работа. Служителите се занимават с обработката на огромни количества документи, които трябва да бъдат разгледани и одобрени от по-горните административни звена и едва тогава да се пристъпи към осъществяване на конкретни социални услуги. Начинът на организация на работата превръща социалните работници в „кабинетни чиновници“, като ги отдалечава от полевата работа с хора, от т. нар. „работа на терен“. Не случайно представители на АСП и общината изразяват недоволство от *„бумажината, с която сме зарити и непрекъснатото писане на отчети“*. Те са силно критични към седенето зад бюрата и със съжаление констатират факта, че *„попълването на различни бланки и документи не ни позволява да излизаме на терен, толкова често, колкото трябва и ни се иска, за да вършим работата си така, както хората очакват.“* (интервю, директор, АСП).

II.1.2 „Парцелирани“ социални услуги – потребители „на парче“

Съществуването на множество йерархични звена и на успоредни структури води не просто до „тромавост“ на системата, но и до „парцелиране“ на социалните услуги. Това не означава, че услугите са раздробени или се предоставят на парче, значението, което се има предвид е друго. Множеството звена създават организация на работа, в която голям брой различни служби се ангажират с реализирането на една или няколко социални услуги. Специализацията и разпределението на задачите е типична характеристика на всяка бюрократична система. Тяхната полезност за всяка организация е очевидна, но само при положение, че взаимоотношенията между отделните структури са ясно регламентирани и позволяват ефективна работа. В случая става дума не просто за тежка бюрократична машина, но и

Директорите сами изготвят щатните и ресурсните разпределения, което създава по-голяма гъвкавост при работа и предоставяне на социални услуги. В интервютата споменатата реформа се оценява изключително негативно

за две паралелни организационни структури. **Комплексът от социални услуги се реализира от голям брой служители и от многоетажна йерархия при неясни регламенти и разделение на функциите.** Нека проследим процеса внимателно. Пътят е дълъг и труден.

Възможностите за задвижване на системата за социални услуги са две – първата е, чрез сигнал от общността (семейството на бенефициента, съседи, познати и т.н.), а втората – с молба от човека с увреждане. След това пътят е един – първо, трябва да се получи решение на ТЕЛК, за което се чака с месеци. Съществува правило, че то трябва да се подновява на всеки три години. Подновяването отнема време, провеждат се множество медицински прегледи и коства много излишна енергия на клиентите на системата. След като се сдобие с решението на ТЕЛК, ако нуждаещият се е в трудоспособна възраст и няма работа, трябва да се запише в бюро по труда. След това с молба да се обърне към поделенията на АСП, чиито служители изследват случая, попълват анкети с близки, познати, оценяват ситуацията и дават предписания. Дейностите по изпълнението на предписанията е задача на отдел „Социални дейности“ към общината – звената „Специализирани институции за социални услуги“ и „Услуги в общността“. Законът, който разпорежда всичко това се нарича Закон за интеграция на хора с увреждания. По време на всичките тези фази хората с увреждания попълват документи и биват препращани многократно от звено към звено. Описаната ситуация съдържа в себе си много „идеални условия“. Ако лицето обаче няма адресна регистрация или документи се задействат процедури по изясняване на неговия статут. Въпреки доброто желание на социалните работници не може да бъде избегнато обикалянето на множество йерархични равнища и препращането към други институции. Силно утежнена е и ситуацията, при която потребителят на социални услуги няма роднини – на практика той става зависим от помощта на социалните служители на всяка една стъпка. Сложно функциониращата система изисква и детайлно познаване на възможностите, които предоставя. Дисфункциите, които хората с увреждания имат, най-често не им позволяват да се справят сами с попълването на документи и обикалянето по кабинетите. Основно правило при оказване на грижи в българската социална система е човекът с увреждане да я потърси лично, тоест инициативата да е в него. Подобно изискване е полезно и важно, особено като се има предвид, че в България няма статистика на хората с увреждания като цяло, нито като типове увреждане. За съжаление, обаче, този подход не е съобразен със спецификата на конкретните заболявания. Така, например, хората с тежки психични разстройства често нямат вярна преценка за състоянието си, или просто не могат да реагират адекватно на възможностите, предоставени по този начин от социалните служби. **В действителност те или не се обръщат за помощ, или са непостоянни в търсенето ѝ. Парцелирането на социалната грижа изисква от потребителите да бъдат „системни“, да обикалят по звената, за да съумеят сами (или с помощта на свои близки) да „сглобят“, иначе полагащите им се по закон социалните услуги. Липсва персонален подход, който може да бъде реализиран единствено, ако всеки един пациент (случай) бъде поверен и системно обгрижван от конкретен служител, запознат в детайли с историята на заболяването и фамилната ситуация на човека с психични проблеми.**

Тази ситуация връзва до голяма степен ръцете и на самите социалните работници. Те често изпитват безпомощност при опита си да помогнат на хора с увреждания, тъй като за тях също подготовката на документи и успешното реализиране на работните задачи изисква взаимодействия с колеги в многоетажна и тровава йерархия на две паралелни структури. Всичко това създава в тях усещане за хаос и неподреденост. За да бъде работата им по-ефективна и служителите са принудени да „заобикалят“ формалностите по закона, да използват лични познанства, тоест да разчитат не на правилника, а на личния фактор: *„Всичко се работи на парче – няма правила, няма статус. По закон ние можем да направим много малко за психично болните... при случаите не работим с МЗ, а с лечебните заведения всичко става по телефона и с познати... по официалния ред става много бавно и трудно.“* (интервю, директор, АСП)

Изводът, който може да бъде направен е, че организацията на работа в сферата на социалните услуги е неефективна. Често сложните взаимодействия между основните й структури – АСП и общината - **възпират нуждаещите се**. И това се отнася най-вече за хората с увреждания, които вместо да бъдат подпомагани, за да могат лесно и бързо и с минимални усилия да се справят с изискванията за получаване на социални услуги, са принудени да обикалят от инстанция на инстанция, да попълват безкрайни документи и да чакат на опашки в продължение на часове.

II.2 Социални грижи и услуги към хората с психични разстройства и увреждания

Прави впечатление, че в настоящата част от доклада не се говори единствено за хора с психични заболявания, а за тях като част от по-общата категория „хора с увреждания“. Причината за това е, че в самата социална система не се прокарва ясна различителна линия между специфичните психични заболявания и другите увреждания. Не само не съществуват специализирани политики и социални услуги към хората с психични проблеми, но в социалните служби не съществуват звена, в които да се работи с психично болни. Съществува отдел „хора с увреждания“, а вътре в него всички случаи се разглеждат в обща схема. Проблемите, с които се сблъскват индивиди с различна степен на инвалидност, умствена изостаналост, шизофрения, параноидни разстройства, хроничен алкохолизъм, белодробно заболяване или левкемия, например, са различни и всеки опит да се провеждат общи стратегии би бил неадекватен и неефективен. Към настоящия момент съществуват три основни социални услуги, които се предоставят генерално на „хората с увреждания“, и имат отношение към психично болните:

1. **Социални помощи**, които се изплащат на лица при установена степен на инвалидност и нарушена трудоспособност. За социалната система няма значение качественият аспект на увреждането, а единствено количественият – колко процента инвалидност има даден човек. На тази основа се определя парична помощ и възможностите за заемане на ново работно място (през бюро по труда). Тук основен проблем обаче остава намирането на работа, тъй като в България не функционират специализирани бюра по труда за хора с увреждания, а работодателите избягват да наемат работна ръка с намалена трудоспособност;

2. Услугите – **социален асистент и личен асистент**²⁴. Тези услуги се предоставят от общината и държавата с цел по-интензивна и полезна грижа за болния човек в домашна среда. Предимството на програмите е, че роднини на болния могат да станат лични или социални асистенти и да получават регулярно заплащане, за грижи, които така или иначе предоставят ежедневно.

3. Настаняване в **специализирана институция**. След установяване на заболяването чрез експертно решение от ТЕЛК, социални работници от дирекциите на АСП насочват хората към конкретна специализирана институция. Специализираните центрове и домове в София са малко както на брой, така и като профил (тип заболяване). Те не обхващат значителна част от хората с психични разстройства.

По отношение на хората с психични разстройства, системата за социални услуги следва да работи така, че да отчита всички специфики на тази група хора, да съдейства за тяхното ресоциализиране и запазване доколкото е възможно качеството им на живот в общността. Съществуват, обаче, редица пречки, за да може да се отчете действителна ефективност на социалната система по отношение на услугите за психично болните.

➤ *Неумение на социалните работници за работа с хора, страдащи от психични заболявания*

Според интервюираните социални работници най-голям проблем при работата им с психично болни е липсата на обучения: *„Няма специални обучения, ние се обучаваме сами от практиката. Във всяка една социална служба трябва да има поне един социален, който да е специално обучен за работа с тези хора – да може да контактува с тях, или поне да разбира дали срещу него седи човек с психично заболяване, или не. От друга страна при нас идват много хора, които по личната ни преценка са психично болни, но нямат поставена диагноза. И за тях не можем да направим нищо.“* (интервю, социален работник, АСП)

През последните месеци набира сили услугата „Личен асистент“ за хора с увреждания, която се финансира по програмата „Човешки ресурси“ по линия на АСП. Съответно общината развива услугата „Социален асистент“. Основната цел на двете програми е да се осигури всекидневна помощ за хората с увреждания, независимо от типа увреждане. Асистентите могат да бъдат или не роднини на хората с увреждане. За съжаление и двете услуги се оказват трудно достъпни за хората с психични заболявания. Сред основните причини са непознаването на този тип увреждания и липсата на обучение. Друга причина, която не се отнася до близкия семеен кръг на болния, но може да включва широкото семейство е страхът от този вид заболявания и възприемането на болните като опасни: *„Проблем има с осигуряването на лични асистенти – понякога самите клиенти на социалните служби не желаят да им се назначават такива, но по-сериозният проблем е, че самите асистенти не желаят да работят за психично болни хора и като чуват, че става въпрос за това, бързо се отказват.“* (фокус група, социални работници)

Неразбирането на хората с подобни увреждания е част от проблемите, причинени от липсата на умения за работа с тях. Най-сериозната последица от неумението на социалните работници да работят с хора с психични

²⁴ За тях ще стане дума подробно в следващата глава

заболявания е „изпадането“ на болните от системата. Те реално не получават качествени социални услуги и това ги „отблъсква“ от социалната грижа, те престават да я търсят и постепенно връзката им със социалната система се прекъсва: „Ние не можем да ги следим – ако те престанат да идват при нас, не знаем какво се случва с тези хора – грижи ли се някой за тях, как живеят и от какво имат нужда. И това е един от начините системата да се освобождава от тях.“ (интервю, директор, АСП)

Резултатът е, че болните са оставени да се справят с живота и ежедневието, както могат, а техните умения като правило са не само недостатъчни, те изглеждат неадекватни от гледна точка на поведението на „нормалните хора“, а също така и на работещите в социалните служби.

➤ *Липса на възможности в системата за психично здраве за помощ на „бездомници“*

Тази група хора става все по-голяма и разнообразна в София. Проблем е не само нейното нарастване, но и в обстоятелството че около „70% от бездомниците са хора с психични проблеми.“ (интервю, психиатър, болница). Тя включва различни подгрупи. В интервютата социалните работници ги наричат „бездомници“, затова и анализът ще се придържа към този термин. Тук се включват всички, които нямат лични документи и не могат да бъдат идентифицирани; тези, които са загубили жилищата си – често психично болните губят жилищата си, поради измами; скитащи по улиците с дни без да се прибират по домовете си поради психично разстройство (в това число и хора живеещи в съседни населени места, които успяват да стигнат до София и не могат да се приберат) и др.

