



Twinning Contract Number: BG/2004/IB/02 – *Facilitating the transition from institutionalized mental health care to a model of community psychiatry in Bulgaria*



НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ОБЩЕСТВЕНАТА ПСИХИАТРИЯ В БЪЛГАРИЯ

Основен план

Септември 2006

Резюме

Основният план представлява последният продукт на Туининг проекта, озаглавен “Подпомагане на прехода от институционализирани психично-здравни грижи към модел на психиатрия в общността в България”, разработен съвместно от експерти на държава член на Европейския съюз и България. За основа при изготвянето му е послужила Националната политиката за психично здраве на Република България и Националният план за изпълнение на Политиката за периода 2004-2012 год. Неговата цел е да подпомогне Министерството на здравеопазването при взимане на предстоящите решения и да бъде инструмент за прилагане на гореспоменатата политика.

Основният план се състои от три глави: Въведение, Ситуационен анализ и Препоръки.

Въведението представя колко разпространението и значението на психичните разстройства както и значението на позитивното психично здраве, промоцията на психичното здраве и превенцията на психичните заболявания. Направен е също и преглед на глобалния и европейски контекст на психично-здравните грижи.

Ситуационният анализ на психиатричната помощ в България разглежда съществуващите предизвикателства и потребности като: управление и законодателство, организация на психично-здравните грижи, лечебни практики включително психо-социална рехабилитация, информационни системи за психично здраве, човешки ресурси и промоция на психичното здраве.

Основният план съдържа препоръки за осигуряване на успешно преминаване от институционализирана психична помощ към психиатрия в общността чрез подобряване на обслужването. За този преход трябва да бъдат налице следните предпоставки: гъвкаво сътрудничество между различните сектори (здравеопазване, социална сфера, образование и финансиране); въвеждане на райониране в областта на психично-здравните грижи; създаване на цялостна информационна здравна система на всички нива на психиатричната помощ (местно, регионално и национално); прилагане на съобразен с нуждите интегриран подход към лечебните практики; въвеждане на психо-социална рехабилитация в различните видове лечебни заведения, извършващи психично-здравни грижи (болнични, дневни центрове, извънболнични) и накрая осъществяване на промоция на психичното здраве и превенция на психичните разстройства. За успешната реализация на тези задачи е необходимо създаване на специализирана структура по въпросите на психичното здраве в рамките на Министерството на здравеопазването и приемане на самостоятелен закон за психичното здраве.

СЪДЪРЖАНИЕ:

Резюме	2
Предговор.....	5
1. Въведение	6
1.1. Тежест на психичната болест	6
1.2. Позитивното психично здраве като ресурс	6
1.3. Ситуацията в глобален мащаб	7
1.3.1. Психичното здраве като приоритет на СЗО.....	7
1.3.2. Психичното здраве в рамките на ЕС.....	8
1.4. Националната политика за психично здраве в България.....	9
1.5. Важни действащи и предстоящи проекти в България	10
1.6. Цели на Основния план.....	11
1.7. Процесът за изготвяне на Основния план.....	11
2. Ситуационен анализ на настоящата система за психично здраве, предвид на потребностите и предизвикателствата в България.....	12
2.1. Управление и законодателство	12
2.2. Финансиране на психиатричната помощ.....	13
2.3. Първична медицинска помощ	14
2.4. Специализирана психиатрична помощ.....	15
2.4.1. Разпределение на услугите	16
2.4.2. Процедури за насочване към специалист.....	16
2.4.3. Лечебни заведения за извънболнична психиатрична помощ.....	16
2.4.4. Рехабилитационни услуги.....	16
2.4.5. Болнична психиатрична помощ.....	17
2.4.6. Пациенти с дългосрочен престой в институциите.....	17
2.4.7. Частен сектор	17
2.4.8. Психиатрична помощ за деца и юноши	18
2.4.9. Обслужване на лица със зависимости.....	18
2.4.10. Съдебно-психиатрични експертизи	19
2.5. Развитие на лечебните практики	19
2.5.1. Въведение	19
2.5.2. Непрекъснатост на грижите и водене на случаи	19
2.5.3. Работа в екип и супервизия	20
2.5.4. Взаимодействие между различните сектори	20
2.6. Психосоциална рехабилитация	21
2.6.1. Основни идеи и практика:	22
2.7. Информационни системи за психично здраве	23
2.7.1. Въведение	23
2.7.2. Ниво пациент и обслужващо звено	23
2.7.3. Регионално ниво	24
2.7.4. Национална статистическа система за психично здраве	25
2.8. Човешки ресурси	26
2.8.1. Лекарите	26
2.8.2. Медицински сестри	27
2.8.3. Социални работници.....	28
2.8.4. Психолози	28
2.8.5. Обучение на обучаващи	29
2.8.6. Обучение по психосоциална рехабилитация	29
2.9. Промоция на психичното здраве и превенция на психичните разстройства	29
2.10. НПО по психично здраве	30
2.11. Бъдещи трудности и приоритети на психично-здравните грижи в България	31
3. Препоръки за усъвършенстване психично-здравните грижи.....	31
3.1. Управление и законодателство	31

3.2. Финансиране на психично-здравните грижи	33
3.3. Организиране на службите за психично здраве	33
3.4. Лечебни практики.....	35
3.5. Информационна система за психичното здраве	36
3.6. Човешките ресурси в службите по психично здраве	38
3.7. Промоция на психично здраве и превенция на психичните разстройства	40
3.8. Приоритизиране на психично-здравните грижи в България в бъдеще.....	41
ПРИЛОЖЕНИЕ: Опит на Финландия в процеса на деинституционализация	42

Предговор

Предложеният тук Основен план за развиване в България на психиатрията в общността през следващите десет години е плод на общите усилия на българските и финландските експерти, работещи по Туининг проекта, осъществяван от двете страни, който се финансира по програмата ФАР.

Реформирането на психиатричната помощ в България не би могло да бъде отделено от цялостното реструктуриране на здравеопазването от последните шест години, тъй като много от промените в здравната система имат пряко отражение върху обслужването на психично болните. Някои от тези промени са необходими и уместни, други обаче създават нови проблеми, на които тепърва трябва да се търси решение. Независимо от тези опити, системата за психични здравни грижи от десетилетия продължава да следва установените рамки на лечението в институцията, което очевидно вече не е в състояние да отговори на изискванията в модерното общество. Правителството на Република България отчете новите реалности и взе участие в изготвянето на редица официални документи и декларации в тясно сътрудничество със Световната здравна организация (СЗО), Съвета на Европа, Пакта за стабилност на Югоизточна Европа и Европейската комисия. С подписите на двама министри на здравеопазването България стана страна по Декларацията от Дубровник 2001 и Декларацията от Хелзинки за психичното здраве от 2005 год. Български експерти участват в създаването на Зеления доклад за психично здраве, изготвен от Европейския съюз (ЕС), както и в множество други важни международни инициативи. В рамките на страната тези усилия се изразяват в приемането на Национална програма за психичното здраве, по-късно трансформирана в Национална политика за психичното здраве и План за действия за периода 2004 – 2012 год. Освен това се гласуват и сериозни законодателни промени в главата за психично здраве от Закона за здравето, както и различни наредби и насоки относно практиките за лечение и т.н. Важни стъпки за реформиране и модернизиране на социалното обслужване са предприети и от страна на Министерството на труда и социалната политика (МТСП). Всички тези действия са извършени с ценната подкрепа на Европейската комисия чрез програмата Фар и с помощта на проектите, насочени към лицата с увреждания, причинени от психично разстройство.

Като част от тази Програма, Туининг проектът “Подпомагане на прехода от институционализирани психиатрични здравни заведения към модел на психиатрия в общността в България” трябва да предостави концептуалната основа за бъдещото развитие на психичните здравни грижи в посока на деинституционализиране и създаване на центрове за обслужване в общността. Настоящият документ представя главните принципи, залегнали в изброените по-горе документи: реструктуриране на услугите с цел избягване на изолацията на психично болните; борба със стигматизацията и дискриминацията; децентрализация, психо-социална рехабилитация и междусекторно сътрудничество. Основният план задълбочено и подробно доразвива основните насоки на Плана за действие, за да обхване периода до 2012 год. Основният план няма силата на директива, а по-скоро представлява препоръка и консултантска помощ за нуждите на българските експерти, базиран на финландския опит за психична здравна помощ в общността. Той е разработен с участието на българските партньори по проекта и включва също и техния опит и виждане за бъдещето. Накрая, но не на последно място, този документ е пример за международно сътрудничество по европейски модел, което е новата европейска перспектива за България.

1. Въведение

1.1. Тежест на психичната болест

Едно наскоро проведено епидемиологично проучване (EPIBUL по инициатива на СЗО) на случайно подбрани извадки от населението дава подробна картина на психичното здраве в България, особено що се касае до честите психични разстройства. Според това проучване психичните разстройства в страната за период от 12 месеца достигат до 20% от общата заболяемост и са сред най-високите нива в сравнение с другите 7 европейски страни, включени в изследването. Най-много преобладават тревожностните разстройства (13.1%), следвани от депресията (8.5%). Това създава солидна база за оценяване потребността от обслужване на лицата, които страдат от чести психични разстройства, но не сред пациентите с тежки психични заболявания.

В цял свят психичните проблеми все по-често водят до загуба на трудоспособност, нещо повече психичните разстройства са сочени като пет от всеки десет причини за инвалидизиране. Влошеното психично здраве допринася за физически заболявания и за несъответствие с програмите за превенция и лечение. Фамилната обремененост води до интелектуални и емоционални последствия за следващото поколение. Психичните заболявания също допринасят за ранна смърт, а самоубийствата сами по себе си представляват десетата водеща причина за смъртност в световен мащаб.

Финансовите последици от неефективното и неефикасно справяне с психичните разстройства в България произтичат от:

- Нереализирано производство от лица с психични заболявания, които не са в състояние да работят в кратко-, средно- или дългосрочен план.
- Намалена производителност на труда на хората, които ходят на работа болни.
- Инциденти, причинени от психично неуравновесени хора (особено тези, които отговорят за сигурността на другите като автобусни шофьори, работници във фабрики).
- Подкрепа на лицата, които са на издръжка на психично болния.
- Безработица, отчуждаване и престъпност сред младите хора с проблеми в детството (например депресия, поведенчески разстройства), на които не е било обърнато достатъчно внимание и не са могли да се възползват от възможностите за образование.
- Неправилен подход към последствията от дислексия, слабо умствено изоставане и други специални образователни нужди в детството.
- Слабо развитие на познавателните способности при деца с психично болни родители.
- Закъсняло лечение или липса на лечение на психичните разстройства.
- Нереализирано производство от преждевременна смърт в резултат от самоубийство или друга причина.

1.2. Позитивното психично здраве като ресурс

Психичното здраве е съществен компонент от общото здравословно състояние. СЗО определя здравето като състояние на цялостно физическо, психическо и социално благополучие. Психичното здраве е резултат от различни предразполагащи фактори (например ранни преживявания в детството), неочаквани събития (например стресови ситуации), социална подкрепа и индивидуални възможности (например самоуважение) и опит. Важна роля играят също и социално-икономическите фактори като образование, заетост, разпределение на доходите и наличие на квартира. Психичното здраве представлява нещо значително повече от липса на симптоми за психично

заболяване или страдание (дистрес). То означава положително усещане за благополучие, вяра в собствените качества, в достойнството и качествата на другите.

Позитивното психично здраве включва способността да възприемаме, схващаме и тълкува заобикалящата среда, да се приспособим към нея и ако е нужно да я променим, да мислим и говорим и да общуваме един с друг. Психичното здраве влияе също върху нашата способност да се справяме с промяната, преходните етапи и с житейските събития: раждане на дете, безработица, загуба на близък човек или влошено физическо здраве. Психичното здраве се постига посредством способността за взаимодействие с други хора, чрез структурите и ресурси в обществото, а също и с помощта на културните ценности.

Психичното здраве и благополучие са въпрос от нашето ежедневие, и би трябвало да представляват интерес за всеки гражданин и работодател, както и за всички здравни, образователни и административни сектори. Психичното здраве се влияе, подобрява, а и застрашава в семейството и в училище, на улицата и на работното място – там, където хората могат да се чувстват сигурни, уважавани и полезни за обществото или съответно да бъдат заплашени, изолирани и отхвърлени. То зависи в голяма степен и от отношението на другите към нас и от нашето към тях и към себе си. Всеки човек има психични нужди, независимо дали има диагноза за психично заболяване или не. Поради това, промоцията на психичното здраве е от значение за цялото общество.

1.3. Ситуацията в глобален мащаб

1.3.1. Психичното здраве като приоритет на СЗО

От няколко десетилетия СЗО акцентира върху психичното здраве, като провежда редица задълбочени проучвания и разработва програми в тази област. От изследванията на СЗО знаем, че разпространението на психичните разстройства се развива със сходни темпове навсякъде по света. В СЗО е създадена структура, отговаряща за психичното здраве, всеки регионален офис на СЗО разполага със съветник по тези въпроси, който оказва съдействие за развитието в съответните страни и организира международни работни срещи и семинари.

В края на 90те години кампанията на СЗО за психично здраве на нациите поставя акцент върху политиката за психично здраве.

През 2001 год. СЗО посвещава на психичното здраве както годишния си ден на здравето, така и годишния си здравен доклад, призовавайки страните да приемат ясна политика по отношение на психичното здраве. Тези инициативи впоследствие прерастват в голям проект на СЗО за политиката и законодателството, свързани с психичното здраве.

През януари 2005 год. офисът на СЗО за Европа организира Европейска конференция на министрите по въпросите на психичното здраве, озаглавена “Да се изправим срещу предизвикателствата, да открием решенията”. С приемането на Декларация за психичното здраве и План за действие за Европа, страните определят стратегическия курс за развитие на психичното здраве през следващите 5 – 10 години.

Включените в този План области са:

1. Промоция на психичното благосъстояние за всички
2. Демонстриране на централното място, което заема психичното здраве
3. Справяне със стигмата и дискриминацията
4. Промоция на дейности, чувствителни към уязвимите етапи от живота ни
5. Превенция на психичноздравните проблеми и на самоубийствата
6. Осигуряване на достъп до добра първична помощ за хората с психични проблеми
7. Предлагане на добре работещи психиатрични грижа в общността за лица с тежки психични проблеми
8. Установяване на партньорство между различните сектори
9. Създаване на достатъчна и компетентна работна сила
10. Създаване на надеждна информация за психичното здраве
11. Осигуряване на справедливо и адекватно финансиране
12. Оценяване на постигнатите резултати и предоставяне на нови доказателства

1.3.2. Психичното здраве в рамките на ЕС

Европейският съюз играе важна роля в Европа и навсякъде по света. През 2000 год. е публикуван доклад на тема "Психичното здраве като елемент от общественото здраве в Европа" (STAKES 2000), разработен по проект, финансиран по програмата на ЕС за общественото здраве. В него е широко застъпена нуждата от преосмисляне на акцентите на психичното здраве:

- Първо, като основен фактор за здравето и благополучието, психичното здраве трябва да бъде извадено от професионалната, организационна и политическа изолация в по-широката сфера на общественото здраве.
- Второ, вместо психичното здраве да се съсредоточава върху лечението на отделни лица е необходимо да се засили ориентацията на психичното здраве към цялото население. Това цели да се изостри нашето внимание към възможностите за интегриране на въпросите на психичното здраве в политическите решения, стратегии и програми от областта на общественото здраве, за да се окаже въздействие върху психичното здраве.
- Трето, трябва да се промени разбирането за психичното здраве, което традиционно се свързва с психичните разстройства. Съвременното мислене и действия трябва да привличат вниманието върху позитивното психично здраве, а не само върху отрицателните страни.

След края на миналия век ЕС реално определя психичното здраве като приоритетен елемент от дневния ред на общественото здраве. В резултат на това се осъществяват няколко развойни проекта в тази област със съвместното финансиране на предходната Програма на ЕС за общественото здраве. От 1999 год. насам няколко председателства на ЕС организират конференции на високо ниво по различни аспекти на психичното здраве.

Приетата през 2002 год. и действаща понастоящем Програма за общественото здраве обхваща три направления:

- Здравна промоция въз основа на здравните детерминанти

- Бърза реакция спрямо заплахите за здравето
- Разработване и развитие на здравна информация.

В резултат на новата Програма за обществено здраве стартират няколко развойни проекта, които имат отношение към българските условия. В тях са разработени модели за промоция на психичното здраве и за разработване на информационни системи, примери за икономика на психичното здраве, профилактика на депресията и предотвратяване на престъпленията, извършени от психично болни

На 14.10.2005 год. Комисията приема така наречения Зелен доклад „Подобряване на психичното здраве на населението: към политиката за психичното здраве за ЕС“. Докладът предлага изграждане на стратегия на ЕС за психичното здраве, която ще осигури допълнителна полза чрез:

- Създаване на условия за обмена и сътрудничество между страните член на ЕС;
- Подобряване на последователността и съгласуваността на действията в здравеопазването и в останалите сектори в отделните държави членки на ЕС и на ниво европейска общност;
- Широко въвличане на заинтересовани институции при разработване на варианти за решения.

Дори когато е налице споразумение на Конференцията на министрите от държавите членки на ЕС по въпросите на психичното здраве, проведена през 2005 год., че основен приоритет е предоставянето на ефикасни, висококачествена и достъпни грижи и лечение, сами по себе си те не могат да преодолеят и променят социалните детерминанти. Поради това, в съответствие със стратегията на СЗО е необходим всеобхватен подход, включващ индивидуално обслужване, но също и действия, насочени към цялото население за промоция на психичното здраве и профилактика на психичните заболявания, посрещане на предизвикателствата, свързани със стигматизацията и човешките права.

Във връзка с лечението извън психиатрични институции Зеленият докладът гласи: *„Деинституционализацията на психично-здравните грижи и въвеждането на обслужване на ниво първична помощ, в центровете в общността и в многопрофилните болници съобразно потребностите на пациентите и техните семейства може да подпомогне социалното интегриране. Големите психиатрични болници и институции лесно допринасят за стигмата върху психично болните, затова на много места реформите извеждат лечението от тези големи психиатрични институции (в някои нови държави членки на ЕС те все още съставляват преобладаваща част от инфраструктурата на психиатричната помощ) и го насочват към обслужване в общността. Това се реализира заедно с информиране и инструктиране на пациентите и семействата им, както и на персонала, за активно участие при осъществяване на тези стратегии и за възможностите за увеличаване на възможностите за реализация на психично болните*

1.4. Националната политика за психично здраве в България

На 22.07.2004 год. Министерският съвет одобрява Психично-здравната политика на Република България за периода 2004 - 2012 год., както и Националния план за действие за осъществяването ѝ.

Основната цел на Националната политика за психичното здраве е запазване и подобряване на психичното здраве на населението и също изваждане на психичното здраве от професионалната, организационна и политическа изолация, и интегрирането му в системата на общественото здраве.

Обект на на Националната политика за психичното здраве са лицата, които са сериозно социално увредени поради влошено психично здраве. Това означава, че в нея не са включени хора с чести психични разстройства (като депресия и тревожностни разстройства).

Основните елементи на Националната политика за психично здраве са както следва:

1. Обслужване в общността
2. Деинституционализация
3. Човешки права
4. Качество на услугите
5. Интеграция на потребителите на услуги в процеса на лечение и рехабилитация. Създаване на неформални групи на потребители.
6. Интегриран подход
7. Политика, основана на доказателства
8. Превенция и промоция
9. Стигма и дискриминация, дължащи се на психични заболявания

Националният план за действие за реализиране на политиката за психично здраве се периода 2004 - 2012 год. е разделен на краткосрочни дейности за 2004 год., средносрочни дейности за 2004 - 2007 год. и дългосрочни дейности за 2007 – 2012 год. Настоящият Основен план е съобразен с него, като следва неговата структура, но и дава някои допълнителни препоръки.

1.5. Важни действащи и предстоящи проекти в България

Съществуват няколко важни проекти и дейности, които подкрепят деинституционализацията на психично-здравните грижи в България.

През 2002 год. стартира Проект за психично здраве в Югоизточна Европа по инициатива на Пакта за стабилност. Целите на проекта са повишаване на социалното сближаване в региона чрез въвеждане на модерни форми на психиатрична помощ. От март месец 2004 год. по този проект се изгражда модел за психиатрия в общността. В рамките на България се осъществява пилотен проект в Благоевград за такова обслужване с дневен център и защитени жилища.

Като част от инициативата на Пакта за стабилност за социално сближаване и при опит за реализиране на политиката в съответствие със специфичните местни потребности, през 2004 год. България предлага разработване на проект за *„Изграждане на регионални мрежи и системи за събиране и обмена на социална и здравна информация“*. Реалното изпълнение на този проект стартира на 1 юни 2005 год. Целта е да се създаде местна информационна система за целите на пилотните центрове за психично здраве в общността, създадени в девет страни от югоизточна Европа. Предвижда се също са бъде създаден нов подход при събирането на данни и да се подпомогне правилното изпълнение на нови програми. Освен това в рамките на проекта във всяка от страните ще бъде изготвен по-задълбочен анализ на цялостната дейност на психиатричната помощ в общността.

Проектът цели изграждане и въвеждане на компютъризиран информационен протокол и система за ефективни клинични и управленски дейности в осемте центъра за психиатрия в общността. Информацията за лечението и рехабилитацията на различни групи психично болни, която ще се събира и анализира ще помогне на тези осем страни за вземат решения в хода на прилагане и управление на психично-здравната политика. По този начин информационната система за лицата с психични разстройства ще се оформи въз основа на съответните потребности и специфика за

страната, и ще се използва като практически инструмент за взимане на решения на национално, регионално и местно ниво.

През декември 2005 год. стартира проект по програма Фар BG EuropeAid/120165/D/SV/BG за “Подобряване качеството на живот на лицата с психични увреждания”. Редица от неговите цели и дейности се препокриват с обхвата на действащия Туининг проект, но има и много други дейности, съсредоточени на местно ниво в осем различни общини, например подготовка на планове за действие за нуждите на психично-здравното обслужване в тези общини.

В началото на октомври 2006 год. започва работа по осем нови пилотни проекта с центрове за дневни грижи и защитени жилища за пациенти с тежки психични заболявания. Тяхното финансиране е по линия на Схемата за грантове 2003 на програма Фар, която ще отпусне средства и за още три проекта за изграждане не само на дневни центрове и защитени жилища, а и на психиатрично отделение в многопрофилна болница. Реализацията на всички проекти ще представлява реална стъпка за развиване на психиатрията в общността в България.

1.6. Цели на Основния план

Основният план подкрепя решенията на Министерство на здравеопазването (МЗ) и служи като инструмент за осъществяване на националната политика, описана по-горе.

Като оказва съдействие за прилагането на Основния план българското правителство ще осигури обслужване именно на лицата, страдащи от тежки психични разстройства чрез:

- Предоставяне на грижи, лечение и рехабилитация особено за пациенти с тежки психични заболявания.
- Подобряване на здравето и социалната функция на психично болните
- Намаляване на общата смъртност сред хората с психични разстройства
- Намаляване на стигматизацията
- Защита на човешките права и достойнство на психично болните
- Превенция на психичните разстройства.
- Развитие на човешките ресурси за извършване на гореспоменатите задачи

1.7. Процесът за изготвяне на Основния план

Основният план представлява заключителния документ на Туининг проекта BG/2004/IB/SO/02 „Подпомагане прехода от институционализирани психично-здравни грижи към модел на психиатрия в общността в България”. От българска страна от проектът се реализира от МЗ и Националния център за опазване на общественото здраве (НЦООЗ), а страната на една държава членка на ЕС – от Националния център за изследване и развитие на благосъстоянието и здравето (STAKES), Финландия. Туининг проектът се състои от следните пет компонента:

Компонент 1: Структурно развитие

Компонент 2: Развитие на човешките ресурси (подобряване на възможностите за обучение)

Компонент 3: Функционално развитие (усъвършенстване на основата за развитие на психиатрична помощ)

Компонент 4: Промоция на психичното здраве и превенция на психичните разстройства

Компонент 5: Изготвяне на Основен план в резултат от дейностите по компонентите от 1 до 4

Стратегическият подход на проекта залага на участието на българските и финландските експерти с препоръки за Основния план още от самото начало на проекта. С помощта на тези препоръки ръководителите на проекта, начело с постоянния Туининг консултант и неговия партньор от страната бенефициент подготвят дискуссионен проект на Основния план, който се обсъжда по време на семинар, организиран през септември 2006 год. с участието на заинтересованите институции и експерти от двете държави. Задачата на семинара е определяне и одобряване на окончателната форма и съдържание на Основния план. Докладите на експертите от държавата член на ЕС с по-подробен анализ и препоръки са публикувани на интернет-страницата на НЦООЗ.

2. Ситуационен анализ на настоящата система за психично здраве, предвид на потребностите и предизвикателствата в България

2.1. Управление и законодателство

През 2004 год. е приет новият Закон за здравето с отделна глава, посветена на психичното здраве, в която са описани най-вече групите от субекти, правата на психично болните, отговорните за лечението институции и служби, и процедурите по настаняване на задължително лечение. Изработването на тази глава и включването ѝ в Закона за здравето отговоря на най-спешните нужди от промяна на съществуващото законодателство в областта на психичното здраве.

В същото време обаче трябва да се има предвид факта, че главата за психичното здраве далеч не изчерпва всички казуси и проблеми, които възникват в ежедневната практика. Поради това е необходим отделен Закон за психичното здраве, за да се гарантира и разшири кръгът от приоритети за психиатрията в общността, човешките права на пациентите в институциите, промоцията на психично здраве и превенцията на психичните разстройства, психо-социалната рехабилитация и съответните наредби във връзка с недоброволното лечение и принудителните мерки.

Въпреки, че основната отговорност за психичното здраве и психиатричната помощ в България пада върху МЗ и на ведомствата под негово ръководство, особено върху НЦООЗ, в тази област участват редица институции. Освен МЗ, което се грижи за болничната психиатрична помощ, те включват МТСП (центрове за дневни грижи, защитени жилища, социални домове и домове за сестрински грижи), Министерство на образованието и науката (МОН) (специализираните училища), общините (извънболничната помощ, оказвана в диспансерите) и частния сектор – за по-голямата част от извънболничната психиатрична помощ. Сътрудничеството между министерствата е слабо и проблематично. За подобряването му МЗ и МТСП подписват на 13 януари 2006 год. Рамково споразумение, което да регламентира взаимодействието помежду им във връзка с процеса на деинституционализацията на услугите за лица с психични разстройства / тежки психични разстройства. Споразумението определя и задълженията на двете министерства по отношение на този процес. Подобряването на координацията между изброените по-горе заинтересовани институции и Министерството на финансите при разработването на стратегии относно психиатричната помощ е от изключително важно значение, тъй като успешното преминаване от институционализирани услуги към психиатрия в общността ще бъде невъзможно без гъвкаво и равнопоставено сътрудничество в съответните сектори на всички нива.