Причините, поради които те не могат да получат социални услуги са няколко – първо, трудно могат да бъдат идентифицирани (поради липса на документи), което означава, че съответният случай не може да бъде изследван и да се даде предписание; второ – често те нямат диагноза, което е пречка за явяване пред ТЕЛК и съответно за предписание; трето – не са здравно осигурени и нямат лични лекари, което също е пречка за явяване пред ТЕЛК: „Голям проблем и тежко решим законово са бездомниците. Така през зимата една жена я разкарвахме напред-назад и в края на краищата си остана на улицата. Няма услуги, които да реагират бързо за такива хора. Две трети от бездомниците са с психични заболявания и повечето от тях нямат експертно решение. Което значи, че не може да получават помощи, защото нямат ТЕЛК, защото не са здравно осигурени и нямат личен лекар. Получава се един порочен кръг.“ (интервю, социален работник, АСП).

Според мненията на социалните работници от АСП и общината единственото решение на въпроса с бездомниците са институциите (домовете за настаняване на хора с психични заболявания): „Необходимостта от институциите все още е голяма – там хората получават необходимата им помощ и социалният работник ще е спокоен, че си е свършил работата, а и човекът ще е добре, защото там ще се грижат за него.“ (интервю, социален работник, община).

Коментирайки противоречието между необходимостта от съществуването на институциите и същевременно основната задача на социалната политика - преминаването от грижите в институциите към грижи в общността, социалните работници са категорични, че на този етап „Обществото не е готово да приеме хората от домовете. Трябва да се разграничават хората, които са трайно там – хората, пожелали сами да са там и близките им не умеят и не могат да се грижат за тях. Значи тези хора

трябва да бъдат настанявани в подходящи институции и за тях да се полагат здравни, психиатрични и психологични грижи, адекватни на тяхното състояние” (интервю, директор, АСП). В този контекст при психично болните на преден план излиза проблемът с възможните алтернативи, които на практика не съществуват, особено за тези, които или нямат семейства, или семействата им са се отказали да се грижат за тях – случаите, в които грижата в общността е невъзможна.

В тясна връзка с грижата в общността за хората с психични заболявания и разстройства е отношението на стигма в обществото към този вид заболявания. В сравнение с хората с друг тип увреждания – физически и умствена изостаналост – към тях обществото проявява най-висока степен на нетърпимост и липса на състрадание „*Специално за тези хора, обществото се отръсква от тях, както човек си тръска престилката. Това се отнася дори до децата. Дневен център за деца с умствена изостаналост има в Сердика, защото те не са опасни, но за другите – няма, считат ги за опасни*” (интервю, директор, АСП)

Показателно за пренебрегването на специалните нужди на хората с психични отклонения е, че към момента на изследването в гр. София функционира един дом – в с. Подгумер, в който живеят хора с умствена изостаналост и психични проблеми.

II.3 Взаимодействие между здравната и социалната системи

Осигуряването на ефективен комплекс от здравно-социални услуги за хората с психични разстройства и увреждания в голяма степен зависи от изградените практики на взаимодействие между социалните структури и здравните организации. В първа глава на доклада, в анализа на здравната система, стана ясно, че лечебните заведения изпитват затруднения в отношенията със социалните работници. Подобен тип проблеми съществуват и от страната на социалните служби. При липсата на конкретни политики в областта на психичното здраве и след като в службите изпитват трудности в работата с различни случаи на психични заболявания, най-често топката се прехвърля към лечебните заведения: „*Ние можем да предоставим помощи или да помогнем на лицето да бъде настанено в дом, но това са заболявания и не ние имаме ангажимент към тях. Щом става въпрос за заболявания, МЗ и болниците имат отговорност. Не е в сферата на нашата компетентност грижата за психично болните.*” (интервю, директор, АСП)

От своя страна, специалистите в лечебните заведения се дистанцират от тази ситуация, твърдейки: „*Вижте... ние се занимаваме с психично болни, но те са хора със сериозни социални проблеми. Ние можем да ги приемем в болницата и да ги лекуваме, но след изписването социалните трябва да ги поемат... не можем ние да им вършим работата... и без това нямаме представа какво се върши там в кабинетите им... нека се размърдат и те малко.*” (интервю, психиатър, болница)

Прехвърлянето на отговорности и взаимните нападки са свидетелство за липса на регламенти във взаимоотношенията между здравна и социална система. Няколко, обаче, основни проблеми излизат на преден план:

Първо – липсва единна информационна система, в която да се поддържа база от данни за случаи на хора с психични разстройства. Нито социалните служби разполагат с информация за психично болните в района, в който работят, нито от здравните заведения се предоставя информация за пациентите. Това създава ситуация, в която за потребителя на социални услуги често няма предварително знание по отношение на неговият

психично-здравен статут. Социалните работници не притежават професионалната компетентност да диагностицират и така лицето бива препращано към здравната система. Липсата на национален регистър затруднява процесите на комуникация и взаимодействие между социални служби и здравни заведения. Отново, за да се излезе от проблемната ситуация се търсят лични контакти. Стига се до забавяне на процеса на лечение и трудности в достъпа до социални услуги. Особено остро е поставен проблема за групата на „бездомниците“. На практика те остават „невидими“ за системата: *„Когато от дом или болница изпишат или освободят някого, пускайки го на улицата, той е потенциално човек в риск, особено ако е без близки или без дом. Тогава социалните служби биха могли по някакъв начин да се погрижат за него, стига да разполагат с информацията, че той е някъде там.“* (интервю, директор, АСП);

Второ – в социалните грижи липсват механизми за откриване и търсене на случаи на хора с психични разстройства. Цялата система е базирана на „личната инициатива на потребител с адресна регистрация“. За човек с тежко психично заболяване често търсенето на професионална помощ твърде често е невъзможно. Подобни механизми липсват и в здравната система. И в двата случая се реагира на сигнали от общността и ако такива не са налични не се задвижват никакви услуги. Психичните разстройства изискват едновременно социална и здравна грижа. Поради липса на единност в дейността, задействането на различни структури едновременно не се случва – *„проблемът се прехвърля или към болниците, или към социалните“*.

Трето – и в двете системи не съществува споделено знание за услугите, които могат да се предоставят. Това създава неяснота за професионалните компетенции и сферите на дейност сред специалистите и в двете системи: *„Голяма част от услугите които се предлагат не се знаят от работещите в социалната сфера – не се знае какво точно се предлага... един сайт ли да има, където да се публикуват всички тези услуги, с контакти и специалисти. Така че всички да имат представа къде и какво точно може да се получи. Става така, че ние които сме в социалната сфера не знаем какво точно се предлага в здравните услуги, предполагам, че и при тях е така.“*

Четвърто – взаимодействията между здравна система и социална система не са принцип на функциониране на системата за психично здраве към момента на изследването. От една страна, съществуват успоредни и строго централизиранни структури на социална грижа, а от друга – съществуващи откъснати едно от друго болнични заведения, на пряко централно подчинение на МЗ. Създават се условия за хаотичност и разпокъсаност на взаимодействията. Отново на преден план излизат личните отношения при решаване на отделни случаи – водещ се оказва личният фактор;

Пето – общата рамка на предоставяни услуги за „хората с увреждания“ създава отдалеченост на социалните работници от спецификите на отделните случаи на психични заболявания. Решението се търси изцяло в институциите. Хората с психични разстройства следва да са ангажирани на МЗ и по този начин работата на социалните служители се свежда до обработка на документи при настаняване в домове. Последните се мислят като основните места за „лица с такива проблеми“. Психичното разстройство бива третирано като „биологично болестно състояние“ и по този начин необходимостта от социална терапия и интеграция остава на заден план. Подобно мислене отвежда към идеята за „лечение“ и „компенсиране на умения“, но не и за ресоциализация и използване на социалния потенциал

на човека с психично разстройство. Едно от основните оплаквания от специалистите и в здравната и в социалната системи е липсата на капацитет на съответните организации – те не могат да поемат грижата за максимален брой психично болни. Болничните заведения не разполагат с достатъчна леглова база, а финансирането на преминал болен стига за кратък престой. В социалните домове се настаняват нуждаещи се, но обикновено местата се запълват бързо и списъкът с чакащи съответната социална услуга е непосилно голям. Взаимодействието на здравна и социална система в това отношение се възпира от ресурсни и инфраструктурни ограничения: „За какви лечебни заведения говорим? Вика се спешния център и ако оттам решат да не отидат, няма сила, която да ги накара да отидат. Но оттам вече ти настаняват в Иван Рилски, но само за 20 дни. А ние не можем да ги приемем в центровете за временно настаняване, защото там е много заето. Там няма персонал, който да се грижи за тези хора.“

Проблемите свързани с настаняването в специализирани институции отвежда анализа към следващ основен пункт от националната програма за психично здраве – възможностите за интеграция в общността.

2.4 От деинституционализация към ефективна грижа в общността-мисията невъзможна

Националната политика за психично здраве предвижда активен процес на деинституционализация и изграждане на активна мрежа от междинни форми на грижа – дневни центрове, центрове за рехабилитация, защитени жилища.

Към настоящия момент на територията на столична община функционират няколко такива организации. Дневен център към градския диспансер, в който се провеждат ежедневни терапии. Организацията се намира в сградата на областния диспансер и „има за цел да затвори цикъла в самата болница. Пациентите на болницата да получат и друг тип грижа свързана с тяхната интеграция в общността“ (интервю, социален работник, дневен център). Центърът е създаден през 2007 година и е приемник на клуб „7-ми етаж“ – местна структура за консултации на хора с психични разстройства. Хората с психични заболявания могат да останат в центъра известно време като за тях се предлагат различни терапевтични програми. Все пак дневният център функционира като част от градския диспансер и не предлага цялостен комплекс от услуги за интеграция в общността.

На територията на болница „Александровска“ с финансиране по международен проект са създадени дневен център и защитено жилище. Поради усвояване на всички средства и невъзможност да се продължи финансирането дневният център не функционира, въпреки че всички останали условия са налице. В първата глава на доклада бе посочено, че един от основните проблеми на системата за Психично здраве е невъзможността да се осигури „устойчиво развитие“ на подобен тип проекти поради липса на устойчив механизъм за финансово подпомагане от държавата.

От 2008 година стартира „Комплекс за психично-здравни услуги в общността - район Слатина“²⁵. В комплекса функционират дневен център и защитено жилище. Провеждат се програми като „водене на случай“, „програма за развитие и поддържане на основни житейски умения“ и др. Той възниква като проект, финансиран по програма ФАР на ЕС. В основата на

²⁵ <http://www.mh-community.org/>

проекта стои международната неправителствена организация „Глобална инициатива по психиатрия“ (ГИП) с нейната си местна структура в София²⁶. На практика това е единствената НПО организация, която развива последователна политика в сферата на Психичното здраве на територията на България²⁷. Към настоящия момент финансирането по програма ФАР е преустановено и Столична община поема бюджетирането на програмите към центъра. Това става като общината включва в управлението тази социална услуга, осигурява финансиране, но запазва досегашното ръководството (ГИП и партньор) на центъра.

Няколко са основните проблеми, пред които се изправят описаните инициативи:

Първо, **методиките**, с които центровете се съобразяват са подготвени от общината без участието на експертен съвет и без активна консултация със заетите в съответната организация специалисти. Това създава организационни трудности в процеса на работа. В концепцията на общината, така както респондентите я описват, се съдържа допускането, че един дневен център следва да функционира като социален дом, макар и в общността. Хората с психични разстройства следва да прекарват ежедневието си в центъра и да се обучават чрез компенсирани социални умения методики. Това означава, че дневните центрове се мислят като специализирани институции, но не и като места за рехабилитация и интеграция в общността. Процес, който не води до деинституционализация, а може да бъде описан като **„институционализация в общността“**. Замисълът на тези услуги е в това хората с психични разстройства и увреждания да упражняват ежедневието си дейности и когато имат нужда да търсят специалисти от центъра или да се включат в терапия, но не и да се настаняват трайно или периодично там: *„Това което искам да кажа е малко по-различно. Когато държавата мисли за дневен център, тя мисли за хора, които едва ли не имат нужда от 24 часова грижа, тоест хора, които са неспособни... хора, които са тежко инвалидизирани. Когато тя мисли за център за рехабилитация или интеграция тя мисли като за хора, които имат нужда от партниране и обгрижване... и ако държавата разкрива само дневни центрове за хора с психична болест... тя ще ги инвалидизира допълнително... защото така държавата е описала фантазията си за дневен център... като за по-увредени хора. Нямаме трудова борса за хора с психична болест, нямаме център за подкрепена заетост за хора с психична болест... защото мисленето ни не е стигнало до там, че да повярваме, че те могат да работят, тук има 10 души, които вече работят и още 10, които спряха да идват, защото вече имат работа... нормално, какво да прави, той има работа, има си живот, ако има нещо се обажда на водещия на случая и се видят, ще пият кафе и т.н.“* (интервю, психолог, дневен център).