МЗ не разполага със специална структура за психично здраве, която обаче е необходима. Тя трябва да обхваща всички области от психичните здравни грижи, включително промоцията и превенцията. Оптимално би било ако в нея работи мултидисциплинарен екип, но определено там трябва да има поне един психиатър с разбиране и виждане за модерните стратегии за развитие на психиатричната помощ и на лечебните практики, както и да притежава съответен опит с цел осъществяване на Националната политика за психично здраве, поставяща приоритет върху грижите в

общността. Въпросите на психичното здраве трябва също да станат приоритет в дейността на всички ангажирани с тази област отдели в МЗ. Структурите, които подпомагат МЗ за прилагане на неговите психично-здравни стратегии са Националният съвет за психично здраве, учреден в началото на 2006 год., и Националният консултант по психиатрия. В НЦООЗ има добре работещо звено за психично здраве, но то би трябвало да получи повече правомощия за взимане на решения.

На регионално ниво управлението е ограничено. Основните действащи институции са Регионалните центрове по здравеопазване (РЦЗ) – териториалните поделения на МЗ. РЦЗ изпълняват две основни задачи: да събират информация от лечебните и здравните заведения в своя окръг и да следят тяхната дейност, както и дейността на изпълнителите на медицинска помощ (ИМП).

Общините отговарят за организиране на обслужването в общността, което се свежда до извънболнични посещения обикновено в диспансерите и дневните стационари, както и за осигуряването на защитени жилища. С изключение на диспансерите, в България тези дейности се все още рядкост. Освен това трябва да бъде отчетен и фактът, че на общинско ниво сътрудничеството между здравния и социалния сектор е често проблематично и обикновено незадоволително. Във връзка с това съществуват планове за увеличаване на функцията и отговорността на общините в организиране на психиатричната помощ, следвайки общия процес на децентрализация.

2.2. Финансиране на психиатричната помощ

Политическите промени през последното десетилетие на 20 век дават възможност за фундаментална промяна на целия здравен сектор. Извършените реформи целят да подобрят качеството на грижите чрез въвеждане на пазарни елементи в съществуващата, финансирана от държавата, система на здравеопазването. Едно от очакванията е, че с реструктуриране на механизмите за финансиране ще бъдат постигнати по-добри икономически показатели. До голяма степен тези подходи се доказват като трудно приложими в сферата на психичното здраве.

Психичната помощ като цяло, като се започне от промоцията на психичното здраве и се стигне до психо-социалната рехабилитация, страда от сериозна липса на средства. Понастоящем системата за финансиране е доста сложна с много различни източници на финансиране. Ясно е, че този процес трябва да бъде опростен. Финансирането също така трябва да бъде устойчиво и предсказуемо. Евентуалните спестявания от затваряне на психиатрични институции трябва да се инвестират за организиране за психиатрия в общността.

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е основният финансиращ орган на здравните дейности в България. Механизмът за заплащане на психично-здравните услуги е сложен и смесен. Характерното за него е, че парите основно следват потреблението на психиатрична помощ.

Стационарното лечение се финансира от МЗ. То обхваща дейността на психиатричните болници, диспансерните отделения и психиатричните отделения в многопрофилните болници. Финансирането на психиатричната болнична помощ се различава от финансирането на соматичната болнична помощ, която се заплаща от НЗОК. Един от проблемите при действащия механизъм за заплащане на болничната психиатрична помощ се състои в това, че той се основава частично на броя легла и частично на броя преминали болни. По този начин се насърчава синдромът на „въртящата врата” и не се затваря цикълът на лечението. Тези неблагоприятни факти налагат да се търси решение.

Дванадесетте диспансера – моделът за психиатрична помощ, който се е развил през последните десетилетия, представляват националната мрежа за извършване на извънболнично обслужване на кабинет. Те се финансират чрез общинските бюджети с отпускане на еднократна сума, която обаче не покрива извънболничната дейност. Този метод на финансиране стимулира диспансерите да поддържат и стационар, който да

гарантира дейността им. На практика в законодателството липсва разпоредба, регламентираща начина на заплащане на извънболничната помощ в обществените лечебни заведения като диспансерите. В рамките на общия процес на приватизация, дейността на психиатрите е преминала в частни кабинети или към Диагностично-консултативните центрове, заменили бившите поликлиники. Частно практикуващите психиатри обикновено сключват договори с НЗОК, въпреки че за част от дейността си получават директно заплащане от пациентите. Това означава, че извън болничните психиатрични прегледи преобладаващо се финансират от НЗОК, която заплаща за консултации, но не и за продължителна терапия. Един проблем от съществено значение, който трябва да бъде разрешен, е фактът, че около 1 000 000 български граждани (почти 20% от населението) не са здравноосигурени поради различни причини. Това означава, че тези хора имат свободен достъп до медицинска помощ само по спешност, а в останалите случаи трябва да заплащат индивидуално. Обикновено тези лица са социално слаби, а също така заболяемостта от психични разстройства сред тях е по-голяма, отколкото сред останалата част от населението.

Дневните центрове, клубни домове и специални защитени жилища представляват основна част от оказването на грижи в общността. Тези услуги са елемент от социалното подпомагане и се финансират основно от общините и от МТСП.

Функционират няколко на брой пилотни проекта за психо-социална рехабилитация в общността с центрове за дневни грижи и защитени жилища, които се субсидират от различни донорни организации, а в бъдеще Схемите за грантове 2003 и 2004 на програма Фар на ЕС ще бъдат основен източник на средства за тези центрове в България.

2.3. Първична медицинска помощ

В България първичната медицинска помощ на практика се оказва единствено от общопрактикуващите лекари (ОПЛ), твърде малък е броят на медицинските сестри, социалните работници и психолозите. Бившите участъкови лекари, както и лекари с различни специалности, се регистрират като ОПЛ, но едва 10% - 20% от тях преминават специалната програма за обучение и преквалификация. В момента ОПЛ представляват доста хетерогенна група с различни специалности и умения. Поради тази причина трябва да се избягва поставянето им под общ знаменател. Има ОПЛ, които тепърва започват да прилагат общите принципи на непрекъснатите, всеобхватни и координирани грижи. Преминалите формалното обучение са запознати с въпросите на психичното здраве единствено на теория. Липсва практическият опит на клиничната работа с пациенти с различни психични проблеми.

Настоящият професионален състав на ОПЛ се състои от различни по специалност лекари от предишния модел за първична помощ, например така наречените "терапевти" (или участъкови лекари), педиатри, акушер-гинеколози или лекари с други специалности. Регистрираните практики са индивидуални или групови.

Първичната медицинска помощ има ограничена роля в психиатричните услуги в България. ОПЛ "защитават входа" за специализираната извънболнична и болнична помощ. НЗОК сключва договори с тях, които са много подробни и, според международните експерти, доста специфични най-вече заради начина за ограничаване на направленията и заради контрола върху изписваните лекарства.

Въпросите, свързани с психичното здраве, традиционно са много отдалечени от „соматичните“ специалисти и практикуващите в амбулаторната помощ. Тази дистанцираност произтича от следното:

1. В миналото грижата за лица с тежки психични разстройства е била отговорност на психиатрите и диспансерите. Лекарите от другите специалности са обслужвали тези пациенти по отношение на техните соматични проблеми и само по изключение – при остри психиатрични проблеми.

2. Честите психични разстройства, като депресия и тревожност, с които ОПЛ в много страни са добре запознати, преди години по принцип не са били обект на достатъчно внимание в България.

Към днешна дата психичното здраве не се забелязва като ежедневна дейност в практиката на ОПЛ. В най-общия случай те играят ролята на “пазител на системата”, като пренасочват пациентите към специалист.

Липсва координация (с изключение на някои единични **групи на Балинт**), която да подпомогне взаимодействието между първичната и специализираната помощ; не са предвидени възможности за обсъждане на критериите за издаване на направления, комуникация, съвместна грижа, насоки, водене на сложни случаи и др.

Насочването към специалист се извършва по специална система. ОПЛ получават определен брой направления за всеки календарен месец. Направленията се издават на формуляр с големината на пощенска картичка, който съдържа само кода на поставената или предполагаемата диагноза по МКБ. Във връзка с по-нататъшното обслужване на клиничния случай ОПЛ отбелязват едно от осем стандартни квадратчета, например за “диагноза” или за “консултация”. Формулярът за отговор е по-голям, но не позволява записване на много информация. Очевидно целият процес се налага от необходимостта да се регулира обема и формалната страна на пренасочването и консултирането, но това става за сметка на обмена на клинична информация и безпрепятственото затваряне на цикъла на здравната грижа.

2.4. Специализирана психиатрична помощ

Основната задача на Туининг проекта е да подпомогне процеса за преминаване от действащата система за болнична психиатрична помощ към модела на модерната психиатрия в общността. В рамките на психиатричните грижи в България, обслужването в общността трябва да се разглежда като едно цяло, така че всички психично-здравни грижи да бъдат координирани по балансиран начин и да се допълват взаимно, независимо кой сектор/организация осъществява управлението им. Основните характерни черти на балансираните грижи в общността са:

- Акцентиране върху лечението извън психиатрични институции
- Психиатричните болници/отделения също имат своето място, но са предимно в обвързани с многопрофилните болници
- Предоставяне на разнообразни видове услуги според индивидуалните потребности на пациента
- Мобилност и свобода на обслужването в близост до дома на пациента
- Спазване на конвенциите за човешките права.

Функцията на психиатричната помощ е да обслужва по възможно най-добрия начин на пациентите с психични разстройства. Предлаганото обслужване трябва да съответства на нуждите, трябва да бъде разположено близо до пациента и неговите роднини, да има гъвкава организация, предоставяща лесен достъп, като координацията между изпълнителите на тези услуги трябва да бъде в полза на най-доброто лечение с достатъчно възможности за прилагане на най-добрите практики и дейности. В България има развита мрежа от диспансери, които са подходяща база за изграждане на мрежа от Центрове за психично здраве в общността.

Системата за психиатрична помощ в България многократно подчертава принципа за свобода на избора, съгласно който гражданите могат да изберат изпълнителя на психично-здравна грижа. Този подход е уместен при лечението на честите психични разстройства, отличаващ се с активно търсене на психиатрична помощ при усещане на необходимост от това. При тежките психиатрични заболявания обаче, случаят не е такъв. За да се гарантира, че тези пациенти ще получат пълното лечение, от което се нуждаят, в България трябва да бъде създадена система за райониране. Това означава, че отговорността за обслужването на тези най-уязвими групи ще се

разпредели по териториален признак. За целта всеки район трябва да разполага поне с един център за психиатрична помощ в общността. Броят на тези райони би могъл да бъде различен, но вероятно най-разумно ще бъде той да следва разпределението на РЦЗ. В повечето от районите ще се наложи тепърва да се изграждат подобни центрове, докато на местата, където има диспансери те могат да послужат като подходяща основа за развитие на такива дейности, но след като се направи анализ на техните лечебни практики и култура на обслужване. Очевидно е, че такава реформа изисква съответната промяна в законодателството.

2.4.1. Разпределение на услугите

В България се забелязва неравномерно разпределение на психиатричните дейности, както болнични, така и извънболнични; психиатрите също работят най-вече в големите градове. Тези диспропорции обуславят съществуването на големи болници в някои региони, докато в други части на страната има по-ограничен достъп до този вид помощ. Не съществува райониране, което означава, че пациентите могат да ползват услугите на всяка болница или диспансер в страната. Въвеждането на райониране за психиатричното обслужване може да осигури равнопоставеност между различните териториални области и непрекъснатост на грижите.

2.4.2. Процедури за насочване към специалист

Изпълнителите на извънболнична помощ извършват консултации въз основа на направленията, издадени от ОПЛ, които обаче не получават обратна информация от специалистите относно заключенията от прегледа и лечението; не съществува и механизъм за координиране с първичната помощ на проблемите от генерично естество. Цялостният процес за направление трябва да бъде оптимизиран чрез установяване на ясни правила и изисквания за предоставяне на информация и в двете посоки.

2.4.3. Лечебни заведения за извънболнична психиатрична помощ

Звената за извънболнични психиатрично-здравни грижи в България също са доста неравномерно разпределени в рамките на страната. Основно това са диспансерите, но съществуват и голям брой индивидуални и групови психиатрични практики. Много от тези лечебни заведения (диспансерите) нямат сключен договор с НЗОК, което означава, че психиатрите там нямат право да изписват лекарства от реимбурсния списък. В резултат на това се налага пациентите да посещават частно практикуващи психиатри, които работят с НЗОК, само за да си получат лекарствата. Лечението в системата за извънболнична психиатрична помощ е сведено предимно до медикаментозна терапия и не се прилага психо-социалната методика. Следователно е необходимо лечебните практики в диспансерите да се подобрят и техният обхват да бъде разширен.

2.4.4. Рехабилитационни услуги

Дейностите за психо-социална рехабилитация туй включват обслужването, предоставяно от центрове за дневни грижи, защитени жилища и заетост, както и социални клубове и клубни домове. Тези звена се смятат за основни в процеса на деинституционализация. Въпреки това е необходимо да се подчертае, че психо-социалната рехабилитация и рехабилитационният подход трябва да залегнат във всички нива на психиатричната помощ, като се започне от стационарното лечение и извънболничните психиатрично-здравни грижи, и се до промоцията на психичното здраве. Освен това трябва да се има предвид също и, че много хронично болни пациенти имат чисто социални потребности, за да бъде подпомогнато успешното им взаимодействие с обществото. Тези потребности са свързани например със

социалните помощи, осигуряването на помощ за домакинството, покриване на разходите за транспорт, социализиране и защитена заетост.

Предлагането на психо-социални рехабилитационни услуги в България е твърде ограничено. В момента функционират само пилотните центрове в София, Благоевград, Пазарджик и Варна, но се предвижда да бъдат осъществени още 8 пилотни проекта, финансирани от Схемата за грантове на 2003 програма Фар и 3 пилотни проекта по Схемата 2004. Според настоящата информация първите стартират в началото на октомври 2006 год., а втората група – през 2007 год.

2.4.5. Болнична психиатрична помощ

Повечето от психиатричните легла са разположени в отделни психиатрични болници или в диспансерни стационари, освен тях съществуват и някои психиатрични отделения в многопрофилните болници. Общият брой психиатрични легла е около 5 000, което представлява близо 0.6-0.7 на 1 000 души население. Това ниво на обезпеченост е съпоставимо със средния европейски стандарт, затова е важно е да не се намалява общият брой на психиатричните легла преди да бъдат създадени алтернативни заведения, центрове за дневни грижи и защитени жилища. В противен случай съществува риск от увеличаване на бездомните пациенти с хронична шизофрения. От друга страна броят на психиатричните легла в многопрофилните болници трябва да нарасне.

Битовите условия в отделения в психиатричните болници и в диспансерите са различни, но обикновено са незадоволителни. В стаите са настанени прекалено много пациенти, без каквото и да било лично пространство, хигиената е на ниско ниво, персоналът е крайно недостатъчен. Последното в особено голяма степен се отнася за медицинските сестри и психолозите. Броят на психиатрите е по-висок, но те също не достигат.

В отделенията не се извършват съдържателни дейности като мултиаксиална оценка, планиране на лечението и редовно преразглеждане на случаите. Липсва също екипен подход в работата. МЗ е подготвило стандарти за психиатричната помощ, които макар да са определяни като минимални, пак невинаги се прилагат.

2.4.6. Пациенти с дългосрочен престой в институциите

Изчислено е, че 20%-30% от психиатричните легла са заети от пациенти с продължителен престой и всъщност функционират като домове за сестрински грижи, без да предлагат подходящите психо-социални рехабилитационни услуги, които са необходими за случаи с тежка психо-социална дисфункция. Все още повечето от пациентите с дълъг престой пребивават в институции, които са разположени в отдалечени места и са част от системата на МТСП. Не трябва да се пропуска и фактът, че вероятно някои от тези хора биха могли успешно да преминат рехабилитацията и да се преместят в защитени жилища, ако имаше такива.

От критично значение е да се направи изследване, което да даде актуална и реална картина за броя на психично болните, пребиваващи от дълго време в институциите под ръководството както на МЗ, така и на МТСП. Необходимо е също така да се направи анализ колко и кои от тях могат да бъдат подложени на рехабилитация и след това преместени в защитени жилища в общността.

2.4.7. Частен сектор

Има два вида частни практики в системата за извънболнична психиатрична помощ в България. По-важната група са индивидуалните и групови психиатрични практики, където психиатрите работят с НЗОК. Втората група включва частнопрактикуващи психиатри без договор с НЗОК, на които пациентите заплащат индивидуално.

Частните психиатри би трябвало много добре да познават принципите на психиатричното лечение в общността, психо-социалната рехабилитация и психотерапевтичните интервенции. Частните услуги биха могли да имат важна роля в предлагането на услуги в областта на психо-социалната рехабилитация. Възможно е също така защитените жилища и услугите на централите за дневни грижи да се предлагат и от граждански асоциации или частнопрактикуващи специалисти, но за периода на действие на Основния план техният дял ще бъде ограничен.

2.4.8. Психиатрична помощ за деца и юноши

Обслужването на децата и юношите е силно ограничено. Единственото детско психиатрично отделение с 12 легла се намира в София, в Александровска университетска болница. Периодите на лечение са кратки и главните цели са интервенция при кризи и оценка на състоянието. Извънболничната детска психиатрична помощ обикновено се извършва в диспансерите, като университетските клиники в София, извънболничните лечебни заведения и незначителните на брой детски психиатри обикновено само дават консултации. Психиатрични услуги за юношите все още не съществуват в България. Юношите обикновено се лекуват в заведенията, обслужващи възрастни психично болни. По отношение на разработването на подспециалности, най-належащи са нуждите именно в областта на психиатричното обслужване на деца и юноши:

- Увеличаване броя на детските психиатрични звена
- Учредяване на детската психиатрия като отделна специалност
- Подобряване на сътрудничеството между МЗ, МТСП и МОН във връзка с проблемите на психичното здраве при децата. Съществува очевидна нужда от рамково споразумение за деинституционализацията на услугите за деца подобно на рамковото споразумение за деинституционализация на услугите за възрастни пациенти с психични увреждания, одобрено и подписано от съответните министерства.
- Развиване на специализираните услуги от психиатрията за деца и юноши, като се отчита съответните етапи от растежа им. Анализите на състоянието и лечението отнемат по-дълго време отколкото в соматичната медицина, така че броят на обслужваните пациенти с психиатрични проблеми винаги по-малък.
- Съобразяване със специалните нужди на юношите.

2.4.9. Обслужване на лица със зависимости

Услуги за пациенти със зависимости се предлагат, но в ограничен мащаб. Обикновено тези пациенти се лекуват в психиатричните болници, диспансерите и психиатричните отделения на многопрофилните болници. В софийския район Суходол се намира болницата за лечение на зависимости, където има отделения за детоксикация и четиримесечна програма за психо-социална рехабилитация. Извънболничното звено предлага метадонова програма и център за дневни грижи за психо-социална рехабилитация. Освен това, в една психиатрична болница има отделение за пациенти със зависимости. Съществуват и няколко частни извънболнични клиники, които предлагат такива услуги.

Проблемите при пациенти с двойна диагноза, включително тежки психични разстройства и зависимости, все още не са ясно оценени, макар да е очевидно, че те ще бъдат все по-разпространени при предоставянето на психо-социални услуги (в дневните центрове и защитените жилища). Ето защо е важно да се разработят модели и правила за обслужване на пациентите с подобни проблеми в различните звена.

2.4.10. Съдебно-психиатрични експертизи

В България съществуват развити съдебно-психиатрични услуги, но те са силно централизирани. Освидетелстването за невменяемост се извършва в болница „Св. Наум“ в София. Експертните отнемат средно около месец. Ако съдът реши, че лицето не може да носи съдебна отговорност поради психично заболяване, то се изпраща за лечение в психиатричната болница в Ловеч.

2.5. Развитие на лечебните практики

2.5.1. Въведение

Понастоящем качеството на лечебните практики е на високо ниво по отношение на биологичните методи, най-вече медикаментозното лечение. От друга страна, така нареченото цялостно, интегрирано и отговарящо на нуждите лечение не е развито и обикновено не се прилага в ежедневната клинична работа. Основните елементи на лечението, адаптирано съобразно потребностите са:

1. Терапевтичните дейности се планират и при всеки пациент се прилага гъвкав и индивидуален подход, за да се отговори на реалните, променливи нужди не само на пациента, но и на неговите близки (най-често семейството).
2. При прегледите и лечението се прилага психотерапевтично отношение.
3. Различните терапевтични дейности трябва да бъдат разглеждани като взаимодопълващи, а не като взаимноизключващи.
4. Лечението трябва да притежава и да следва характеристиките на непрекъснат процес.
5. Последващите грижи са необходими както за отделните пациенти, така и на глобално ниво, насочено към развитие на лечебни звена и на системата за лечение като цяло.

Водещият принцип при разработването на интегрирана психиатрична помощ трябва да бъдат следните: лечението трябва да бъде цялостно, висококачествено и основано на доказателства. Необходимо е психотерапията или поне психотерапевтичният подход и другите психо-социални интервенции да станат съществена част от това лечение. Трябва да се организира систематичното обучение по психотерапия за персонала, работещ в звената за психиатрична помощ. Освен това всички в допълнение, всички участници в лечението на пациентите трябва да имат достъп до подходяща супервизия, осигурена или заплатена от работодателя. Основните елементи на интегрираните грижи са:

- Съобразяване с „гласа“ на пациента при планирането и развитието на системата за психично здраве, включително и на начините за нейното финансиране.
- Редовно организиране на срещи в съответствие с принципите на терапевтичната общност (включващи и персонал и пациенти)
- Ангажиране на близките на болния, най-вече семейството, в лечението. Задължително организиране на съвместни срещи на пациента със семейството му, особено при първи епизод на психотично разстройство.

2.5.2. Непрекъснатост на грижите и водене на случаи

Затварянето на лечебния цикъл е основен проблем за психиатричната помощ в България. Една от главните причини е накъсването, породено от административни фактори. Друго обяснение са ограничените ресурси и липсата на система за долекуване след изписване от болницата. Още една пречка се свързва със стриктната защитна функция на ОПЛ като “пазители на системата”. За всяко ново посещение при

специалист е необходимо направление, а техният брой е ограничен и често към края на месеца те свършват, при което пациентът не може да бъде изпратен при специалист, в случай че състоянието му не е спешно.

Особено внимание трябва да се обърне за осигуряване на непрекъснатост на грижите и избягване на пропуски между отделните звена. За целта се изисква добро сътрудничество между изпълнителите от различните нива. Добър начин за осигуряване на непрекъснатост на грижите ще бъде страната да бъде разделена на райони за психично-здравни грижи, във всеки от които ще се предоставят разнообразни специализирани психиатрични грижи (от промоция на психичното здраве до психо-социална рехабилитация), за предпочитане под ръководството на една обща администрация. Друго очевидно изискване е да бъде осигурено постоянно финансиране на лечението на пациентите, които се нуждаят от дългосрочни грижи.

Трябва да се изгради мрежа от медицински сестри в общността, преминали добро обучение по психиатрия, за обслужване на дългосрочни пациенти, които живеят в общността (водене на случай). Специалната им задача ще бъде да помагат и да инструктират определен брой хронично болни пациенти, живеещи в общността. Те ще извършват посещения по домовете и ще следят дали пациентът получава всички необходими и предлагани услуги. За да работи тази система добре, трябва да се гарантира, че медицинските сестри поддържат контакт с основното звено за психиатрична помощ в съответния регион (център за психично здраве в общността) и че получават достатъчно подкрепа от колегите си.

2.5.3. Работа в екип и супервизия

Несъмнено екипният подход все още представлява една област от българската система за психиатрична помощ, която се нуждае от сериозно развитие. Психиатричният екип обикновено трябва да включва минимум следните специалисти: психиатри, психиатрични сестри, психолози и социални работници. За ефективната и успешна работа е необходимо непрекъснато сътрудничество и подкрепа между всички членове на екипа.

В много страни са създадени мултидисциплинарни мобилни екипи, които да съдействат при обслужването в общността на пациенти с тежки психични разстройства Дейностите, която трябва да извършват те включват например:

- Интензивна извънболнична помощ
- Бързи интервенции при психотични случаи
- Домашни посещения
- Помощ на семейството

В някои райони на България могат да се открият примери за подобна дейност.

Основен инструмент на работещите в областта на психиатричната помощ е използването на собствената личност. За успешното му прилагане обаче е необходима супервизия, която да дава възможност на персонала да анализира собствените си чувства и решения на проблемите в атмосфера на доверие чрез външен експерт (супервайзор). Това е особено необходимо и полезно при работа с тежко болни пациенти. На разположение на всички членове на персонала трябва да има осигурен съответна групова или индивидуална супервизия.

2.5.4. Взаимодействие между различните сектори

Обикновено не съществува систематично сътрудничество между секторите както хоризонтално, така и вертикално. Координацията със социалните служби, полицията, затворите, училищата и т.н. или липсва или е проблемна на всяко ниво: национално, регионално или местно. Не съществуват съвместни работни програми, общи

споразумения или учебни курсове за основните партньори от други сектори, въпреки че в много малко региони има неформални съвместни споразумения на местно ниво между службите за психично здраве, полицията и съдилищата във връзка с изпълнението на процедурите по оказване спешна помощ или задължително лечение. Особено е, че липсва обучение по въпросите на психичното здраве за нуждите на полицаите, персонала в затворите и учителите. В България има една многопрофилна болница за лишени от свобода, в която работи един психиатър, но това е крайно недостатъчно

2.6. Психосоциална рехабилитация

В системата на институционалните грижи не се прилагат дейности и модели за психосоциална рехабилитация. Липсват и организация за обслужване на лица с тежки психични заболявания по домовете с цел рехабилитация. Същото се отнася и за психосоциалната рехабилитация, с изключение на пилотните проекти като Проекта за психично здраве в Югоизточна Европа, реализиран в Благоевград, центъра за дневни грижи „Адаптация“ в София и центрoвете за дневни грижи във Варна и Пазарджик. В началото на октомври 2006 год. ще стартират осем нови пилотни проекта за центрове за дневни грижи и защитени жилища. Финансирането за тях се предоставя по линия на Схемата за грантове 2003 на Фар. Към момента обаче психосоциална рехабилитация се извършва на много малко места в България и отпускането на средства за тях не е устойчиво. Независимо от това съществува реална надежда в страната да бъде изградена мрежа от центрове за дневни грижи с рехабилитация и защитени жилища.