Второ, друг сериозен проблем е **липсата на компетенции** за работа с психично болни сред социалните служители в общинските и държавните служби. Социалните работници в дневния център в Слатина са наети и обучени специално за работа с психично болни. Те са назначени след конкурс в началото на проекта и изцяло са ангажирани в спецификата на работата. Докато социалните служители в дирекциите на АСП и общината

²⁶ <http://www.gip-global.org/>

²⁷ За осъществяването на проекта се включват няколко подкрепящи организации като: „Общество Адаптация – сдружение на хора с увреждания“, амбулатория за психично здраве „Адаптация“, Сдружение за развитие на психосоциалната рехабилитация в България (СРПСРБ), Столична Община Район Слатина; Югозападен Университет в Благоевград. Въпреки, че в проекта има различни партньори основната инициатива пада върху „ГИП – София“.

работят като чиновници и основно се занимават с обработка на документи. Те не могат да провеждат социални оценки на психичното състояние, а фактът, че не съществува национален регистър и бърз механизъм за обмяна на знание и експертиза с психиатричните клиники води до твърде сложна ситуация пред дневните центрове. Последните са организации, които поставят *критерии* за това какви хора могат да обслужат. При положение, че хората с психични разстройства и увреждания се подвеждат в социалните служби под общата класификация „Хора с увреждания“ не може да се каже, че тези *критерии* биха имали значение. Основните опасения на ръководството на комплекса в Слатина е, че от месец септември 2009-та година всички дирекции на АСП в София ще започнат да им изпращат за настаняване хора с всякакви психични разстройства. Проблемът е, че комплексът покрива само една част от възможните заболявания. Ако опасенията им се потвърдят ще се стигне до организационна несъвместимост и съответно голяма част от потребителите няма да бъдат обслужени. Нещо повече – ще бъде неизвестен пътят, по който ще продължи лечението им. Проблемите, които тук възникват не могат да бъдат обяснени чрез личните характеристики на служителите или тяхна некомпетентност. Те са резултат от това, че здравната и социалната система функционират до голяма степен успоредно и не са изградени линии на взаимодействие по отношение на трите равнища – болнично, извънболнично и рехабилитационно. Посочената несъвместимост се наблюдава ясно на макроравнище, там където организациите на АСП, „Социални служби“ към Столична община, болнични заведения и клиники, дневните центрове следва да си взаимодействат най-активно. Тази несъвместимост съществува и като разминаване между нормативна база и реални възможности за услуги и практики: *„Службите сами по себе си не са лошо място, нито хората, които работят в тях... това не може да се твърди в никакъв случай. Просто системата е много тровава – документи и разкарване по институции. Никъде не сме срещнали отказ от помощ. Само, че вижте парадокса – законът за Социално подпомагане казва – „Човек се настанява в институция единствено, ако всички други алтернативи в общността са изчерпани. Добре де, но няма такива създадени... и един човек със шизофрения може да бъде настанен в дом, ако първо е опитал в защитено жилище, само, че ние сме единствените и първите... при това сами сме се създали и тук държавата и общината не са имали инициативата. Абсурдът е, че законът е създаден преди ние да създадем центъра.“* (интервю, психолог, дневен център).

Трето – необходимо е да се преодолее ситуацията на злоупотреби и имуществено присвояване за сметка на хората с психични разстройства и увреждания. При евентуална съдебна процедура може да се стигне до правно закрепване на статут на стойничество от страна на близък или роднина. По този начин настойникът се разполага с цялото имущество на психично болния (презумпция е, че лицето не може да се справи само). Често настойниците продават неговата собственост (апартамент или друг имот) и го настаняват в дом. Както в едно от интервютата се казва: *„От дом се излиза само по един начин – с краката напред“* (интервю, социален работник, дневен център). Социалните работници се опитват да преодолеят тази порочна практика, но процедурата изисква решението за стойничеството да се отстоява от стойнически съвет, в който се включват роднини. Логично роднините са на едно и също мнение по отношение на имуществените права на техния психично болен близък. На пръв поглед основните причини за това могат да се сведат до злоупотреба от страна на конкретни хора. Ако погледнем въпроса от друга страна –

роднини, които се грижат добре за своите близки. Ако семейството не разполага със сериозни финансови средства (масовият случай е именно такъв), то тогава бремето е огромно. „На практика грижата за човек с психично разстройство променя живота на цялото семейство“(фокус група, роднини). И двете посочени явления – на злоупотреби и на оставена изцяло грижа представляват ясен резултат от едно и също нещо – **липсата на социални програми, които да са насочени към семейството**. Това е неизменна част от процеса на интеграция в общността. **Не е възможно да съществуват грижи в общността, ако няма програми, които да подпомагат семейството – първичната среда на човекът с психични разстройства**. Ако такива съществуват и правната регулация би могла да се модифицира в зависимост от нуждите на психично болните. Очевидно програмите социален и личен асистент могат да бъдат само допълващи, но не и основни елементи от грижата в общността. Към настоящия момент **„семейството“ дори не е признато като основен деен субект в системата за психично здраве**.

3. ОБОБЩЕНО МНЕНИЕ НА СЛУЖИТЕЛИТЕ ОТ ДИРЕКЦИИТЕ “СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ” В СТОЛИЧНА ОБЩИНА

Данните от количественото наблюдение, отразяващо мненията на 100 служители от дирекциите “Социално подпомагане” потвърждават в голямата си част изводите от реализираните дълбочинни интервюта и фокус-групи. Според тях хората с психични увреждания е най-силно пренебрегвани от институциите в България, в сравнение с другите групи на хора с увреждания. Така мислят почти половината (46%) от интервюираните.

Коя от изброените групи смятате, че е най-пренебрегната от институциите в България?	%
Затруднявам се да отговоря	28.7
Хора с физически увреждания	6.4
Хора с умствена изостаналост	19.1
Хора с психични увреждания	45.7

Независимо от това, повечето служители изразяват висока степен на мотивация да работят с хора с увреждания. 44% имат подобни случаи в ежедневната си практика, а други 18% въпреки, че не са се сблъскали с подобни проблеми, биха работили с хора с психични разстройства и увреждания. Само 1% не биха се занимавали с подобни случаи.

Лично вие бихте ли работили с хора с психични увреждания и разстройства?	%
Не мога да преценя	37.2
Работя с тази група хора с увреждания защото:	43.6
Това ми е работата	29.8
Те имат нужда от нас	3.2
Да, бих работил, защото:	18.1
Необходима им е помощ	12.8
За повишаване на социализирането им	2.2

Не бих работил, защото:	1.1
Би ме обременило	1.1

Трябва да приемем, че сферата на социалните услуги в България все още е в етап на модернизация и развитие и е далеч от приетите норми за страните от ЕС, поне що се отнася до работа с хора с увреждания. Доказателство в тази посока е факта, че половината от изследваните служители признават, че не са участвали в каквито и да било обучения, посветени на хората с увреждания. 81% не са имали подобно обучение по отношение на хората с умствена изостаналост, 70% по отношение на хората с психични увреждания и 63% - за хората с физически увреждания.

Вие лично участвали ли сте в обучения за работа с: (Възможен е повече от един отговор!)	%
Без отговор	44.7
Хора с физически увреждания	37.2
Хора с умствена изостаналост	19.1
Хора с психични увреждания	29.8

В същото време значителен дял от интервюираните считат, че имат нужда от подобен тип обучение и биха желали да получат допълнителна квалификация в тази сфера. Най-висок интерес и желание за допълнително обучение изследването сред служителите регистрира по отношение на работата с хора с психически увреждания – 55%.

Вие лично бихте ли се обучавали за работа с: (Възможен е повече от един отговор!)	%
Без отговор	30.9
Хора с физически увреждания	42.6
Хора с умствена изостаналост	36.2
Хора с психични увреждания	55.3

В каква степен дирекцията „Социално подпомагане“ успява да удовлетвори нуждите на хората с различни увреждания?	Средни оценки по шестстепенна скала
Хората с физически увреждания	4.18
Хората с умствена изостаналост	3.16
Хората с психични разстройства и увреждания	3.71

Според служителите има още много да се работи, за да се удовлетворят в нужната степен потребностите на хората с уврежданията. Все пак прави впечатление, че по отношение на хората с физически увреждания средната оценка поставена от служителите - добър 4,18 - е значително по-висока от тази за удовлетворяване нуждите на хората с психични увреждания - добър 3,71 и на хората с умствена изостаналост - 3,16.

Какви социални услуги в момента се предлагат на хора с психични увреждания и разстройства в дирекция „Социално подпомагане“, където работите? (Въпросът е задаван в свободна форма)	%
Затруднявам се да отговоря	35.1
Настаняване в домове за психично болни	55.3
Личен асистент	17.0
Защитено жилище	7.5

Най-разпространената и най-често търсена услуга от социалните служби е настаняване в домове за психично болни.

За какви проблеми най-често се обръщат към дирекция „Социално подпомагане“, където работите хората с психични увреждания и разстройства (или техните близки)? (Въпросът е задаван в свободна форма)	%
Без отговор	25.5
Настаняване в специализирани институции	61.7
Проблеми в адаптацията	7.4
Финансова подкрепа	10.7
Жилищна измама	1.1

Като използвате скала от 2 до 6, където „2“ е най-слаба, а „6“ е най-силна, бихте ли оценили каква трябва да бъде степента на ангажираност на изброените по-долу:	Средни оценки по шестстепенна скала
Специализираните болници (психиатриите) на територията на гр. София	5.60
Психиатрите, които наблюдават болния при извънболничното му лечение	5.70
Министерство на здравеопазването	5.15
Неправителствени организации (НПО)	5.05
Близките на болния	5.51
Столична голяма община	4.42
Общината по местоживее на болния	4.59
Агенцията за социално подпомагане	5.04
Агенция по заетостта	4.51
Прокуратурата и съда	4.68
Извънболнична психиатрична помощ - градския психиатричен диспансер, заведения за социални услуги в общността (центрове за социална	5.71

рехабилитация и интеграция, дневни центрове, защитени жилища и др.)	
---	--

Социалните служители считат, че най-сериозен акцент при грижата за хора с психични разстройства и увреждания трябва да се постави за развитието на извънболничната психиатрична помощ – оценка 5,71 по шестстепенната скала, върху подкрепата за психиатрите, които наблюдават болния – оценка 5,70 и специализираните болници (психиатриите) на територията на столична община – оценка 5,60.