За успешна деинституционализация трябва сериозно да се обмисли прилагането на стъпаловиден рехабилитационен модел.

Фигура 1: Стъпаловиден рехабилитационен модел (услуги)



*при необходимост

2.6.1. Основни идеи и практика:

1. Стъпаловидният рехабилитационен модел не означава, че пациентът преминава по всяко стъпало от модела, а че участва в подбора на подходящите услуги. Моделът трябва да подпомага напредъка, но трябва да предвижда и наличието на временни трудности.
2. Основната идея е персоналът бъде обучен да използва рехабилитационния подход в работата си. Важно е да се отбележи, че процесът на обучение е достатъчно дълъг и добре наблюдаван.
3. Най-добрата последователност при започване на нови дейности или промяна на вече функциониращите дейности е както следва:
 - Избор на група от пациенти с най-голям потенциал
 - Избор на екип от персонала с необходимите знания и при нужда организиране на съответно обучение
 - Част от обучението може да се организира заедно с пациентите
 - Осигуряване подкрепата на администрацията
 - Ангажиране на пациентите в процеса на планиране
 - Започване с една нова дейност или с една голяма промяна на дейността. Когато това заработи добре, може да се премине към следващата стъпка.
4. Оптималният брой пациенти в рехабилитационното отделение или звено е 20-25 души.
5. Осигуряване на подкрепяща група доброволци, които да помагат практически и да влияят върху нагласите в рамките на собствената околна среда.
6. Дневните дейности могат да се разделят на хоби или по-целенасочена рехабилитация. В центровете за дневни грижи трябва да се залага основна на целенасочената рехабилитация, ако целта е да се помогне на пациента да възвърне самоуважението си, решителността и самочувствието си, както и да усвои уменията, необходими в ежедневието.
7. Сътрудничеството с членовете на семейството е много важно и задача на персонала е да им предложи идентификационен модел, за да адаптират отношението си към психично болния роднина. При рехабилитационните дейности целите за работата, която ще се извършва, са планирани и анализирани заедно с пациента.
8. Обитателите на защитените жилища извършват повечето от ежедневните домакински задължения. Те могат да потърсят подкрепата на другите обитатели и на персонала, но ударението се поставя върху собствената воля на клиентите да се справят със ситуацията.
9. Пациентите и семействата им трябва да получат необходимата информация относно възможностите за оказване на помощ: дейности в дома за рехабилитация у дома, редовни прегледи при психиатър, разговори със социален работник, лекарства, социално подпомагане и т.н.;
10. Писмена информация за пациентите и семействата на разбираем език относно психиатричните проблеми и заболявания, както и възможностите за получаване на помощ и за възстановяване.
11. Редовни посещения в звената за първична помощ или извънболничните заведения за проверка на състоянието и на действието на медикаментозната терапия.

12. Ако пациентът няма потенциал за излизане на свободния трудов пазар, центровете за дневни грижи трябва да му предлагат дейности, които да подпомагат възстановяването му.

2.7. Информационни системи за психично здраве

2.7.1. Въведение

Една добре работеща и всеобхватна информационна система за психично здраве трябва да отговаря на няколко изисквания:

- Да подпомага грижата за отделните пациенти
- Да прави оценка на качеството на грижите
- Да анализира обслужването
 - анализ на структури
 - анализ на процеси
 - анализ на резултати

- Да проучва потребностите на населението
- Да служи за планиране и развитие
- Да служи за научни проучвания в областта на психиатричната помощ.

На различните нива от здравната система нуждите са различни:

- Ниво пациент
- Ниво здравна структура/звено
- Регионално ниво / райониране
- Национално ниво.

Подробно описание на общата структура, основни понятия и дефиниции на цялостната информационна система за психично здраве по принцип и задълбочен анализ на ситуацията в България се съдържа в интернет-страницата:

http://en.ncphp.government.bg/projects.php?PROJECTS_ID=566

По проекта MINDFUL на ЕС е разработено предложение за такава информационна система, която да стане част от цялостната Система за здравна информация на ЕС. То включва общо 35 показателя в различни области и аспекти на здравната информация: здравен статус, здравни детерминанти и фактори, определящи здравните системи. Списъкът може да бъде намерен на адрес <http://info.stakes.fi/mindful/EN/database/indicators.htm>

2.7.2. Ниво пациент и обслужващо звено

Добре разработените пациентски картони на първо място служат в процеса на лечението. От друга страна, стриктното водене на пациентските картони лежи в основата на надеждната и адекватна информационна система за психично здраве. С други думи, качеството на системата ще бъде такова каквото е качеството на данните в картоните.

Всеки ИМП в България, и от частния и от общественния сектор, е длъжен да отбелязва в пациентските картони цялата информация, необходима за лечението и обгрижването на обслужваните от него пациенти. Най-изчерпателна е системата на пациентските картони в психиатричните болници, където се записват доста подробни данни социално-демографските характеристики на пациента, диагнозата, анамнезата

(минала и настояща, фамилна обремененост), статус, прегледи и контролни прегледи. В много от извънболничните структури обаче, все използва все още остаряла система с недостатъчно информация.

Един сериозен проблем е свързан с факта, че съгласно съществуващите планове, центровете за дневни грижи ще съставляват основно звено в бъдещата структура за предоставяне на психично-здравни грижи в общността в България, а те не са включени в здравната информационна система, защото работят под ръководството на МТСП.

Освен това, на ниво обслужващо звено съществува необходимост от статистически данни за пациентопотока, резултатите от лечението и разходите за нуждите на управлението и планирането на дейността. На практика тази информация се счита за изключително важен инструмент за администрацията и представлява обратна връзка за персонала, отговарящ за лечението. По тази причина е доста учудващ фактът, че на това ниво от българската система за психиатрична помощ се извършва твърде органичен анализ на статистически данни за собствената дейност.

Най-подходящото решение би било да се изградят система за електронни досиета на пациентите, която постепенно да бъде въведена всички звена за психиатрична помощ, за да се събират данни от всички психиатрични болнични, извънболнични структури и дневни центрове постоянно и в реално време.

Най-полезно и практично ще бъде да се съгласува списък от минимален брой общи точки, които да бъдат включени в регистрите на пациентите от всички звена, след като бъдат адаптирани към българския контекст. Освен това тези общи точки трябва да бъдат дефинирани ясно и с единодушие, за да се гарантира съпоставимост на данните.

Въвеждането на подобен вид нова система изисква:

- Ангажиране на всички институции и участници в разработването на системата (включително и пациентите);
- Заповед на МЗ за задължително използване на системата;
- Ясни насоки за приложението и употребата;
- Систематично обучение на всички изпълнители на психиатрична помощ;
- Изграждане на полезна и приложима система за анализ и отчет на събраните данни (обратна връзка към изпълнителите).

2.7.3. Регионално ниво

Информационната система трябва да предоставя на това ниво статистически данни за целите на управлението, финансирането, разпределянето на ресурси, планирането и координацията в съответния административен окръг или обслужван район. В България РЦЗ са регионалните органи, които събират здравна информация от всички ИМП – лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, диспансери и частнопрактикуващи, които имат сключен договор с НЗОК и се обслужват от РЗОК.

Всяка седмица или най-малко веднъж в месеца ИМП изпращат в РЦЗ обобщени статистически данни за своите ресурси и дейност. Те могат да ползват специални формуляри (отделни за психиатричните болници, многопрофилните болници с психиатрични отделения и лечебни заведения за извънболнична помощ), но повечето предпочитат да подават информацията по електронен път.

Очевиден проблем в действащата система е трудното проследяване на преминаването на пациентите през различните нива на лечение, което е необходимо за да се прецени доколко е адекватно лечение и са задоволени потребностите. При

повечето психични разстройства (особено тежките) се изисква цялостен и интегриран подход в дългосрочен план, предоставящ достатъчна свобода за промяна в лечебния план съобразно нововъзникналите нужди.

Най-същественото изискване по отношение на информационната система на регионално ниво е възможността за проследяване на пътя на пациента през различните обслужващи звена. Това може да бъде постигнато чрез въвеждане на описаната по-горе регионална система за електронно досие.

2.7.4. Национална статистическа система за психично здраве

Тази система е необходима за осъществяване на национален мониторинг на психичното здраве, осигуряване на качество в цялата страна, както и за разработване на стратегии и политически решения в областта на психичното здраве. Здравната статистика за цялата страна се събира от Националния център за здравна информация (НЦЗИ), разположен в близост до НЦООЗ. Данните се подават първо от ИМП в съответното РЦЗ, което после ги изпраща на НЦЗИ, където те проверяват и сверяват, и по-късно отпечатват в Националния годишник за здравна статистика. Както се оказва обаче, НЦЗИ съсредоточава усилията си предимно върху соматичните заболявания, в резултат на което информацията за психиатричната помощ е непълна. Например в годишника не присъстват данни за съотношението и броя на пациентите на принудително лечение, въпреки че болниците подават такава информация, поне тя се съдържа във формуляра.

Друг характерен проблем за българския контекст е липсата на данни за потреблението на извънболнична помощ в цялата страна, независимо че РЦЗ събира информация за броя на прегледите. Няма яснота и за използваемостта на центровете за дневни грижи, които предлагат психо-социална рехабилитация. Статистическият справочник на НЦЗИ съдържа единствено за броя на психиатрите (646 за 2003 год.), другите специалисти в областта на психичното здраве не са включени.

Бъдещата информационна база данни за психично здраве трябва в максимална степен да позволява индивидуално засичане на пациентите. Това изискване се отнася най-вече за болните с най-тежките психични разстройства (така наречените лица със специални нужди). Тази функционална възможност на системата ще подобри адекватното обслужването на техните потребности. Не трябва да се забравя, че при работата с подобен регистър стриктно се прилагат наредбите за защита на личните данни. Необходимо е всички изпълнители на психиатрична помощ (включително работещите в структурите на МТСП) да бъдат добавени към единната информационна система на НЦЗИ. Ако цялата информация в тази област се събира от една и съща институция, изпълнението на това изискване ще стане факт.

2.7.5. Национални проучвания на психичното здраве

За изграждането на добра информационна система за психично здраве е необходимо събиране на данни по различни показатели. Както беше вече споменато, част от необходимата информация не се събира със статистическите отчети и може да бъде обхваната само с помощта на редовно провеждани национални проучвания на населението. ЕПИБУЛ е добро начало за този вид мониторинг на психичното здраве в България, но този процес трябва да бъде продължен. Подобни проучвания трябва да се извършват поне на всеки 5 години и да следват строги научни принципи, като за тях най-подходяща би била методиката, предложена от проекта MINDFUL.

2.8. Човешки ресурси

2.8.1. Лекарите

Според Националния годишник за здравна статистика за 2004 год., публикуван от НЦЗИ, броят на лекарите в страната възлиза на 27 423, което е съпоставимо с международните стандарти, но се наблюдава неравномерно разпределение между градските и селските региони.

Проблемът е, че понастоящем при обучението лекарите не се акцентира достатъчно върху психичното здраве или към подходите на общественото здраве. От съществено значение за бъдещето на психиатрията е вниманието, което ѝ се отделя по време на университетския курс. Учебните планове за българските студенти по медицина съответстват на тези в ЕС, но е необходимо по-ясно да се акцентира върху основните принципи на психиатрията в общността. Обучението трябва да развива също и основните умения за лечение на чести психични разстройства, за овладяване на спешни ситуации при тежките психични заболявания и за преценяване на необходимостта от насочване на тежко болните към специалист.

Общопрактикуващи лекари (ОПЛ)

Лекарите в първичната помощ в България наброяват 5 700-6 000 души. Очевидно до момента те не получават допълнително обучение за извършване на преценка, лечение и насочване за съвместни грижи на пациенти с психични разстройства.

В бъдеще ОПЛ ще играят централна роля при лечението на чести психични заболявания, при насочването на пациенти с тежки психични заболявания към специалист и когато е необходимо проследяване на последващите действия през периода на стабилизация. За да се изпълнят тези задачи е необходимо следното:

- Усъвършенстване на гореспоменатия учебен план по психиатрия за студенти по медицина
- Разширяване на обучението по психиатрия при специализацията по обща медицина
- Изграждане на добре организирана система за психиатрична консултация с възможности за участие в група на Балинт или подобни.

Психиатри

През 2004 год. българските психиатри са 610 на брой, което означава 8 на всеки 100 000 души, което е едно от най-ниските нива на средния европейски стандарт. Разпределението на психиатрите в болниците, диспансерите и частния сектор не е известно. Много от психиатрите, работещи в болничната помощ имат и частна практика.

Обучението по специалността "психиатрия" съответства на учебния план в държавите членки на ЕС за теория на епидемиологията, психопатология, диагностика, психофармакология и други възможности за биологично лечение. Клиничният опит по време на 4-годишната специализация също изглежда достатъчен. Взаимоотношенията между психиатър и пациент, както и възможните психотерапевтични интервенции са засегнати достатъчно подробно. Отново обаче, вероятно поради липса на силни традиции в областта на психотерапията, в следдипломната квалификация не е включена клиничната супервизия на ежедневната работа или на по-дългосрочните отношения с пациента (включително в психотерапевтичен аспект). На етапа, когато се подготвя преминаването към

психиатрия в общността, е наложително да се обърне специално внимание на следните въпроси:

- Психо-социална рехабилитация
- Обслужване на предварително дефинирано население
- Взаимодействие с първичната помощ
- Подробна мултиаксиална оценка
- Планиране на грижите
- Рутинен клиничен одит

Психиатрите са в основата на психично-здравните грижи в общността и те ще ръководят екипите в различните заведения за психично здраве. В България съществува недостиг на психиатри особено за извършване на психиатрия в общността.

Необходимо е увеличение на броя на психиатрите и насърчаване на избора на психиатрията като специалност. Заплатите и другите финансови стимули трябва да се изравнят с тези на лекарите от другите специалности. Психиатрите, работещи в звената за психично-здравните грижи в общността трябва да имат възможност за редовна супервизия, заплащана от работодателя. Това изискване е особено важно за периода на специализация.

Други медицински специалисти

Всички останали видове медицински специалисти трябва да бъдат в състояние да диагностицират психиатричните заболявания и да предоставят сами необходимото лечение или ако е разумно, да насочват пациента за по-нататъшно психиатрично лечение. Лекарите със специалност неврология, вътрешна болест и педиатрия имат сравнително чести контакти с тези пациенти.

2.8.2. Медицински сестри

Според Националния годишник за здравна статистика за 2004 год. на НЦЗИ, броят на медицинските сестри почти се равнява на числеността на лекарите, а именно 29 769. Подобно съотношението не е оптимално, независимо от факта, че в България дейностите за които в другите европейски страни обикновено отговарят специализираните сестри, тук се извършват социалните работници или от фелдшерите. Броят на медицинските сестри в България трябва да бъде увеличен. На практика основният проблем с човешкия ресурс в областта на психично-здравните грижи е недостига на квалифицирани психиатрични сестри. В основния курс за обучение на медицински сестри темите за психично-здравните и сестрински грижи не са заложили задълбочено. Също така трябва да се има предвид, че понастоящем не съществува акредитирана специализация по психиатрично сестринство. Медицинските сестри, работещи в областта на психиатрията имат нисък статут и обикновено не разполагат с общите умения, които да им позволят да станат част от мултидисциплинарни екипи. Освен всичко останало, сестрите, извършващи психично-здравни грижи, трябва да започнат да се ориентират към овладяване на методиката за водене на случаите, за развиване на психо-социални умения и рехабилитация.

Необходимо е се премине към обучение на медицински сестри според европейските стандарти и изисквания. В най-скоро време в България трябва да бъде въведено и акредитирано обучение на психиатрични сестри. Съдържанието на учебния материал по проблемите на психичното здраве, предназначено за общите медицински сестри трябва да бъде разширено и подобро. Що се отнася до обучението на специализирани психиатрични сестри, в допълнение към медицинските психиатрични въпроси трябва да се наблегне и на следните теми:

- Теория на общите и психиатрични сестрински грижи
- Психотерапевтично поведение
- Водене на случаи
- Психо-социална рехабилитация
- Работа в екип.

Медицинските сестри, които вече работят в сферата на психично-здравните грижи трябва да имат възможност за следдипломна квалификация под различни форми: университетски курсове, съкратени курсове, организирани от различни образователни институции и асоциации, и практическо обучение на работното място. Основните теми, които трябва да бъдат засегнати са гореспоменатите във връзка с обучението на психиатричните сестри.

Голямото предизвикателство е как да се преодолее недостига на психиатрични сестри във всички лечебни заведения за психично здраве: извънболнична и болнична помощ, центрове за психо-социална рехабилитация. Необходимо е и да се променят отговорността и длъжностната характеристика на медицинските сестри. Освен настоящите дейности, които предимно се свеждат до изпълняване на инструкциите на психиатрите, те трябва да работят като независими експерти по сестрински грижи, които могат да носят отговорност за водене на случая и за дейностите по рехабилитация в рамките на психо-социалната рехабилитация. Очевидно е, че тази роля на медицинските сестри не би била възможна без инвестиране в увеличаването на техния брой и усъвършенстването на обучението. Това е основна предпоставка за процеса на деинституционализация на психично-здравните грижи в България. В противен случай осъществяването му ще бъде трудно, ако не и невъзможно.

2.8.3. Социални работници

Социалните работници работят в сферата на психично-здравните грижи в структурата на МЗ, както и в центровете за дневни грижи и защитените жилища под ръководството на МТСП. В момента именно те са професионалистите, които са най-пряко ангажирани с психо-социалната рехабилитация в България.

В учебните програми за социални работници трябва да се предвижда по-задълбочено представяне на въпросите от областта на психичното здраве и психиатрията Тези от тях, които вече работят в психиатричната помощ трябва да имат същите възможности за следдипломна квалификация както медицинските сестри. Би могло това да се организира под формата на съвместно обучение с медицинските сестри и психолозите. В обучението на социалните работници трябва да се обърне внимание на:

Социалното и здравно законодателство

- Обезщетенията за инвалидност
- Психо-социалната рехабилитация
- Работата в екип
- Работата със семействата при психично-здравните грижи

2.8.4. Психолози

Не е известен броят на психолозите, които работят в психично-здравния сектор, освен това и изпълняваните от тях функции са разнообразни. Естествените дейности, които биха могли да извършват те включват:

- Психологични тестове и оценки

- Психотерапевтични интервенции
- Групова супервизия на екипите
- Индивидуална супервизия за специалистите от различни професии: психолози, социални работници и медицински сестри.
- Участие в интердисциплинарната дейност на екипите в областта на детската психиатрия и при планиране на превенцията и промоцията в различен контекст
- Планиране, реализация и анализ на развойни проекти
- Участие като експерти в съдебно-психиатрични експертизи на малолетни

Психолозите, които вече работят в психиатричната помощ трябва да разполагат със същите възможности за следдипломна квалификация като социалните работници и медицинските сестри с акцент върху психотерапевтичните умения и супервизията.

2.8.5. Обучение на обучаващи

Нов български университет е разработил програма за обучение на обучаващи по въпросите на психо-социална рехабилитация, която е предназначена за лица, получили основно образование в областта на здравните науки (медицински сестри, социални работници, психолози или лекари) и притежаващи практически опит по психиатрични грижи.

Тази програма план би могла да послужи като модел за бъдещите учебни планове от подобно естество. Всички учебни планове подлежат на акредитация от МЗ.

2.8.6. Обучение по психо-социална рехабилитация

Установена е спешна нужда от разработване и прилагане на учебен план в областта на психо-социалната рехабилитация на всички нива в българската образователна система. Тази тема вероятно е най-добре застъпена в следдипломната квалификация за здравни кадри като медицински сестри, социални работници или психолози, които работят или възнамеряват да работят с психично болни. Такова обучение може да бъде организирано за представители на различни професии едновременно, независимо от основната им област.

Факултетът по медико-социални науки на Югозападен университет "Неофит Рилски" в Благоевград в момента предлага учебна програма за придобиване на образователно-квалификационната степен магистър по психо-социална рехабилитация с продължителност 990 часа и 9 предмета (организация на психично-здравните грижи, основи на психо-социална рехабилитация, терапевтично поведение, дефиниране на случай, водене на случай, работа със семейства при психо-социални грижи, ръководене на психо-социалното обслужване в общността, стратегия на психичното здраве, управление на психично-здравни грижи в общността, мултидисциплинарни екипи) и 3 избираеми модула.

2.9. Промоция на психичното здраве и превенция на психичните разстройства

Съществуват някои дейности, свързани с промоцията на психичното здраве и превенцията на психичните разстройства в България, но липсва систематичен и планов подход. В защита и борба срещу стигмата и дискриминация работят някои неправителствени организации (НПО) като Глобална инициатива в психиатрията, Български хелзинкски комитет, и организация на роднините „Психохроник“. Съществува и национална програма за превенция на самоубийствата, която в момента не действа заради липса на финансиране.

За успешното прилагане на дейностите за промоция на психичното здраве и превенция на психичните разстройства, и в подкрепа на процеса на

деинституционализация в България, са необходими няколко предпоставки, най-основните от които са административни условия, образование и обучение. В настоящия Основен план тези препоръки са обединени в един общ документ.

Като *административна предпоставка* на национално и регионално ниво трябва да бъде излъчен специалист с административни правомощия, който да разработва, координира и подпомага промоцията и превенцията в областта на психичното здраве в страната и по места. За разработването на дейности за промоция към НЦООЗ е необходимо да бъде създаден съответен професионален орган.

Важно условие е организирането на *професионално обучение* и ръководство, базирано на различни професии във връзка с нуждата от многопосочна квалификация. Практическият опит и професионално взаимодействие между експертите представлява ценен ресурс. Националната мрежа трябва да бъде изградена по начин, който напълно се използва тази квалификация. Това насърчаване обикновено е необходимо като първа стъпка в разработването на нови дейности.

Стратегически погледнато, всички възможни програми използват готови модели и съществуващите функциониращи мрежи. Прилаганите дейности, ноу-хау и мрежи от НПО се интегрират към подходящите програми. При съставянето на планове, се използват наличните в страната резултати от проучвания и изследвания по теми, свързани с психичното здраве (като ЕРИБУЛ).

В съответствие с главната цел на Туининг проекта, приоритетът в настоящия Основен план е поставен върху високо рисковата стратегия вместо върху стимулиращи цели и стратегия за населението, насочена обаче към комбинация от стратегии. Смята се, че някои от високо рисковите теми принадлежат едновременно на различни компонента.

Предлага се рисковите условия, свързани със здравословното психо-социално развитие на децата и юношите да залегнат като ключови теми в Основния. Разпознаването на рисковите условия и създаването на предпазни дейности означава профилактика на разстройствата на психичното здраве, в най-добрия случай приложена на достатъчно ранен етап.

2.10. НПО по психично здраве

По принцип в България НПО са разпръснати и се занимават най-вече с проблеми, свързани с децата и човешките права. Единствената по-голяма НПО за психично здраве – Глобална инициатива в психиатрията – е ръководена от специалисти. Не съществува организация на потребителите на психично-здравни услуги, но има организация на роднините, наречена „Психохроник“ със свой представител в Националния съвет по психично здраве.

В страната работят не само български, а и някои чуждестранни НПО. Последните имат по-силна позиция и повече знания. Основна функция на НПО е оказване на защита, когато е изключително наложителна, но е необходимо да се развиват и някои други конкретни действия. В България има и НПО на професионален принцип, като профсъюзите например.

НПО трябва да играят роля при утвърждаване на допълващи услуги, както и за въвеждане на нови пилотни дейности. Допълнителните служби могат да са например центрове за консултации („walk-in“) при всякакви видове психо-социални кризи, SOS телефонни линии и др. НПО са особено подходящи за предлагане и на групови дейности по интереси.

Препоръчително е да се създадат добре функциониращи организации на потребители и роднини. Начините на стартиране на нови НПО могат да бъдат например:

1. Организиране обучението на стартиращи НПО, като се ползва публикацията на СЗО: „Защита на психичното здраве“.

2. Организиране на обменни програми с НПО от други Европейски страни, например SIND - Дания, MIND - Великобритания, FAMH - Финландия

Необходимо е също и да се постави начало на сътрудничеството между НПО на професионалисти, клиенти и потребители. На последно място трябва да се потърсят начини за създаване на федерация на НПО, която да подпомага отделните НПО да получат по-ясен статут в обществото.

2.11. Бъдещи трудности и приоритети на психично-здравните грижи в България

От гледна точка на общественото здраве, честите психични разстройва (депресия, тревожност, атаки на паника и т.н.) са от изключително голямо значение заради високата си степен на разпространеност, която се подкрепя с впечатляващите резултати от наскоро проведено епидемиологично проучване (EPIBUL).

След приключване на настоящата реформа за деинституционализация на обслужването на тежките психични разстройва българското правителство (чрез МЗ) трябва постави своя приоритет върху лечението и профилактиката на честите психични разстройва.

Планирането на мерките за подобряването им трябва да започне още веднага, а реализирането им – най-късно през 2010 год. Основна роля при лечението на чести психични разстройва играе първичната помощ в тясна координация с психиатричната помощ. Това налага усъвършенстване на университетския курс на обучение за лекари и сестри, на специалността “обща медицина” и на следдипломната квалификация на работещите в първичната помощ.

3. Препоръки за усъвършенстване психично-здравните грижи

Препоръките са представени като отделни задачи със срок и отговорни органи. Предложението във връзка с финансирането е отговорните органи също да се наемат да търсят и/или да отпускат средства.

3.1. Управление и законодателство

Задача 1: Разработване на самостоятелен Закон за психичното здраве, който да създаде правна основа за всички дейности, подпомагащи въвеждането на психично-здравните грижи в общността като промоция/превенция, психо-социална рехабилитация, райониране и финансиране

Срок: 2007 – 2009

Отговорност: МЗ

Национално ниво

Задача 2: Създаване на специално структурно звено в МЗ в областта на психичното здраве, което да направлява реформата в психиатричната помощ, предложена с Националния план за действие и в настоящия Основен план.

Срок: 2007

Отговорност: МЗ

Задача 3: Наблюдение върху прилагането на Рамковото споразумение между МЗ и МТСП.