Как служителите в дирекцията за социално подпомагане в района, в който работите, научават за хора с тежки психични увреждания и разстройства? (Възможен е повече от един отговор)	%
Без отговор	2.2
От близките на болните	94.6
От съседите и приятели на болните	73.9
От болницата, където болният е бил на лечение	30.4
От лекуващия психиатър на болния	3.3
Самият болен се обръща към нас	71.7
От полицията	27.2
По друг начин	1.1

Най-често информация за психично болните социалните служители получават от роднините му – 95%. Сигнали подават също съседите и приятели на болните – 74%. Според тях много често и самият болен се обръща за помощ към тях – 72%. Заслужава да се отбележи и факта, че в около една трета от случаите информация идва и по линия на болничното заведение, в което се е лекувал болният. А не рядко и полицията сигнализира социалните служби. **Тези резултати донякъде оборват картината обрисувана по-горе за недостатъчната координация между здравната и социалната системи. Очевидно подобни връзки съществуват, но трябва да се работи и за по-нататъшното им развитие.**

С кои други институции взаимодействате в работата си с хора с психични увреждания и разстройства? (Възможен е повече от един отговор)	%
Без отговор	9.6
Министерство на здравеопазването и поделенията му	17.0
Столична дирекция на вътрешните работи (СДВР) и РДВР	38.3
Болнични заведения (МБАЛ, ДКЦ)	67.0
Специализирани заведения за психиатрична помощ (държавни и частни психиатрични заведения)	63.8
Столична голяма община	9.6
Общини в районите, за които отговаря Дирекцията ви.	23.4
Дирекции „Бюро по труда“	24.5
Прокуратурата и съд	17.0
Заведения за социални услуги в общността (центрове за социална рехабилитация и интеграция, дневни центрове, защитени жилища)	67.0
Неправителствени организации (НПО)	23.4

Над 60 на сто от служителите си взаимодействат при работата с хората с психични разстройства и увреждания със заведенията за социални услуги в общността, с специализираните болнични и извънболнични заведения.

Как бихте оценили сътрудничеството си при работата с хора с психични увреждания и разстройства със следните институции?	Средна оценка по шестстепенна скала
Министерство на здравеопазването и поделенията му	2.92
Столична дирекция на вътрешните работи (СДВР) и РДВР	3.57
Болнични заведения (МБАЛ, ДКЦ)	3.69
Специализирани заведения за психиатрична помощ (държавни и частни психиатрични заведения)	4.01
Столична голяма община	3.00
Общини в районите, за които отговаря Дирекцията ви	3.35
Дирекции „Бюро по труда“	3.11
Прокуратура и съд	3.00
Заведения за социални услуги в общността (центрове за социална рехабилитация и интеграция, дневни центрове, защитени жилища)	4.19
Неправителствени организации (НПО)	3.07

Как оценявате работата на община София по отношение на хората с психични увреждания и разстройства? Средна оценка по шестстепенна скала	3.39
--	-------------

Служителите изразяват доста критично отношение към работата на територията на столична община по отношение на хората с психични увреждания. Средната оценка поставена от служителите е среден 3,39. В

същото време те подчертават, че общината би могла да бъде чувствително по-ефективна особено що се отнася до социалната им рехабилитация.

Моля, като използвате скала от 2 до 6, където „2” е слабо, а „6” отлично, посочете за всяка една от изброените области, доколко община София, би могла да бъде ефективна!	Средна оценка по шестстепенна скала
При всекидневната грижа за тях – услуги, подобни на социален асистент, личен асистент	5.00
Социален патронаж	4.67
Чрез оказване на финансова помощ на болния	4.25
Чрез организиране на обучения за близките на болния	4.63
Чрез осигуряване на възможности за социална рехабилитация и социализация – дневни центрове, защитени жилища	5.27
С помощ при трудова терапия – осигуряване на условия	4.60
При намиране на работа	4.23

Според Вас, какво може да направи общината за хората с тежки психични разстройства и увреждания, така че да се подобри тяхното положение в общността? (Въпросът е зададен в свободна форма)	%
Без отговор	37.2
Осигуряване на центрове за социална рехабилитация	31.9
По-високи социални помощи	27.7
Осигуряване на защитено жилище	23.4
Осигуряване на личен асистент	9.6
Осигуряване на работа	3.2
Да ги води на диспансерен отчет	2.2

4. **Ролята на общината за подобряване на системата за Психично здраве от гледна точка на социалните служители**

От проведеня анализ, основан на дълбочинни интервюта и фокус групи могат да се направят няколко основни за социалната система заключения:

На първо място, **в социалната система на услуги не се прави разграничение между различните подгрупи в група „Хора с увреждания“**. Това означава, че спрямо психично болните се прилагат общи и несъобразени с техните специфични нужди политики. Проблемът е още по-сериозен, ако се постави на общосистемно равнище от гледна точка на цялостната система за психично здраве. Общата класификация възпрепятства взаимодействието на социалните служби с дневни центрове и социални домове, тъй като не могат да бъдат дефинирани ясно нуждите на конкретния тип потребител. Оказва се, че такава информация няма как да се предостави и от здравните заведения, тъй като не съществува обща информационна база (национален регистър). Като се добави и липсата на механизми за активно и бързо откриване на психично болни възникват условия за маргинализиране на нискостатусни групи от евентуални клиенти на системата.

Второ, **в социалната система има паралелно съществуване на структури – общински и национални, които нямат ясен регламент за разпределение на функции и задължения**. Съществуват ясно разписани правилници, но когато се стигне до реална дейност, се наблюдава процес на парцелиране на услугите. На практика основната тежест се изнася от дирекциите на АСП, а не е много ясно отделите „Социални дейности“ към Столична община каква полева работа извършват. Не е ясен и статутът на социалните работници в дневните центрове и социалните домове. И няма как да се проясни от провеждането и анализ на интервютата, тъй като нито една от паралелните служби няма визия за това с какво конкретно техните колеги се занимават.

Трето – **организацията на работа на службите създава тромавост и лишава социалните работници от възможност за полева работа**. Те губят повече време около бюрото, окомплектовайки голямо количество документи, но не се занимават с пряка грижа за потребителите на услугите, които предлагат. Реформата в социалната система се свързва с обособяване на звена, но не и с регламентиране на взаимодействията между отделните структури. Този процес създава зависимост от центъра, централизация, която създава редица трудности от организационно естество.

Четвърто – **механизмът на финансиране на дейността на социалните служби – ниски заплати, невъзможност за изграждане на подходяща информационна инфраструктура – понижава мотивацията за работа и предизвиква текучество на млади специалисти**. Ясно е, че без добре подготвен и мотивиран персонал няма как да се предоставят ефективни комплексни грижи за хората с психични разстройства и увреждания.

От проведените интервюта могат да бъдат обособени няколко основни препоръки, които социалните служители заявяват като необходими за повишаване на ефективността на работата.

VI. РОЛЯТА НА СЕМЕЙСТВОТО В ГРИЖАТА ЗА ХОРАТА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА И УВРЕЖДЕНИЯ

Анализът до този момент показва ясно противоречията и липсата на връзки между здравната и социалната система по отношение на психичното здраве. Най-пряко засегнати от тази дезорганизация се оказват най-нуждаещите се – хората с психични увреждания и разстройства и техните близки. Как се отразява върху тях липсата на координация между двете системи, до какви резултати води, и в крайна сметка, как се променят човешките съдби²⁸?

1. Водещи аналитични хипотези.

Груповите дискусии с близки на хора с психични увреждания и разстройства показаха ясно, че психичното заболяване поставя траен отпечатък, маргинализира или преформулира социалната ситуация не само на страдащия, но и на неговите близки. Ако приложим цитати за доказване на това твърдение, те биха били прекалено обемни. Достатъчно е да се чуе²⁹ с каква емоция близките говорят за преживяванията си и за трудностите, през които са преминали и преминават. В контекста на досегашния анализ на здравната и социалната системи следва да се каже, че **на практика именно близките поемат ролята на институциите (най-вече на социалните институции), които следва да помагат в извънболничната грижа за хората с психични разстройства.** Следствията от това са разнопосочни, но основното е, че близкият, който се ангажира с грижата за човек с психично разстройство, реално губи възможността да развива собствените си житейски проекти, и отгоре на всичкото трябва да се справя с различните си собствени социални и психични проблеми: *„Когато тя е във криза, аз примерно се чувствам в още по-голяма криза, защото тя още не го осъзнава, нали, че вижда еди кой си... тя не го осъзнава, че на мен ми налага психически тормоз нали, когато е във криза, а пък аз го изживявам...”* (фокус-група с близки на психично болни). И тук не се твърди, че институциите следва да поемат цялата грижа за психично болния – поне в случаите, когато психично болният има семейство, неговите членове и поведението им са неизменна част от успешното възстановяване на страдащия. Институциите обаче следва да дадат възможност на близките на психично болните да живеят и собствения си живот, колкото и моралистично да звучи това. Перспективата да се заявява подобно искане не е етическа, а медицинска – възможно ли е един психично болен да се чувства добре и да се възстановява в среда, където близките му страдат заради това, че са изоставили собствените си планове? Възможно ли е едно семейство или конкретен близък да живеят пълноценен живот, в случай че отключването на заболяването ги кара да съобразят всичките си житейски планове с него? Тези въпроси са само едни от многото, които биха могли да бъдат поставяни на една семейна терапия, стига да се предлагаше такава сравнително достъпна услуга. В момента семейното консултиране се извършва в частните центрове и изисква определени финансови възможности. При настоящото състояние на некоординирани социална и здравна система, както и на

²⁸ Нека читателят не приема това за празен патос. Анализът ще покаже как в някои случаи близки винят системите пряко за смъртта на свои роднини.

²⁹ На разположение на поръчителя на изследването институт MBMD предоставя аудио записите на фокус-групите.

прекомерно натоварената с административни функции работа на социалните работници, единствените, които полагат т.нар. грижа в общността остават близките, и плащат съответната цена: *„Дори и този болен да отиде някъде да живее, той сам не може да се оправя. А как да направи семейство този близък, който трябва да си поеме собствените деца и така нататък, и в същото време да се грижи за този болен. В повечето случаи става така, че този болен не може да бъде оставен, и [близкият] се жертва в името на болния.“*(фокус-група с близки на психично болни)

Политиките, насочени към нуждите на психичното здраве и грижата за психично болните не бива да разглеждат като свой целеви обект единствено засегнатия индивид. Целева единица на такива политики трябва да бъде семейната общност, която преживява тежки кризи, съпътстващи отключването на психично заболяване и постоянната грижа за засегнатия човек. Подобен поглед към проблемите на психичното здраве в момента отсъства.

Следващият нататък анализ ще разглежда проблемите в грижата за психично болните именно като проблеми на семейната общност. Екипът на MBMD е благодарен на всички участници във фокус-групите за отзивчивостта и откровеността, с които се осмелиха да говорят за тези толкова тежки проблеми.

2. Клеймото „психично болен“ - СОЦИАЛНИЯТ КОНТЕКСТ НА СИТУАЦИЯТА НА СЕМЕЙСТВОТА С ПСИХИЧНО БОЛНИ

„... на психично болния се гледа като виновен, нещо направил... Болният от рак – той си е болен, това е нормално болен човек. А психично болен – това е ненормално болен човек.“
(фокус-група, близки на психично болни)

Отключването на психично заболяване има много причини – специалистите изтъкват биологични, психологически, социални - както и различни обяснения защо именно се случва на определен човек, защо точно в този период от живота му и т.н. Това събитие, свързано със състоянието на конкретна личност, отключва обаче и изключително силна социална реакция – в семейството, от страна на съседни, познати, приятели. Както подсказва и горният цитат, сред хората битува усещането, че психично болните са *ненормални*, те не се държат както всички други, което ги прави непознати и предизвиква у „нормалните хора“ страх, или просто неудобство от мисълта, че другите могат да те свържат с психично болен, което да дискредитира образа им за теб. Близките имат силно усещане за това заклеяване на психично болните, и го отдават на страх у хората от тях: *„Те [психично болните] не се чувстват равностойни хора в това общество, защото особено в България, особено в България, ти вече си второ качество човек, не ставаш за нищо, и то вече за това, че ги е страх от психично болните.“* (фокус-група с близки на психично болни)

Според близките хората с психични разстройства и увреждания са силно стигматизирана група. Най-ясно това личи в оплакванията за това колко трудно е за техния болен роднина да си намери работа, независимо, че е в период на ремисия и се чувства добре. Стигматизирането на определени групи се среща и в други сфери на социалния живот в България – напр. ромската и други определени групи чужденци. Релевантен от тази гледна точка изглежда въпроса: защо в България се наблюдава толкова силен страх от *различното*.³⁰

Във всяка една от проведените дискусии близките спонтанно посочват като основен проблем отношението към психично болните в обществото. Като хора, пряко свързани със заболяването, близките понасят непосредствено негативите от предрасъдъците към психичните разстройства. Социалните механизми, които функционират между две групи при наличието на предрасъдък към едната от тях, по правило предполагат, че и в двете групи има общосподелени нагласи – в случая, че съществуването на психично заболяване декласира болния и дискредитира близките му в очите на околните: *„...такива случаи се крият, аз също не казвам, че имам психично болен роднина, защото и отношението към мен се променя. Ако родителите на децата, с които аз работя, знаят какво се е случило в моето семейство, аз съм сигурна, че отношението към мен ще бъде по-различно. Така че хората, които имат такъв проблем, го крият.“* (фокус-група, близки на психично болни)

³⁰ Въпреки, че настоящото изследване е реализирано единствено на територията на Столична община, има достатъчно основания да се смята, че отношението към психично болните е сходно из цялата страна, може би с разлика в степените.