Срок: 2007 – 2010

Отговорник: МЗ, Национален съвет за психично-здравни грижи, НЦООЗ

Задача 4: Изготвяне на Национален план за психичното здраве на децата и юношите, който набелязва специфичните потребности на тези възрастови групи (промоция/превенция, ранно откриване, обгрижване и психо-социална рехабилитация)

Срок: 2007

Отговорност: МЗ

Регионално ниво

Задача 5: Разработване на общ план за контрол на психично-здравните услуги от страна на РЦЗ

Срок: 2007 – 2008

Отговорност: МЗ, РЦЗ

Задача 6: Укрепване на връзките между РЦЗ и регионалните поделения на МТСП, за да осигури необходимата координация между тези два основни сектора на регионално ниво осигури необходимата координация между тези два основни сектора на регионално ниво

Срок: 2007 – 2008

Отговорност: МЗ и МТСП и съответните им регионални поделения

Задача 7: Реализиране на регионално ниво на насоките, определени с Рамковото споразумение между МЗ и МТСП

Срок: 2007 – 2010

Отговорност: регионалните поделения на МЗ и МТСП

Задача 8: Изготвяне на Регионални планове за развитие на всеобхватна психиатрична помощ в общността.

Срок: 2007

Отговорност: Здравни и социални институции на регионално ниво, общини

Локално ниво

Задача 9: Стартиране на местно планиране за предлагане на психо-социална рехабилитация под формата на дневни центрове и защитени жилища, като служби към съответната община, или съвместно с други общини

Срок: 2007

Отговорност: общините

Задача 10: Подобряване на междусекторното сътрудничество между здравната и социалната система по въпросите на психиатричната помощ

Срок: 2007

Отговорност: общините

3.2. Финансиране на психично-здравните грижи

Задача 11: Осигуряване на национална отчетна система за следене на разходите за психично здраве

Срок: 2008

Отговорност: МЗ, МФ и НЗОК

Задача 12: Гарантиране, че поне 10% от общия бюджет за здравеопазване ще бъдат заделени за психично-здравни грижи, за да могат да бъдат посрещнати най-неотложните нужди за реформа на психичното здраве

Срок: 2008

Отговорност: МЗ, МФ

Задача 13: Осигуряване на необходимото финансиране на психо-социалната рехабилитация

Срок: 2007

Отговорност: МТСП, МЗ, общините

3.3. Организиране на службите за психично здраве

Задача 14: Организиране на психиатрично райониране с цел предоставяне на обществени психично-здравни услуги в общността за пациентите с тежки психични разстройства включително децата с такива диагнози

Срок: 2007 - 2010

Отговорност: МЗ, РЦЗ, общините

Извънболнична помощ

Задача 15: Изработване на план за създаване на мрежа от центрове за психично здраве в общността в съответствие с районирането, като се вземат предвид следните въпроси:

- Необходими човешки ресурси според приетите международни стандарти
- Необходимо обучение
- Психо-социална рехабилитация
- Непрекъснатост на грижите
- Водене на случай
- Взаимодействие с първичната помощ;
- Сътрудничество между различните сектори, особено със социалния сектор.

Срок: 2007

Отговорност: общините и психиатричните диспансерите с подкрепата на МЗ и НЦООЗ

Задача 16: Изпълнение на гореспоменатите планове

Срок: 2008 – 2010

Отговорност: общини и диспансери с подкрепата на МЗ и НЦООЗ

Институционална помощ

Задача 17: Интегриране на стационарната психиатрична помощ в структурата на многопрофилните болници; броят на психиатричните легла в многопрофилните болници трябва да представлява 40% от всички психиатрични легла в страната

Срок: 2008 – 2010

Отговорност: МЗ

Задача 18: Подобряване на битовите условия в съществуващите структури за психично здраве

Срок: 2007 – 2010

Отговорност: МЗ, общини, заведения за психично здраве

Служби за психо-социална рехабилитация

Задача 19: Изграждане на мрежа от психо-социални рехабилитационни служби в България, състояща се от:

- Разкритите центрове за дневни грижи: „Адаптация” в София, пилотния Проект за психично здраве в Югоизточна Европа – Благоевград, центрове за дневни грижи в Пазарджик и Варна;
- Новите пилотни проекти, стартиращи през октомври 2006 год. В Своге, Стара Загора, Сандански, Свиленград, Брегово, Долни чифлик, Горна Оряховица и Елена;

- Трите пилотни области, които ще бъдат избрани през 2006.

Срок: 2007

Отговорност: центрове за дневни грижи с подкрепата на МТСП, МЗ и НЦООЗ

Задача 20: Започване на обучение по психиатрия в общността включително по психо-социална рехабилитация и водене на случай в новите пилотни области, за да се осигури необходимия персонал

Срок: 2007

Отговорност: МЗ, университети и образователни институции

Задача 21: Прилагане на Рамковото споразумение между МЗ и МТСП в службите за психо-социална рехабилитация

Срок: 2007 – 2010

Отговорност: общини, центрове за дневни грижи, защитени жилища

Задача 22: Създаване на 10 нови центъра за дневни грижи със защитени жилища за осигуряване на достъп на обслужваното население съобразно районирането

Срок: 2008 – 2010

Отговорност: общини

Задача 23: Прехвърляне на службите за психо-социална рехабилитация от системата на МТСП към МЗ, за да се гарантира безпроблемно обслужване съобразно принципа за всеобхватни интегрирани грижи

Срок: 2008

Отговорност: МЗ, МТСП

3.4. Лечебни практики

Интегрирано лечение, съобразено с потребностите

Задача 24: Изработване на план за систематично обучение по психотерапия и супервизия за прилагане на психично-здравните грижи в общността

Срок: 2007

Отговорност: МЗ, МОН, университети, професионални асоциации

Задача 25: Въвеждане на обучението по психотерапия и супервизия

Срок: 2008

Отговорност: МЗ, МОН, университети, професионални асоциации

Задача 26: Осигуряване на финансиране за супервизия на мултидисциплинарните екипи в обществените служби за психично здраве с цел подпомагане и насърчаване на индивидуалните взаимоотношения с пациентите

Срок: 2007

Отговорност: структурите за психично здраве

Непрекъснатост на грижите и водене на случаи

Задача 27: Изготвяне на план за създаване на мрежа от специалисти по водене на случаи (най-вече сестри и социални работници), която да осигури непрекъснати грижи

Срок: 2007

Отговорност: МЗ, НЦООЗ

Психо-социална рехабилитация

Задача 28: Създаване на мултидисциплинарни експертни групи, които да оценяват от мултиаксиална гледна точка всички пациенти с психични увреждания, настанени в социалните домове и в домовете за сестрински грижи, като вземат предвид медицинската и социална ситуация, както и предлагането за рехабилитация

Срок: 2007

Отговорност: МЗ, МТСП

Задача 29: Оценка на всички пациенти с дългосрочен престой (повече от 1 година) мултиаксиална гледна точка, като се има предвид медицинската и социална ситуация, както и предлагането на рехабилитация. Оценяването трябва да включва подготовка на план за психо-социална рехабилитация.

Срок: 2007

Отговорност: МЗ, психиатрични диспансери и болници

3.5. Информационна система за психичното здраве

Ниво пациент и лечебно звено

Задача 30: Съгласуване на списък от минимален брой общи точки, които да бъдат включени в регистрите на пациентите във всички обслужващи звена

Срок: 2007

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, Българска психиатрична асоциация, университети

Задача 31: Подготвяне на съгласуван график за преминаване към електронна система за пациентски досиета, която да осигурява съвместимост на събраните данни във всички обслужващи звена

Срок: 2008

Отговорност: МЗ, НЦООЗ

Задача 32: Въвеждане на списъка от минимален брой общи точки в заведенията за психично здраве, която да осигурява съвместимост на събраните данни във всички обслужващи звена

Срок: 2007 - 2009

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, Българска психиатрична асоциация, университети

Регионално ниво

Задача 33: Създаване и въвеждане на регионална информационна система за психично здраве, въз основа на данните за отделните пациенти с цел проследяване на непрекъснатостта на грижите

Срок: 2008 – 2010

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, РЦЗ

Национално ниво

Задача 34: Да се определят минимален брой показатели за данните в съответствие с националните и международни изисквания

Срок: 2007

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, НЦЗИ, Българска психиатрична асоциация

Задача 35: Пилотно събиране на гореспоменатия минимален брой показатели за данните, за да се гарантира, че са приложими и адекватни

Срок: 2008

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, НЦЗИ

Задача 36: Събиране на гореспоменатия минимален брой показатели за данните в цяла България

Срок: 2009 – 2010

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, НЦЗИ, заведения за психично здраве

Национално проучвания в областта на психичното здраве

Задача 37: Използване на данните от проведените до момента епидемиологични проучвания за определяне на потребностите на населението от психично-здравни грижи

Срок: 2007

Отговорност: МЗ

Задача 38: Подготовка на план за провеждане на редовни национални проучвания в областта на психичното здраве с цел постоянно наблюдение на състоянието на психичното здраве на населението

Срок: 2007 – 2008

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, НЦЗИ

3.6. Човешките ресурси в службите по психично здраве

Обучение на студенти

Задача 39: Актуализиране на учебния план по въпросите на психичното здраве за съответните професии (лекари, психолози, социални работници и сестри), като се постави по-голям акцент върху:

- Основите на психиатрията в общността
- Основите на психотерапевтичната практика
- Уменията за работа в екип
- Основите на супервизията

Срок: 2007 – 2008

Отговорност: МЗ, МОН, съответните факултети в университетите, съответните професионални асоциации.

Психиатри

Задача 40: Актуализиране на учебния план за специализация по психиатрия, като се обърне по-задълбочено внимание на:

- Основите на психиатрията в общността
- Интегрираните лечебни практики
- Психотерапевтичните умения, практики и нагласи
- Уменията за работа в екип
- Теорията и практиката на психо-социалната рехабилитация
- Основите на супервизията
- Консултирането на ОПЛ и на лекарите от други медицински специалности при психиатрични проблеми.

Специализацията по психиатрия трябва също да включва:

- Задължителна супервизия от супервизиращите, непряко свързана с йерархията на работното място на специализанта;

- Минимум една година практическа специализация в извънболнична практика или дневен център за психично-здравни грижи;
- Освен това, по време на практическото обучение да се придобие реален опит за даване на консултации на ОПЛ по психиатрични въпроси, както и за извършване на супервизия на психиатрични екипи.

Срок: 2007 – 2008

Отговорност: МЗ, МОН, медицинските факултети в университетите, Българска психиатрична асоциация

Задача 41: Въвеждане на система за специализация в болница в рамките на следдипломната квалификация по психиатрия

Срок: 2007 – 2008

Отговорност: МЗ, МОН, медицинските факултети в университетите, Български лекарски съюз, Българска психиатрична асоциация

Медицински сестри

Задача 42: Увеличаване приема на студенти за общи сестрински грижи, за да се осигури основен персонал за прилагане на психиатрията в общността

Срок: 2007 – 2010

Отговорност: МЗ, МОН, медицински колежи

Задача 43: Въвеждане на акредитирано обучение на психиатрични сестри, за да се осигури персонал за прилагане на психиатрията в общността

Срок: 2007

Отговорност: МЗ, МОН, университети

Задача 44: Увеличаване (удвояване) броя на сестринския персонал в заведенията за психично здраве

Срок: 2007 – 2010

Отговорност: МЗ, общини

Задача 45: Актуализиране на длъжностните характеристики на сестрите в заведенията за психично здраве, като се включат самостоятелни задачи и се увеличи отговорността

Срок: 2007 – 2008

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, Българска асоциация на медицинските сестри, Българска асоциация на психиатричните сестри

Обучение на обучаващи

Задача 46: Обучение на група от поне 40 бъдещи обучаващи по въпросите на психиатрията в общността, които да извършат следдипломното обучение и практическото обучение на работното място на персонала от различните заведения за психично-здравни грижи

Срок: 2007 – 2008

Отговорност: МЗ, медицински факултети, професионални асоциации

Насоки и мрежи на специалисти от различни професии

Задача 47: Организиране на обучение и мрежи от специалисти от различни професии по въпроси на психичното здраве

Срок: 2007 – 2009

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, РЦЗ

3.7. Промоция на психично здраве и превенция на психичните разстройства

Психичното здраве на децата и юношите

Задача 48: Организиране на защитни интервенции за промоция на социална и психична издръжливост за деца на психично болни родители при използване на международни модели за тази дейност като част от психиатричната помощ. Подобни интервенции трябва да бъдат предоставени и на децата и юношите, които се намират в друг вид рискови житейски ситуации.

Срок: 2007-2009

Отговорност: МЗ, МОН, НЦООЗ, медицински факултети, диспансери, НПО, Държавната агенция за закрила на детето

Задача 49: Разработване на стратегия за промоция на психичното здраве сред децата в училищна възраст чрез прилагане на създадения от Туининг проекта модел. По-специално трябва да бъдат извършени кризисни интервенции и да бъдат предоставени възможности за натрупване на интензивен опит и увеличаване на способностите на рисковите групи на децата, напуснали училище, тези със затруднени умения за учене и справяне с трудностите, както и за преживелите травматични събития.

Срок: 2007-2010

Отговорност: МЗ, МОН, НЦООЗ, НПО, МТСП, Държавната агенция за закрила на детето, училищните настоятелства

Борба със стигмата

Задача 50: Всички видове обучение в системата на здравеопазването трябва да включват етични и хуманни принципи, както и практически психосоциални умения, които са необходими при работата с пациентите и семействата, за да се гарантира хуманност и се избегне стигмата.

Срок: 2008-2010

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, медицински факултети, медии

Задача 51: Насърчаване на сътрудничеството с медиите за подобряване на информираността относно естеството и различните аспекти на психосоциалните проблеми, сериозните нарушения и страданието, от една страна, и начините за възстановяване и получаване на специализирана помощ, от друга. Трябва да се изтъкне ползата от взаимната социална подкрепа. Необходимо е да се използват различните форми за медийно отразяване на темата.