Тук трябва да се има предвид следното ограничение на изследването – в дискусиите не са участвали хора, които са абдикирали от грижата за заболелите си близки. Такива хора надали биха откликнали на поканата за участие в подобно изследване, което обаче не означава, че такива няма. Много е вероятно острата социална (само)принуда към това „да бъдеш като всички“, да води до дистанциране на семействата от близките им с психични разстройства и увреждания, и изпращане на заболелите някъде далеч, в институции, или просто в друг град, държава и т.н. Други роднини на психично болни използват различни похвати, за да „запазят тайната“: *„Когато моята племенница я бях завела в Медицинска Академия, тя беше останала там за 10 дни, един ден бях отишла при нея, и пристига една тяхна съседка, която води дъщеря си, и като ме видя мене там, просто онемя. Защото аз съм видяла, че те са там. И значи после, когато бяхме там, тя изтича при мене във стаята и ми каза: „Моля ти се..“ – да не казваме, че съм ги видяла. Просто хората са някак си изплашени от това нещо.“* (фокус-група, близки на психично болни)

Усещането на близките за стигмата върху психичните заболявания има няколко резултата в различни посоки: негативната нагласа към психично болните изисква от близките **промяна на всекидневното им поведение извън дома** - те чувстват необходимост да скрият заболяването на близкия си, тъй като очакват да бъдат санкционирани. Съчетано с кризата от отключването на психичното заболяване³¹, която ще бъде разгледана в следващата част на анализа, това усилие реалната ситуация да бъде скрита от очите на околните, стоварва върху близките допълнително напрежение. У тях има безпокойство и за социалната реакция срещу самите болни: *„Да отидеш на психиатър и да те изкарат психично болен, нито на работа ще те вземат, нито...“* (фокус-група с близки на психично болни). Близките смятат, че в крайни случаи може да се стигне и до влошаване на ситуацията на болните, поради предразсъдъка у семействата, че техен роднина има психично заболяване: *„Близките не щат да говорят за този проблем, потулват го някъде – такова нещо в нашето семейство няма. Трябва да бъде скрито. И така с тези хора, с които много бързо може да се направи нещо, проблемът бива задълбочен“* (фокус-група, близки на психично болни). Близките съзнават, че психично болните се заклеймяват от „обществото“, и се адаптират към това как да живеят с тази нагласа около себе си, въпреки че ги потиска. Както стана дума, в „критични“ случаи – когато има риск наличието на психично заболяване да се разгласи – те вземат бързи мерки. Фокус-групите подсказват, че **самите болни също имат ясно съзнание за клеймото върху себе си и изпитват страх от огласяване на заболяването, например от официалното му регистриране**: *„След тези две години се опитвам да го подтикна към идеята той сам да стигне, че трябва да отиде на лекар, но по никакъв начин в държавно заведение, защото самият той се потиска от идеята, че могат някой да го помисли за луд и затова се обръщаме към частни организации, тоест лично аз, за помощ.“* (фокус-група, близки на психично болни)

Съвсем спонтанно близките призовават към това да се започнат **информационни кампании за психичните разстройства, които да целят промяна на стигмата върху пострадалите и близките им**: *„Въобще не се говори в медиите за проблемите на тези хора, както се говори*

³¹ Криза се случва и на ниво семейна общност, и на ниво личност – отраснал в общество, което отхвърля психично болните, човек трябва изведнъж да приеме факта, че негов близък „става“ различен човек, какъвто досега на всекидневно равнище е наричал просто „луд“.

за други болести...” (фокус-група, близки на психично болни). Негативната нагласа именно към психично болните като носители на „заплаха” би могла да се изследва по-задълбочено и да се дадат повече насоки за преодоляването ѝ, както и за кръга от проблеми, които я съпътстват и индикират. Подобно по-нататъшно изследване може да даде още по-конкретно точките, от които следва да започне постепенното разчупване на стигмата. На този етап близките апелират за информационни кампании, но може да се мисли и за различни кампанийни и социално-маркетингови подходи, които да се приложат след едно задълбочено изследване на характеристиките на стигмата.

Като обобщение - в допълнение към тежките проблеми и кризи, в които изпада семейната общност при отключване на психично заболяване, **стигмата върху психичните заболявания в българското общество е фактор създаващ непрекъснато тежко допълнително напрежение.**

3. Отключване на болестта: кризата в семейната общност.

Отключването на болестта е травматичен епизод, разбира се, най-вече за самите болели. Близките им обаче трябва да поемат изцяло грижите за своя болен роднина, а в самото начало – изобщо да допуснат, че става дума именно за психично заболяване, да приемат това като факт и едва след това да предприемат някакви стъпки за намиране на помощ. По време на дискусиите с близки на психично болни, често без изрично изискване от страна на модератора, участниците се връщаха към първите моменти на криза на своите близки, с ясен спомен колко неподготвени са били да попаднат в такава ситуация.

3.1. Неизменната първа криза

Изключително важно е да се каже, че **практически във всички случаи, разказани от участниците във фокус-групите, до установяване на психично заболяване се стига след момент на остра първоначална криза.** Дори само по себе си, това означава, че на този етап е излишно да се говори за каквато и да било форма на превенция³² при психичните заболявания. Семействата не са запознати с каквито и да било симптоми на психичната болест, и, дори и когато са медицински подготвени, те не могат своевременно да вземат решение и да се обърнат към специалист: *„Започна да чува гласове, те да я командват, да прави такива неща, просто безсмислени, и това беше някъде около месец, месец и нещо. Ние се чудихме дали изобщо е това нещо и благодарение на това, че работим в тази сфера и се свързахме с наш психиатър и те я приеха директно в болница. Просто тя има късмет, че имаме такова семейство и че работим в тази сфера, просто е късметлийка...”*(фокус-група с близки на хора с психични разстройства; респондентът е медицински работник). Незапознати със симптомите на психичните разстройства, и/или неприемащи възможността техен близък да има такъв проблем, при криза, (а най-вече първата), семействата изпадат в ситуация на объркване и се нуждаят от определен период от време и усилия, за да приемат заболяването и да започнат някакви първи стъпки за помощ и лечение на болелия. Има

³² Под „превенция” и „превантивни мерки” оттук нататък се имат предвид дейности, които да популяризират културата на психично здраве и едновременно с това да са насочени към разчупване на стигмата върху психичните разстройства. На този етап такива дейности са изключително ограничени и непопулярни.

случаи, в които близките категорично отхвърлят самата представа за налично психично разстройство: *„Моята сестра не прие в началото заболяването на Р³³... Тя не прие, че е болен. Тя убеди и моя съпруг, който много ѝ помагаше, че Р. не е болен, че Р. е разхайтен, че Р. взима наркотици, че пие, че ходи по жени и така нататък...”* (фокус-група, близки на хора с психични разстройства). Развитието на този конкретен случай е довело до психично разстройство и при майката на заболялия, което ясно показва колко травматично може да бъде преживяно отключването на психична болест.

Тук може да се разсъждава върху въпроса доколко и в други случаи на различни заболявания изобщо има някакви механизми за превенция, но конкретният предмет на изследването изисква да се концентрираме върху факта, че и при психичните заболявания на практика такива механизми отсъстват. Така психичното разстройство става видно, когато се появят несъмнени индикатори, свързани с очевидно нарушаване на общоприетите норми на поведение, често съпътствани с агресивност от страна на болния, а, в някои случаи, уви, и от случаи с фатален край. Неизменно в случаи на криза засегнатите семейства опират до спешна психиатрична помощ. В този смисъл, както бе подчертано и по-горе ролята на спешното психиатрично звено в София е изключително важна – именно поради липсата на каквато и да е подготовка на близките за подобен случай.

3.2. Спешната психиатрична помощ през погледа на близките.

В настоящия доклад вече беше обърнато внимание на проблема с оказването на спешна психиатрична помощ в София³⁴. След натрупването на достатъчно знания за функционирането на спешната психиатрична помощ остава впечатлението, че думата „спешна“ е загубила значението си, когато става дума за идване навреме и вземане на адекватни мерки. Структурните предпоставки за това вече бяха споменати³⁵. Резултатът при близките е, че те са загубили всякакво доверие в спешното психиатрично звено. При възникване на спешен случай в сила влизат и нормативните, и логистичните затруднения, посочени в доклада: *„...когато и да се обадиш, когато и да имаш нужда от такова нещо, те винаги казват или: „Нямаме линейка“ или дойдат, видят го, и той каже „Добре съм!“ и те стават и си заминават”* (фокус-група, близки на психично болни). Понякога в заявлението „Нямаме линейка!“, близките виждат и нежелание на спешното звено да се отзове и го приемат за формално оправдание: *„...те само като му чуят името, защото той е много от отдавна, те го познават, и казват: „Не, ние нямаме линейки, имаме само една линейка.”* (фокус-група с близки на психично болни). В случай, че все пак екипът се отзове³⁶, възниква проблемът със съгласието на болния, в който близките виждат отсъствие на всякаква логика: *„Виках бърза помощ, идват от специализирания там, застават на вратата и искат тя да положи подпис. Тя иска да се хвърли [от прозореца]. Държат я двама мои роднини. Така е направен закона, че ако тя не е в час да се подпише, може да осъмнем така, да я вържем, да я малтретираме, изобщо едно безумие. Значи тя ако е в нормално състояние, тя ще подпише. Но тя не е в нормално състояние. Какво правим тогава? Изпълняваме закона, който е безумен.”* (фокус-група с близки на психично болни).

³³ Р. е племенник на участника в дискусиата.

³⁴ Вж. стр. 10-13.

³⁵ Ibid.

³⁶ Участници посочват средно време на пристигане на спешния екип около 2 часа.

Тази ситуация създава два основни проблема. Първият, естествено, е **изключителното забавяне на времето за реакция на спешната помощ в кризисни ситуации, което създава силно напрежение у близките** – докато чакат и след това виждайки, че идването на екипа е практически безполезно. Оставяме без коментар факта, че такова забавяне може да доведе до сериозни последици и болният да нарани себе си или някого друго. Второ, **у близките се създава едно постоянно чувство на несигурност и страх как да се процедира в такива ситуации**, защото опитът им е показал, че на бърза реакция от спешния екип не може да се разчита: *„Това, което най-много ме притеснява, ако се появи момент на криза, няма към кого да се обърна в този момент, за да реагира веднага. Ми през нощта да е. Просто няма.“* (фокус-група с близки на психично болни).