Срок: 2008-2010

Отговорност: МЗ, НЦООЗ, медицински факултети, медии, НПО

Задача 52: Разработване на стратегии за създаване на НПО на семейства, роднини и пациенти за подобряване на възможността за споделяне на преживяното. С времето обмяната на опит ще смекчи чувството за срам, изолация и т.н. и традиционното отношение на стигматизация

Срок: 2007-2009

Отговорност: МЗ, медицински факултети, диспансери, болници, НПО, общини

Превенция на самоубийствата

Задача 53: Осигуряване на необходимите предпоставки за осъществяване на Националната стратегия за борба със самоубийствата в България

Срок: 2007-2008

Отговорност: МЗ, НЦООЗ

3.8. Приоритизиране на психично-здравните грижи в България в бъдеще

Задача 54: Анализ на изпълнението на Основния план с цел осигуряване на успешно преминаване от институционална помощ към психично-здравни грижи в общността в България

Срок: 2010

Отговорност: Национален съвет за психично здраве

Задача 55: Планиране на програма и стратегия за подобряване на грижите и лечението на честите психични заболявания в България

Срок: 2009 – 2010

Отговорност: МЗ

ПРИЛОЖЕНИЕ: Опит на Финландия в процеса на деинституционализация

Деинституционализацията във Финландия в показатели

Психиатрични легла във Финландия

Година	Брой на леглата	на 1 000 души
1980	20 000	4,2
1990	12 300	2,5
2000	6 100	1,2
2005	5 000	0,9

Легла в защитени жилища

Година	Брой на леглата	на 1 000 души
1980	Около 250	0,05
2005	5 000	0,9

Човешки ресурси в извънболничните психиатрични звена

Година	Брой на специалисти от различни професии	на 10 000 души
1982	1 290	2,5
1992	2 600	5,1

Накратко, стратегията беше да се подобрят и увеличат на първо място услугите в общността и в последствие да се намали институционалната помощ.

Начало на деинституционализацията

Дискусията за деинституционализация на психично-здравните грижи започва през 70те години, но същинското реализиране на тази идея – през 80те години. В началния етап се извършват две основни дейности на национално ниво:

1. Правителствена комисия в областта на психичното здраве
2. Национален проект за шизофрения.

Правителствена комисия в областта на психичното здраве публикува през 1984 год. разширен и подробен доклад, който очерта схемата и модела на процеса на деинституционализация, а именно първо да бъдат развити алтернативните дейности и едва след това да се пристъпи към намаляване броя на услугите, предоставяни в институциите. Въведени бяха и редица други дейности в подкрепа на тази инициатива, като Националния проект за шизофрения, систематично обучение и супервизия на съответните специалисти. В доклада беше предложен също и необходимият брой кадри от различните професии за заведенията за психично-здравни грижи, както и броят на психиатричните легла през 1990 и 2000 год. Така препоръчаната численост в крайна сметка не бе реализирана. Броят на психиатричните легла бе намален в по-голяма степен, а човешкият ресурс бе увеличен по-малко от предлаганото.

Предложение на Правителствената комисия за психично здраве, 1984 год.

Организация на психично-здравните грижи

България може да бъде разделена на 50 области, всяка обслужваща население от 80 000 - 180 000 души. Във всяка работят местни центрове на психична помощ (за население от 25 000 до 40 000 души).

Човешки ресурси

Общата численост на работещите в психиатричната помощ за възрастни трябва да бъде 13 325, за да може 25% да бъдат ангажирани в извънболничната. Предложението за разпределяне на персонала по специалност е както следва:

Специалност	Извънболнична помощ	Болнична помощ	Общо	Извънболнична помощ като %
Психиатри	375	355	730	51
Психолози	375	330	705	53
Социални работници	300	230	530	57
Сестри	750	4 080	4 830	15
Трудови терапевти	450	250	700	64
Психиатрични сестри ¹	450	2 750	3 200	14
Основни сестри ²	-	1 500	1 500	0
Административен персонал	450	530	980	46
Закупени услуги ³	150	-	150	100
Общо	3 300	10 025	13 325	25

¹ По-ниско ниво за обучение по сестринство, специално предназначено за психично-здравните грижи (този вид обучение вече не съществува във Финландия, следователно тази категория би трябвало да се промени като "обикновени" /ordinary/ сестри.

² Основно обучение на сестрински персонал

³ Преобладаващо означава заплащане на конкретни услуги от частния сектор

Важно е да се отбележи също и, че при тези разчети психо-социалната рехабилитация е включена към извънболничната помощ, където разпределението би трябвало да изглежда по този начин:

Специалност	Лечение	Психосоциална рехабилитация	Общо
Психиатри	300	75	375
Психолози	300	75	375
Социални работници	300	-	300
Сестри	300	450	750
Трудови терапевти	150	300	450
Психиатрични сестри ¹	150	300	450
Основни сестри ²	-	-	-
Административен персонал	300	150	450
Закупени услуги ³	-	150	150
Общо	1 800	1 500	3 300

Базисният екип от извънболничната помощ в център за психично здраве в общността трябва да разполага с: 1 психиатър, 1 психолог, 1 социален работник, 1 психиатрична

сестра, 0.5 трудов терапевт, 0.5 основна сестра и 1 секретар. В зависимост от броя на обслужваното население във всеки център трябва да работят 1 или 2 такива екипа.

Персоналът на едно психиатрично отделение (16 – 20 легла) трябва да включва: 1 психиатър, 1 психолог, 0.5 социален работник, 12 психиатрични сестри, 0.5 трудови терапевти, 7 основни сестри, 3 санитарни и 1 секретар.

Впоследствие стана ясно, че тези предложения не са съвсем реалистични и бяха обявени за идеални, така че във Финландия все още не са достигнати подобни нива. Не е съвсем лесно да се получи пълна картина за актуалното разпределение на персонала там към настоящия момент поради децентрализацията на психично-здравните грижи, започнала през 90-те години на миналия век. Независимо от това, могат да бъдат представени някои данни за броя за специалистите в тази област на трудоспособна възраст от 2002 год. Не трябва да се забравя обаче, че само част от тях е наета в обществени структури, което в най-голяма степен се отнася за психолозите и психотерапевтите, които са преобладаващо частнопрактикуващи терапевти. Съгласно данните за 2002 год. тяхното разпределение е следното:

➤ Психиатри	951
➤ Детски психиатри	207
➤ Лицензирани психолози	4 465
➤ Психиатрични сестри	8 761
➤ Психотерапевти	2 862

Финландски национален проект за шизофрения

Този проект беше осъществен през периода 1981 – 1987 год. Той имаше следните две цели:

- Намалване на броя на „старите“ пациенти с шизофрения с дългосрочен престой (повече от две години продължителен престой в психиатрична болница) с 50% за 10 години;
- Намалване на броя на „новите“ пациенти с шизофрения с дългосрочен престой (първи прием за повече от една година без прекъсване в психиатрична болница) с 50% за 10 години.

За постигане на тези задължителни тези резултати бяха създадени два подпроекта:

1. Проект за развитие на модел за лечение на нови пациенти с шизофрения
2. Проект за развитие на модел за психо-социална рехабилитация за пациенти с шизофрения с дългосрочен престой

На практика в проекта за шизофрения бяха включени всичките 22 области за психично здраве във Финландия, най-малко чрез участие в мрежата на лицата за контакти, която два пъти годишно организира двудневни семинари относно развитието на проекта. Освен това 6 от областите за психично здраве участваха активно в проекта за подобряване на лечението на нови пациенти с остра шизофрения, а 8 от областите бяха пряко ангажирани в създаването на модел на психо-социалната рехабилитация за дългосрочни пациенти с шизофрения.

В резултат на проекта за нови пациенти с остра шизофрения, бяха предложени следните основни принципи на модел за лечение, наречен „интегриран модел, съобразен с потребностите“:

1. Терапевтичните дейности се планират и извършват по гъвкав и индивидуален начин, така че да отговарят на реалните, променящи се потребности на

пациентите, както и на лицата, създаващи „вътрешна мрежа” (най-често семейството).

2. Психо-терапевтичният подход преобладава при прегледа и лечението
3. Различните терапевтични дейности трябва взаимно да се допълват вместо да се избира една за сметка на друга.
4. Лечението трябва да постига и поддържа непрекъснато подобряващо се качество
5. Пациентът трябва винаги да участва, когато се поставят въпроси, свързани с лечението му.

При модела за лечение беше предложено също във всички области за психично здраве да се създадат мултидисциплинарен екипи (психиатър, медицинска сестра, социален работник), занимаващи се с психози, които да започват лечението на новите пациенти с шизофрения. Екипите обикновено бяха четиричленни и задълженията им включваха следното:

1. Първоначална оценка на състоянието чрез участие в съвместна среща между пациента и неговото семейство в рамките на 24 часа. Обикновено през първата седмица екипите по психоза имат две-три срещи с пациента и семейството му.
2. Екипите за психози координират лечението и провеждат редовно срещи със семейството му през целия процес на лечение.
3. Членовете на екипите за психози са на разположение за консултация, когато е необходимо.

В резултат на проекта за развитие психо-социалната рехабилитация на пациенти с шизофрения с дългосрочен престой беше създаден стъпаловиден модел, чиито основни принципи включваха:

1. Въвеждане на принципите на терапевтичната общност в психо-социалната рехабилитация.
2. Индивидуален рехабилитационен план като основен инструмент.
3. Стъпаловиден модел със следните стъпки:
 - а. Рехабилитационни отделения и дейности в болницата
 - б. Защитени жилища с домашна атмосфера в района на болницата
 - в. Рехабилитационни домове в общността
 - г. Малки домове в близост до домовете за рехабилитация
 - д. Апартаменти със защитени дейности в общността
 - е. Центрове за дневни грижи и социални клубове в общността
 - ж. Защитени работни места
 - з. Преходни работни места.

Резултати от проекта за шизофрения след десетгодишна оценка:

Институционализирани „стари“ пациенти с шизофрения с дългосрочен престой

Година	Брой на пациентите	Промяна 1982 - 1992
1982	5 687	
1992	1 822	68%

Институционализирани „нови“ пациенти с шизофрения с дългосрочен престой

Година	Брой на пациентите	Промяна 1982 - 1992
1982	406	
1992	161	60%

В заключение може да се каже, че задължителните резултати бяха постигнати, като намаляването на броя на пациентите с дългосрочен престой в институциите беше по-голямо от очакваното. Оказа се, че е възможно с помощта на психо-социалната рехабилитация да бъдат изписани повечето от пациентите с дългосрочен престой в психиатричните болници, както и да се подобри лечението новите пациенти с шизофрения с дългогодишен престой.

Националният проект по шизофрения във Финландия доказа, че е реално изпълнимо един проект за психично здраве да бъде осъществен в национален мащаб. Създадените послужиха като основа и гарантираха успешното завършване на деинституционализацията на психичното здраве във Финландия.

Развитие през 90те години

В началото на 90-те години Финландия преживя дълбока икономическа депресия. Съкращаването на психиатричните легла продължи, но поради финансовите затруднения се наложи и намаляване числеността на работещите в заведенията в общността. В края на десетилетието човешките ресурси започнаха отново да се увеличават.

През 90те бе извършена и промяна в предоставянето на услуги по психично здраве. Докато през 80те повечето заведения бяха обществена собственост, през 90те дейностите най-вече в дневните центрове за грижи и защитените жилища все по-често се организираха от частния сектор, НПО и различни асоциации.

Институционалната психиатрична помощ бе извадена от самостоятелните изолирани психиатрични болници и стана част от дейността на многопрофилните болници. По този начин редица психиатрични болници бяха закрити, но персоналет им бе пренасочен към грижите в общността или към отделенията на многопрофилните болници. Ролята на първичната медицинска помощ при лечението на психични разстройства беше издигната, както и беше наблегнато на участието на НПО.

По отношение на лечебните практики, моделите, създадени през 80те в Националния проект за шизофрения, бяха развити според променящите се потребности. Националните указания и насоки залагаха върху използването на супервизия, работа в мултидисциплинарен екип и подходи, насочен към пациента.

Четири национални проекта по психично здраве бяха реализирани в рамките на цялата страна:

1. Национална програма за превенция на самоубийствата – (1987 – 1996 год.)

2. Национален проект за депресивните състояния – (1994 – 1998 год.)
3. Програма за пълноценен живот – (1998 – 2002 год.)
4. Мястото на психичното здраве в първичната медицинска помощ – (1998 – 2001 год.)

Програмата за пълноценен живот беше интересна и важна от гледна точка на деинституционализацията, защото нейната цел бе да улесни интегрирането на лицата с психични проблеми в обществото. Нейното приложение обхваща множество сектори чрез сътрудничеството на 12 от общо 15-те министерства във Финландия.

Развитие до края на 20 век

Процесът на деинституционализация продължи също и през последните години. Броят на психиатричните легла намаля и стационарната помощ се измести към многопрофилните болници. Алтернативното обслужване се увеличи, най-вече възможностите за настаняване в жилища и клубове (Fountain houses) за дневни грижи и преходни работни места. Броят на изпълнителите на тези услуги също нарасна.

През 2002 год. финландското Министерство на здравеопазването и социалните грижи публикува „Препоръки за качество на психично-здравните услуги“, а понастоящем то подготвя и препоръките за качество за защитените жилища за психично болни

През 2001 год. финландската психиатрична асоциация публикува “Национални указания за клинични практики за лечение на пациенти с шизофрения”.

В лечебните практики се поставя приоритет върху методите за лечение, основано на доказателства.