Най-ясно това, че близките не разчитат на спешната помощ и имат усещането, че трябва да се справят сами, се илюстрира с пример за категоричен отказ за оказване на спешна помощ:

„Обикаляше, увиваше всичко в целофани, привиждаха му се някакви неща... Първо на спешна помощ се обадох, те ми казаха „ние не извършваме такива услуги, обадете се във психодиспансера“. В психодиспансера ми казаха „Ние по това време е абсурд да дойдем във вас, доведете го вие тука.“ А по това време се чувствах безсилен в момента в който трябва да получиш квалифицирана помощ или някаква консултация за това, което във момента... Трябваше да се обадя на приятели, тъй като в един момент той по някакъв начин се нави да влезе в колата и да отидем до психодиспансера... Беше абсурд, отказа по всякакъв начин да дойдат и да помогнат, казаха: „Ми с полиция, като не иска.“ (фокус-група с близки на психично болни)

Спешната помощ в случаи на психична криза се явява една от най-значимите нужди според близките на психично болните, формулирана спонтанно от тях: *„...когато изпаднат в такава криза, да има начин бързо да реагира. Да не се обаждам аз по 5 пъти на Екзарх Йосиф и да ми казват: „Ама няма линейка, ама той не може да дойде, ама така...“ и като отида там да казват: „Ама той е свободен човек и не можем да го задържим.“* (фокус-група с близки на психично болни)

Налице е даже случай, в който при първа криза близките водят болния в Медицинска академия и изобщо не се свързват със звеното за спешна психиатрична помощ. Този казус ясно показва липсата дори на елементарна информация за това къде следва да се потърси спешната психиатрична помощ, както и при какви симптоми трябва да се търси именно такава. Това забавя реакцията на близките, и не разполагат с пряк начин да се свържат със специалист, който да им помогне.

Често пъти първата тежка криза при отключване на психичното заболяване изисква настаняване в болнично заведение. Това обаче не може да се осъществи или без изричното съгласие на пациента, или без прокурорска заповед за болничното му задържане. Както стана дума в частта за финансирането на държавните психиатрични лечебни заведения, те имат интерес да придвижват потока болни, които се регистрират за лечение при тях³⁷, но с изискването за изричното съгласие на самия пациент. В противен случай процедурата се проточва. Освен чисто времето забавяне, за съжаление понякога събитията между заявеното от близките желание за приемане в болница и реализирането му могат да се окажат фатални – и това

³⁷ Вж. стр. 7-8.

се дължи на тромавата процедура и липсата на грижа в общността – най-вече от социалната система – за да бъдат подкрепени близките:

„...племенникът ми е болен от шизофрения... беше ходене по мъките да се устрои във болнично заведение, трябва да се мине през прокурора, тази процедура е много дълга, и в крайна сметка се стигна до фатален край – сестра ми си отиде по много жесток начин. Племенникът ми изкара една година и половина в... [държавно психиатрично заведение]...отчетоха го като терапевтичен успех лекарите, това че бързо се възстанови, но оттам нататък е просто някаква борба, непрекъснато. Понеже имаше нали, деяние, сега е зачислен, води се на отчет там при съдебния психиатър, той ми съдейства в такива моменти. Иначе ако не е той, нали съдебния психиатър, значи ако не се стигне до такова деяние, не може човек да разчита на помощ от никого.”(фокус-група с близки на психично болни)

Парадоксално, но се оказва, че психично болният е много по-обгрижен от системата, след като е извършил престъпление, тоест в качеството си на престъпник, при който психичното разстройство е специфично обстоятелство.

Близките отправят апел - звена за спешна психиатрична помощ да се открият по райони, така че да може да се реагира своевременно на сигналите, и, разбира се, тези звена да бъдат поне прилично оборудвани: *„Трябва такива центрове да има по райони. Един за София е много малко. Живея в Люлин, от Люлин до диспансера е 2 часа при това движение... А тя [линейката] не знам как не се е разпаднала. Тя е нещо страшно.”* (фокус-група с близки на психично болни)

4. Грижа за хората с психични разстройства от близките им. Оценка на болничната и извънболничната грижа, и социалната рехабилитация от гледната точка на близките.

Фактически близките са основният стожер на грижата за хората с психични разстройства и увреждания³⁸. Съществува индиректен консенсус между близките и специалистите психиатри по този въпрос: *„...нека го кажа ясно – огромният товар за обгрижването на пада върху роднините на болния. Те трябва да доплащат лекарствата, при една по-сериозна болест да следят за приема на тези лекарства, те трябва да търчат по институциите и да губят седмици, за да вземат необходимите протоколи... те трябва да следят за евентуалната поява на нови симптоми, трябва да се мъчат да насочат пациента към болница... а никой не може да го задължи... а особеност при нашите пациенти е, че правят бели на себе си и на околните... и така пак същите близки трябва да отключат процедурата за принудително лечение. Това е социалният аспект на нещата – няма такъв – всичко пада върху близките ”* (интервю, психиатър, болница)

Близките не са точно „натоварени“ с тези задължения, тъй като такова понятие предполага някакъв сякаш регламентиран консенсус, че всички споменати дейности са задължение единствено и само на семейството, като че ли именно то трябва да понесе „вината“, че негов член е получил психично разстройство. Близките не са „натоварени“ със задължения, тъй като те самите не знаят какво точно трябва да правят, как да се държат в различни ситуации с болния, според типа и етапът от заболяването, за какви симптоми да следят и т.н. и т.н. Роднините, които продължават да се грижат

³⁸ Поради специфичната група – **близки** на хора с психични разстройства – тази част на анализа по условие пропуска да се спре на ситуацията на хората, които нямат семейства. Тази група е разгледана по-детайлно на стр. 27-29.

за своите болни доброволно заместват социалната система, ангажирайки се с всичко, от което болния според тях има нужда; учат се в движение, тъй като няма единни източници на информация дори за това къде точно може да се потърси психиатрична помощ. Трябва да се има предвид, че **при грижите за психично болните си роднини, близките се уповават най-вече на самите себе си, особено в началото на лечението, когато трябва да се установи механизъм на лечение – да се открие психиатър, който да постави адекватна диагноза и да предложи медикаменти.** Оттам нататък близките трябва да се оправят сами – с това дали болните си пият лекарствата, с това как да ги убедят да не ги спират, когато се почувстват по добре, с уреждането на документите за получаване на лекарства... Дори и само тези ангажименти са предостатъчно за това човек да спре да се занимава с каквото и да било друго освен с грижата за болния. Собствената личност на близките остава на заден план, така че те действително стават „милосърдни сестри“ в буквалния смисъл на понятието. Много силно впечатление по време на фокус-групите правеше факта, че близките трябваше неколkokратно да бъдат запитвани от модераторите какви именно са **техните** нужди – съзнанието на участниците беше изключително концентрирано върху нуждите на техните болни.

4.1 Търсене на информация и специалисти.

Първоначалното ориентиране на близките към това къде да потърсят помощ преминава или през познати, или през вездесъщата глобална мрежа: *„Ако не беше интернет да седна 1 седмица и да търся подходящо място, където да го заведа, нямаше никога да мога да се оправя, защото неговата лична лекарка не го и познава, както и мен не ме познава, така че аз нямам никакво доверие на нея да ѝ кажа и тя да го изпрати на подходящо място.... Хората имат нужда от някаква информация за това когато някой има някакъв проблем да знае къде може да отиде.... Ако нямаш интернет, какво правиш тогава?“* (фокус-група, близки на психично болни). Силно впечатление прави доколко е дискредитирана дори институцията „личен лекар“, щом като се търси информация на своя глава, вместо помощ от медицински специалист. Апелът на близките е пределно ясен – **трябва да се създаде единна база данни, която да дава възможност на засегнатите семейства да се насочат към частно или държавно лечебно заведение, според избора и възможностите си.** Такава база данни е задължителна в електронен вид, но, както и в други казуси, трябва да се има предвид, че не всички имат достъп до мрежата, или пък знаят как да я ползват. Затова подобна информация е добре да се предоставя и на **специална телефонна линия.** Това би ускорило избора на лечение и достигането на болния до специалист, който да се заеме с него.

4.2 Диагностициране

Според близките поставянето на адекватна диагноза е един от основните проблеми, пред които са изправени психично болните. Прибързано поставени диагноза и съответно лечение могат да се окажат неефективни, което да усложни още повече и без това тежката ситуация за болния и семейството му: *„Около 2 години беше някакъв кошмар докато намерим точната диагноза, точното лекарство... никой не може да ни каже какво е... то беше едни хапчета, тя трепереше, не искаше да ги пие то беше някакъв кошмар. 2 години наистина беше кошмар, докато се намери точното*

лечение...“(фокус-група, близки на психично болни). Понякога психиатри подхождат непрофесионално към задълженията си, например предписва се лечение по телефона без да е имало среща с пациента. Неправилното диагностициране отнема допълнително ценно време от възстановяването на болния, а не бива да се забравя, че медикаментите, които се изписват при тежките психични разстройства, имат сериозни странични ефекти³⁹. Възможно е да се намали рискът от подобно развитие на нещата, ако семейството на пациента има възможност да съпостави мненията на независими професионалисти, но в сегашната ситуация това означава допълнителни средства, които не всеки може да си позволи. Един консултативен преглед при психиатър, дори и частен, все пак не е толкова скъп, а като се има предвид колко усложнения могат да бъдат спестени, на практика е и спестяване на средства. Въпреки това никой от участниците не е споменал, че е приложил такъв подход при първоначалното диагностициране, което най-вероятно се дължи на силното желание на близките в този критичен момент да получат от авторитет някаква насока и обяснение за случващото се, както и какво може да се направи.

Възможно е първоначалната диагноза да бъде поставена директно в лечебно заведение – ако например се е наложило пациентът да бъде приет в болница след първоначалната си криза.

4.3 Оценка на близките за болничното лечение.

Близките на хората с психични разстройства и увреждания са склонни да приемат хоспитализирането като необходимо в определени моменти – например по спешност, или при предугаждане на следващ кризисен етап от психичното заболяване, но като цяло мнението за болничното лечение е отрицателно. Изтъкват се и някои положителни страни: състоянието на болния се следи и не се пропуска приемането на лекарства например, но близките се ужасяват най-вече от условията в болниците: **„Ужасни условия, в малки стаички, лоша храна, болни с различни степени на заболяванията, мръсни чаршафи, бълхи...”** (фокус-група с близки на психично болни). Близките са критични и към отношението към пациентите, на което са попадали: **„Моят син много пъти е влизал в болница, отношението към тях е много лошо, много често пъти даже и ги бият...”** (фокус-група с близки на психично болни); **„...предишния път, когато беше във [държавно лечебно заведение] направо бяха го пребили, и аз го питам единия от тях: „Защо така сте го пребили?“, а той вика: „А, не, той не разреши да му сложим инжекция... в резултат на което се хвърли на земята и почна да си удря главата.”** А той каза: **„Те ме биха и във някакви тръби ме забиха... Той беше целият в синини.”** (фокус-група с близки на психично болни).

Не бива да се забравя обаче, че качествено изследване не претендира за представителност на събраната информация, и да се има предвид, че в различни болнични заведения може да има различно отношение и условия за болните. Има обаче един феномен, който е индикатор за неорганизираността на системата за психично здраве – повтарящото се постъпване на едни и същи болни в болница през известен период от време⁴⁰. В болнични условия състоянието на болния се следи и лечението му се придвижва, но фактът, че едни и същи хора постъпват

³⁹ Трemor в ръцете, затлъстяване, и др.

⁴⁰ Вж. стр. 9.

отново и отново говори за липсата на каквато и да било организация на извънболничната помощ, оставена изцяло в ръцете на близките.

4.4 Извънболнична грижа.

Вече беше споменато, че извънболничната грижа стига дотам, докъдето достигат възможностите и възгледите на близките по въпроса какво е добра грижа. По примера на здравната система, за която стана дума, че е „биологично ориентирана“⁴¹, близките също се интересуват най-вече от това болният да си взема лекарствата и да не ги прекратява по свое усмотрение. Освен това близките се занимават с тежката бюрократична процедура на получаване на протоколи за лекарствата от НЗОК. Ако пък са се ангажирали изключително самопожертвователно, тогава болният за тях е буквално смисълът на живота им.

4.4.1 Отговорности и безпокойства на близките.

Сред близките се открива ясно съзнание за значението на тяхната грижа, което кореспондира с посоченото по-горе недоверие в различните институции. След като не срещат подкрепа от институциите, те са приели, че грижата зависи основно от тях: *„И е хубаво ако имаш здрава и нормална майка, която да може да прецени, че това е заболяване и да го приеме като нещо обикновено, и да се бори ти да си социален, и да си пиеш лекарствата. Ако не случиш на майка – примери много.“* (фокус-група с близки на психично болни). Водейки се от това усещане, близките се изправят пред редица ситуации, които чувстват като своя отговорност, но не знаят как точно да решат – като как например да убедят своя близък да се съгласи на болнично лечение, или, което е изключително важно във всекидневната грижа – как да са сигурни, че болният си приема лекарствата. Именно тук проличава „биологичният“ подход, според който именно лекарствата са най-важното: *„За мен основното за тези болни, за шизофренията говорим, е че трябва да се следят, да се следи те да си пият лекарствата. И да им се купува лекарства. При тях основното е това. Оттам нататък те вече са си самостоятелни.“* (фокус-група с близки на психично болни). Специално за този въпрос, сред близките категорично се изразява нужда от помощ и решение на въпроса, който да ги успокои: *„Да се поставят като инжекция, за да е сигурно, че се приемат. Не допускат контрол, изхвърлят ги.. значи това [инжекциите] е може би трудно да го приеме лекаря, обаче е по-сигурно, че приема човека някакво лечение. Иначе в момента, в който дъщеря ми се беше подобрила и вече някакви таблетчици само, три пъти на ден, пък стана два пъти да ги взима и в момента, в който реши, че всичко ѝ е наред спря да взима каквото и да било, и кризата е още по-дълбока и от първата.“* (фокус-група с близки на психично болни).

Значимостта си за болните близките показват и като споделят един от основните страхове, който съпътства живота им – че ако те не се грижат, няма кой: *„Проблемът е като остаряят психично болните и останат сами какво ще правят?“* (фокус-група с близки на психично болни). Този страх се засилва, когато грижещият се е по-възрастен, и/или когато не смята, че може да разчита на някого друго от семейството да поеме грижата: *„И най-много мисля и най-вече се страхувам от това аз като си отида, което няма да е след много време, възрастен човек съм, но няма да са 20-30 години, ще са*

⁴¹ Вж. стр. 8.

няколко години. И така, на кого ще я оставя? Тя не би могла да живее сама. По майчина линия аз съм последната ѝ роднина. По бащина линия има братовчедка лекар и тя има брат, обаче те не се интересуват от нея,” (фокус-група с близки на психично болни).

Трудностите за близките във всекидневната грижа са свързани с липсата на повече знания за заболяванията, както и от опит на други хора, благодарение на който да се чувстват по-подготвени в различните ситуации, в които могат да бъдат поставени. Пример за това е да се убеди болният да отиде при специалист – ситуация, в която си проличава силата на гореспоменатия стереотип за психичното заболяване като дамга върху болния: „Аз първо имах проблеми с моя син да го заведе някъде, щото той чуеше ли думата психиатър и 4-ти километър беше просто абсурдно, така че на мен ми трябваше доста време да го убедя, че това е нещо нормално...” (фокус-група с близки на психично болни). В случай, че се открие възможност за обучение на близките на психично болни, и то има действително практическа насоченост – като се обясняват например причините за това болният да отказва да отиде на лекар или да приема лекарствата си, и се споделя чужд опит за справяне в такива ситуации, това със сигурност би вдъхнало поне малко увереност в близките и би им дало възможност да разбират повече какво преживяват болните: „Не знам как да се държа и със сестра ми сега. Тя говори невероятни глупости. Аз говорих с д-р С. – аз не знам да се съгласявам ли с нея, да ѝ опонирам ли, защото тогава озверява...” (фокус-група с близки на психично болни).

Когато въпросът за необходимостта от обучения за грижи за психично болни е поставен пряко, се вижда, че близките биха имали полза от тях.

4.4.2 Обучения за грижи за психично болни

Близките се учат на това как да се грижат за болните си от практическите ситуации, т.е. с опити и грешки: „Никой не ме е учил, просто живота ме е научил и предполагам, че още има да се, не знам дали вече всичко ми се е случило, може би не...” (фокус-група с близки на психично болни). Много е вероятно едни добре организирани и практически насочени обучения да могат да спестят значителна част от грижите на засегнатите семейства.

Тъй като никой от участниците във фокус-групите не е посещавал обучение за грижа за психично болните, техните идеи за това какво биха могли да съдържат такива обучения ще бъдат представени като конкретни нужди на потребителите на евентуална бъдеща добре организирана система за психично здраве.

Визията на участниците са насочени по две основни линии: обучения в насока **запознаване с нормативната рамка** - да се познават правата на болните и нормативните актове, които ги уреждат - и **работа с психилози-консултанти, с които да се обсъждат конкретни проблеми и точните подходи за решаването им**. Навлизането в по-конкретни подробности от представите на близките се оказва трудно за тях, вероятно именно поради нагласата, че не очакват никаква външна помощ отникъде.

Косвено може да се предполага, че конкретните проблеми, които биха могли да бъдат предмет на такива обучения са гореспоменатите проблеми на близките във всекидневната грижа (приемане на лекарства, посещаване на специалист и пр.), както и проблемите, пред които се изправят самите близки – не бива да се забравя, че стигмата върху психичните заболявания е част и от техния живот.

За тези ситуации близките говорят, когато са запитани какви са основните трудности в грижата. Както обаче бе казано, когато са запитани за това от какво се нуждаят самите те, за да се чувстват по-добре, близките отговарят трудно, като в дискусиите се налагаше въпросът да бъде повтарян. След усилие от страна на модератора, близките изтъкват **необходимост от психотерапия, срещи с близки на други психично болни, а също и от възможност за повече дни отпуск, тъй като често не може да се предвиди колко време ще продължи криза при определени заболявания**. Като се има предвид факта, че на този етап семействата с психично болни действително се занимават с цялата грижа за своите близки, изглежда морално оправдано да се обмисли промяна в трудовото законодателство, която да дава подобна възможност.

Близките са по-словоохтливи са, когато става дума за нужди на самите психично болни и е видно, че това ангажира до голяма степен мисленето им и по време на дискусиите, и извън тях.

4.4.3 *Нужди на болните според техните близки*

Психичното заболяване често е съпътствано от загуба на социалните функции и контакти, и от изолация на болните. Всекидневието им често е запълнено с бездействие и това кара близките да смятат, че най-важното, от което болните имат нужда, е някакъв тип работа – акцентът тук е върху терапевтичния ефект на заниманието с някаква дейност, а не върху доходи или друг аспект на работата: *„Аз мисля, че най-главното е тези хора да бъдат заангажирани с някаква дейност... Без труд тия хора няма да се оправят... Не може да си поставя задачи. Трябва някой да му ги постави.“* (фокус-група с близки на психично болни). Апелът за това психично болните да имат възможност да работят е силен и близките действително не могат да се справят сами с този проблем - при стандартна процедура за търсене на работа психично болните често се сблъскват с предразсъдъчния страх у работодателите от психичните разстройства. Тук близките са много по-конкретни в предложенията си за това кой може да помогне за намирането на работа, и се надяват на различни видове институционална подкрепа: от страна на общината, на бюрата по труда или на организиран екип от специалисти, който да преценява какъв тип работа и работно време са подходящи за конкретния случай. Съществува и усещането, че психично болните са по-ощетени в това отношение от други групи хора в неравностойно положение: *„И от друга страна да може на тези наистина хора да им се предложи някаква подходяща работа, така както се предлага на хора, които са със други проблеми...“*⁴² (фокус-група с психично болни).

Близките смятат, че за определени случаи или състояния на ремисия, за болните са подходящи психотерапевтични консултации, или участие в групи за взаимопомощ, където да споделят проблемите си с други психично болни: *„ако съдя от проблемите на моя син мисля, че за него би било подходящо примерно да посещава някакви разговори с психиатър или с психолог и със други хора с подобен като неговия проблем, за да може просто те да си споделят, за да види той, че всъщност не е единственият, който има такъв проблем, че при не го не е толкова тежък...“* (фокус-група с близки на психично болни).

⁴² Действително съществуват силните сдружения на слепите и на хората с увреждания, които се борят за правата си и на равнище община и общински съвет. Какво дава основание на институциите да пренебрегнат хората с психични разстройства тогава?

На този етап на територията на Столична община се реализират силно ограничен брой практики, които да ангажират психично болните или техните близки, като често се работи по различни краткосрочни проекти. Извънболничната грижа за психично болни би следвало да бъде приоритет на системата за социално подпомагане, за чието състояние вече стана дума в настоящия доклад⁴³.

4.5 Семействата с психично болни хора и социалната система

Близките на психично болните на практика не познават социалната система, нямат ѝ доверие и не разчитат на нея за каквото и да било, освен в някои случаи за пенсия на техния болен близък, която по думите на един участник възлиза на 90 лв. месечно. Ако си припомним структурата на организационния анализ в настоящия доклад, става ясно, че социалната система е практически откъсната от другите два субекта на системата за психично здраве – и от здравната система, и от болните и техните семейства.

Така за близките ролята на социалните работници е само в сферата на пожелателното – те си представят, че социален работник може да се ангажира със случая на техния близък, като отговаря за връзката на психично болния с институциите, и да има знания за правата на психично болните. В дискусиите обаче никъде не се проявява очакването, че е възможен подобен ангажимент на социалните служби: *„Никой социален работник няма да дойде да ви обгрижва, защото това не е западна Европа.“* (фокус-група с близки на психично болни).

4.6 Социална интеграция и терапия - дневни центрове, защитени жилища, домове за психично болни

Институциите за социална рехабилитация и терапия са задължителен елемент от ефективно работещата система за психично здраве. На този етап обаче на територията на София такива места са малко, и все още не са навлезли като по-широка практика. Често са финансирани по краткосрочни проекти, които изтичат и центърът се закрива. В тази ситуация близките все още нямат особено доверие на подобни институции, а имат и негативен опит. Като идея ги оценяват добре, но препоръчват да се създадат такива центрове по райони и там да работят екипи от различни специалисти – психиатри, психолози, социални работници – и задължително да имат програми в които да ангажират психично болните да извършват някаква дейност. Има случаи на хора с опит от подобни институции, който се е оказал негативен: *„...само в хола имаше отопление... стаите, където спяха, беше на студено. А беше една много студена зима.... чаршафа, който е бил не знам откога, е паднал на земята. Тя спи на дюшека направо. Нечаршафосано одеялото. А тези, които съм ѝ занесла, така стоят на стола. Ами, добре, таз сестра, която там завеждаше това нещо, не можеше ли да влезе да види в какви обстоятелства... Там са болни хора, колкото и да са така, добре, щом са там, трябва все пак да ги наглеждаш.“* (фокус-група с близки на психично болни). Това е сигнал, че, освен да се финансират проекти за създаване на такива центрове, в тях трябва да се предвиди и периодичен контрол на качеството на услугата – и действително да се извършва.

⁴³ Вж. стр. 19-24.

Домовете за психично болни изобщо не са част от визията на близките за добра грижа за болните им – само един участник е положил усилия да настани своя близък в такъв дом, но безуспешно. Следва да се напомни, че повечето от участниците във фокус-групите са хора, които приемат грижата за своите близки присърце, и обикновено тези, които носят основната тежест на тази грижа. По този начин те предоставят на останалите членове на семействата си възможността да живеят „нормално“, тоест да следват някакъв социално одобрен и предпочитан курс на живота си. Има значение обаче дали самите хора, поели грижата, имат поне възможност да се занимават и с нещо по техен избор, дали институциите им предлагат подобен шанс. На този етап отговорът е не, въпреки, че самите близки все пак имат очаквания към някои институции.

5. Отговорни за психично болните институции – перспективата на близките

Като институции, които следва да се ангажират с проблемите на психичното здраве и да помогнат на семействата, близките идентифицират Министерствата на здравеопазването и на труда и социалната политика, както и общината. Прави впечатление, че се пропуска възможната роля на социалната система, която засега е сведена до минимум в очите на близките: *„Координацията [между МЗ и МТСП] е дотолкова, доколкото личният лекар да изпише едно удостоверение за социална интеграция за лекарствата, с което пациента отива във социални грижи и оттам взима някаква помощ. Това е връзката между лекар и социални грижи. Няма.“* (фокус-група с близки на психично болни). Общината може да спомогне със създаването и контрола върху дневните центрове, което се аргументира с това, че частен инициатор на такива центрове няма да се съобразява с болните.

6. ОЦЕНКА НА САМИТЕ ПСИХИЧНО БОЛНИ ЗА ПОЛАГАНИТЕ ЗА ТЯХ ГРИЖИ

Изследователският проект включваше и наблюдение посредством пряка индивидуална анкета на 102 индивида с психични проблеми. Това са хора от частните и общински центрове за извънболнична помощ. Макар да са с относително по-леки форми на психично увреждане тяхното мнение можем да приемем за релевантно и по отношение на групата с по-тежки проблеми, за които този метод на допитване би бил неприложим.

Най-големи затруднения хората с психични проблеми изпитват именно по отношение на общуването си с другите хора и включването в общността. Далеч по-назад са поставени финансовите проблеми и снабдяването с необходимите лекарства. Средната оценка за живота, който водят хората с психични разстройства е около средата – добър 3,91 по шестобалната система.

Според Вас, кои са трите най-важни проблема за: (Въпросът е задаван в свободна форма)	хората с психични проблеми в гр.София? (%)	Вас лично?
Без отговор	5.3	8.0
Трудно общуване	53.3	46.7
Трудно социализиране	54.6	33.4
Ниска памет	2.6	4.0
Липса на безплатни лекарства	12.0	9.3
Липса на пари	21.4	16.0
Умора	1.3	4.0
Липса на удобен транспорт за хората с психични проблеми	1.3	5.3
Странични действия на лекарствата	2.6	1.3
Липса на санаториуми	2.6	2.7

До каква степен, според Вас, потребностите на хората с психични проблеми в София са удовлетворени по отношение на :	Средни оценки по шест-степенна скала
ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ като лечение, лекарствена терапия, психотерапия, рехабилитация и др	4.51
СОЦИАЛНИТЕ ГРИЖИ като патронаж, лесен достъп до социални служби, защитено жилище, периодична подкрепа и др	3.90
До каква степен близките, които се грижат за Вас, получават достатъчна помощ и подкрепа от :	
ЗДРАВНИТЕ ИНСТИТУЦИИ – болница, диспансер, поликлиника, здравна каса и др.	4.31
СОЦИАЛНИТЕ ИНСТИТУЦИИ – дневен център, дирекция за социално подпомагане, бюрата по труда и др.	3.73
Ако се опитате да оцените Вашия опит от лечение в различни здравни институции, считате ли, че като цяло	4.82

лечението, което сте получавали е било:	
А какво бихте казали по отношение на настоящото лечение, което получавате?	4.99
Считате ли, че лекуващият Ви лекар, Ви разбира и е достатъчно ангажиран с Вашия случай (грижи се за Вас)?	5.45
Как бихте оценили отношенията Ви с другите членове на персонала на здравното заведение, което Ви обслужва/където сте били за последен път ?	4.82

Изключително приятно впечатление правят относително високите оценки, които хората с психични увреждания поставят на грижите, получавани от здравната и социалната система. Най-висока – почти отличен 5,45 получават лекуващите лекари. Оценки от много добър – над 4,50 са дадени за настоящото лечение, отношението на персонала в последното и останалите здравни заведения, в които са лекувани. Прави впечатление, че оценките за получаваните социални услуги са значително по-ниски – около добър 4. Отношението към конкретното заведение за извънболнична помощ, където са били анкетирани хората с психични увреждания също е силно позитивно – средната оценка е много добър – 5,04.

ЧУВСТВАТЕ ЛИ СЕ ЗАЧИТАН/УВАЖАВАН ТУК?	Средна оценка 5.04
--	---------------------------

Обръщали ли сте се до този момент за някакъв вид социална подкрепа и помощ към Дирекция за социално подпомагане или Бюрото по труда във Вашия район?	
Без отговор	1.3
Да, към Дирекция "Социално подпомагане"	22.7
Да, към "Бюро по труда"	13.3
Да и към двете	33.3
Не	29.3

Относително по-ниските оценки на хората с психични увреждания за предоставените от социалните служби услуги се дължат на пропуски в работата им. Само в 50% от случаите хората са получили своевременно търсената помощ от Дирекцията по социално подпомагане. При една пета това е станало с известно закъснение, а в едната трета – въобще не се е случило. По отношение Бюрата по труда резултатите са по-негативни – своевременно получената помощ е в 40 на сто от случаите, със закъснение – 37%, а неполучената -23%.

Получихте ли търсените от Вас помощ и услуги в:	
ДИРЕКЦИЯТА СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ:	
Да	50.0
Да, но с известно закъснение	14.3
Да, но с голямо закъснение	7.1
Не	28.6
БЮРОТО ПО ТРУДА	

Да	40.0
Да, но с известно закъснение	22.9
Да, но с голямо закъснение	14.3
Не	22.9

Как бихте оценили отношението към Вас в:	Средни оценки по шест-степенна скала
ДИРЕКЦИЯТА ЗА СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ:	3.95
БЮРОТО ПО ТРУДА	3.49
Как оценявате качеството на услугите и грижите, които получихте в:	
ДИРЕКЦИЯТА ЗА СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ	3.73
БЮРОТО ПО ТРУДА	3.58

Хората с психични разстройства и увреждания настояват за по-голяма ангажираност на всички институции за решаване на проблемите им и за повече усилия в посока интегрирането им в общността. Както сочат данните трудовата и социална интеграция е от най-важно значение, за да се подобри качеството на техния и на близките им живот.

Ако зависеше от Вас какво бихте променили в системата от грижи, които се полагат за хората с психични проблеми? (Въпросът е задаван в свободна форма)	
Без отговор	21.3
Повече ангажираност от страна на персонала на болниците и институциите	50.7
Да не се изолират психично болните, да се адаптират в обществото	33.3
Да се закрие болница „Св. Иван Рилски „ в Корило	2.7
Да заработи без прекъсване трудова терапия	8.0
Да се открият повече места за лечение	1.3

ПРЕПОРЪКИ

Доколкото социологическото изследване обхваща територията на Столична община, предложените препоръки са конструирани от гледна точка на възможностите на общината като активен субект при прилагането на политики в сферата на психично здраве. Някои от препоръките са с по-широк обхват, защото в системата за психично здраве се включват множество субекти както на национално, така и на общинско равнище.

А. Препоръки към Столична община за стратегическа и програмна дейност

- 📁➊ Столична община да инициира експертни дискусии за планиране на институционални регламенти за взаимодействие между организациите в здравната и социалната система. Тук следва да се включат не само държавни и общински структури, но и представители на частните психиатрични практики и центрове, както и неправителствените организации;
- 📄➋ Инициране и организиране на експертни екипи с цел ревизиране на нормативната база и разработване на реалистична програма за междусекторно сътрудничество. Екипите следва да включват специалисти от различни заинтересовани страни – юристи от въвлечените институции, социални работници, психолози, психиатри;
- 📄➌ Инициране на мерки за преодоляване на структурни затруднения в организациите, част от здравната и социалната системи, с цел по-ефективно междусекторно и вътрешноорганизационно взаимодействие;
- 📄➍ Съдействие пред МЗ и НЗОК за промяна в механизмите на финансиране на болничното и извънболничното лечение с цел подобряване на качеството на грижите, въвеждане на стандарти и повишаване на мотивацията на работещите в системата специалисти;

Б. Препоръки към Столична община за дейности и програми в здравната и социалната системи

- 📄➎ Промяна на практиката на изчакване на човек да потърси помощ само когато е в епизод на криза. Създаване на техники за бързо откриване и диагностициране на хора с психични разстройства и увреждания.
- 📄➏ Незабавно разрешаване на проблемите със спешната психиатрична помощ и работата на мобилните психиатрични екипи. Ефикасно финансиране на спешното звено към градския диспансер; изграждане на подходяща инфраструктура; осигуряване на специализиран транспорт за нуждите на отделението регламентиране на взаимоотношенията между спешното звено и други организации – МВР, Бърза помощ, Районен съд;
- 📄➐ Поддържане на електронен регистър (част от общонационален регистър) на хората с психични разстройства и увреждания в рамките на общината, който да позволи проследяването на историята на заболяването, различните етапи от развитието на болестта, както и на предприетите терапии.
- 📄➑ Създаване на условия за периодично провеждане на семейни консултации с психотерапевти в семейства с психично болен роднина. Това ще съдейства за овладяване на кризата в семейната общност, която често предизвиква и задълбочава психичното заболяване – установяване на промяната в семейните отношения и ролите в семейството;

- 📁📄🕒 Регламентиране и разграничаване на функциите на общинските и националните социални служби по отношение на хората с психични разстройства и увреждания;
- 📁📄🕒 Децентрализация на социалните служби и тяхното облекчаване откъм документна работа. Създаване на условия и практика пред социалните работници за активна „работа на терен“ за сметка на преобладаващата на този етап „кабинетна работа“;
- 📁📄🕒 Прилагане на финансови стимули за преодоляване на текучеството и повишаване на мотивацията на служителите в социалните звена;
- 📁📄🕒 Предприемане на спешни социални политики в сферата на психичното здраве за нискостатусни групи и „бездомници“;
- 📁📄🕒 Непрекъснати обучения за повишаване на квалификацията и уменията на работа на служителите и специалистите в социалната и здравната система. Осигуряване на терапии и обучения за родни и близки, които се грижат за хора с психични заболявания;

В. Препоръки към Столична община за дейности в сферата на социалната интеграция и терапия, информационни кампании

- 📁📄🕒 Финансиране на проекти за изграждане на дневни центрове, центрове за рехабилитация, социални домове и защитени жилища. Мрежата от дневни центрове, центрове за рехабилитация и защитени жилища може да бъде ефективно работеща, ако се създаде на регионален принцип – нейният обхват да включи всеки голям район на Столична община;
- 📁📄🕒 Осигуряване на устойчивост на дълготрайни проекти на неправителствени организации и частни центрове в сферата на психичното здраве. Изработване на критерии в зависимост от ползата на проекта за активно взаимодействие между здравна и социална система и хармонично развитие на болнична и извънболнична грижа, социална интеграция и терапия;
- 📁📄🕒 Създаване на механизъм за контрол на качеството и мониторинг на проекти и политики в сферата на психичното здраве;
- 📁📄🕒 Съдействие при изграждането на обща електронна информационна система, която да е достъпна за структурите на здравната и социалната система, за неправителствените организации и частните психиатрични центрове на територията на общината;
- 📁📄🕒 Организиране на широкомащабна обществена информационна кампания по отношение на основните характеристики на системата за Психично здраве на територията на столична община. Информацията следва да е достъпна и чрез популяризирана телефонна линия, както и чрез специализирани информационни центрове за „хора с увреждания“ на достъпни места в столицата;
- 📁📄🕒 Финансиране на изследователски проекти, които да предоставят актуална информация за състоянието на системата за психично здраве с цел изграждане на регионални политики и антистигма кампании.