



НАЦИОНАЛНА СТРАТЕГИЯ ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ НА ГРАЖДАНИТЕ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ 2020 – 2030 Г.

Христо Хинков*¹, Георги Василев², Цветеслава Гълъбова³, Захари Зарков¹,
Владимир Наков¹, Георги Попов⁴, Калоян Стойчев⁵, Дроздстой Стоянов⁶

*Председател на работна група съгласно Заповед на Министъра на здравеопазването номер РД 02-35/12.03.2019 г. и главен координатор на Експертен съвет по психиатрия на МЗ (от април 2019 г.).

Останалите автори са посочени по азбучен ред на фамилното име

1 – Национален център за обществено здраве и анализи; Експертен съвет по психиатрия на МЗ; 2 – Български институт по зависимости; 3 – Български лекарски съюз, Национален експертен лекарски борд по психиатрия; Държавна психиатрична болница „Св. Иван Рилски“; 4 – Медицински университет – Варна; 5 – Медицински университет – Плевен; УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Клиника по психиатрия; 6 – Медицински университет – Пловдив; национален консултант по психиатрия (2019-2020); Експертен съвет по психиатрия на МЗ (от 2019 г.)

Резюме. Настоящата статия представлява програмен документ „Национална стратегия за психично здраве 2030“, изготвен от работна група, съставена със Заповед на министъра на здравеопазването през 2019 г. Изработването на тази стратегия следва публикуването на Доклад на европейската психиатрична асоциация за състоянието на психично-здравните грижи в България и Кръгла маса в Народното събрание, посветена на същите проблеми (2018). Документът се публикува след промени и допълнения, направени в съответствие с предложения по време на общественото обсъждане, проведено през ноември 2020 година. Основните положения на Стратегията включват оценка на системата за психично-здравно обслужване, актуализация на единните държавни изисквания за медицинското образование и специализация; преработване и допълване на нормативната уредба в областта на психичното здраве; реорганизация на инфраструктурата на психиатричната помощ чрез деинституционализация и разкриване на мрежа от центрове за комплексни грижи в общността; въвеждане на единни механизми за финансиране и стандарти за оценка на качеството.

NATIONAL STRATEGY FOR MENTAL HEALTH OF THE REPUBLIC OF BULGARIA 2020-2030

Hristo Hinkov*¹, Georgi Vassilev², Cveteslava Galabova³, Zahari Zarkov¹, Vladimir Nakov¹, Georgi Popov⁴,
Kaloyan Stoychev⁵, Drozdstoy Stoyanov⁶

*Chairperson of the Task Force, appointed by Ordinance of the Minister of Health; 1-National Center of Public Health and Analyses; 2- Bulgarian Institute for Addictions; 3- Bulgarian Medical Union; State Psychiatric Hospital “St. Ivan Rilski”; 4- Medical University Varna; 5-Medical University Plevn; 6-Medical University Plovdiv

Abstract. This paper represents the content of a program political document „National Strategy for Mental Health” 2030, delivered by a task force appointed by the Minister of Health in 2019. It is produced after delivery of the Report of European Psychiatric Association and Round Table in the National Assembly of the Republic of Bulgaria in 2018. The document is in its final form after revision based on public consultations



with all stakeholders in the field. It is comprised of analytical part and program part, where the main goals and mechanisms of reform are outlined. The pillars of the reform include comprehensive evaluation and gradual changes in medical education (post-graduate training for psychiatry and health professions); revision of the legislative foundations of mental health care system; reorganization of the infrastructure of psychiatric hospital care by means of deinstitutionalization and development of community based mental health centers, introduction of unified funding mechanisms, and quality assurance standards.

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

ДПБ	– Държавна психиатрична болница
ЕС	– Европейски съюз
МЗ	– Министерство на здравеопазването
МБАЛ	– Многопрофилна болница за активно лечение
НЗОК	– Национална здравноосигурителна каса
НЦОЗА	– Национален център по обществено здраве и анализи
СЗО	– Световна здравна организация
УМБАЛ	– Университетска многопрофилна болница за активно лечение
ФРЗ	– Факторите на риска за здравето
ЦПЗ	– Център за психично здраве
ESPAD	– European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

Въведение

Световната здравна организация (СЗО) дефинира здравето като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто като отсъствие на болест или недъг. По същата логика психичното здраве не може да се определя просто като отсъствие на психична болест, а като психологично благополучие (т.е. чувство, усещане за благополучие) и/или адекватна приспособимост, съобразена с обществено приетите стандарти на човешки отношения.

Според дефиницията на СЗО психичното здраве е способността на зрялата личност да изгражда хармонични отношения с другите и да участва творчески в изменението на биологичните и социалните условия на заобикалящата среда. Всички тези общи определения обаче не дават конкретните очертания на психичното здраве. Краткото описание на неговата картина включва някои независими характеристики, като: самоувереност и самочувствие; автономност и целенасоченост; способност за учене и любознание; способност да работи, включително в условия на ръководене, правила и затруднения; способност да поема отговорност и да полага необходимите усилия; сигурност и решителност; настойчивост и упоритост; способност да се разбира с другите и да им сътрудничи; способност да показва приятелски чувства и любов; способност да дава и да получава; толерантност към другите; чувство за хумор; способност за изпитване на удоволствие и наслада; способност да почива; способност да планира и да отлага удоволствието; способност да контролира емо-



циите си и да ги изразява по подходящ начин (напр. като разтоварва враждебността си от нейните увреждащи функции спрямо другите); способност да контролира и канализира импулсите си и т.н.

Според някои схващания духовността и вярата (в широкия смисъл) се включват в психичното здраве, защото са в състояние да осигурят прехода на традициите от миналото към бъдещето, като запазят и съхранят колективния плод на постигнатото от човешкия род и културата, в която живеем. Това от своя страна спомага за съхраняване на личностния идентитет, чийто стабилитет е особено застрашен при динамичните общества в преход, каквото е и нашето общество.

Няма идеално психично здраве, но има стремеж за постигане на неговите оптимални граници по отношение на очертаните по-горе характеристики. Оптималното психично здраве е изключително важен фактор и за по-добро физическо здраве. На основата на оптималното психично здраве се развиват и усещанията за благополучие и щастие, които се приемат за важни субективни маркери за оценка на състоянието на едно общество.

Психичното здраве има комплексен характер и в неговото развитие и случване участват биологични, психологически, образователни, възпитателни, социални, икономически и културални фактори. Тази мултифакториална генеза на психичното здраве обуславя и необходимостта от комплексен подход за неговото развитие и подобряване.

Доброто психично здраве е неразделна част от човешкото здраве и благополучие. Субективното благополучие е комплексен феномен, който най-общо включва удовлетвореността от живота като цяло и от основните жизнени сфери като брак, семейство, работа, потребности, чувство за значимост и смисъл, както и усещане за щастие, често преживяване на позитивни емоции и удоволствие и рядко преживяване на негативни емоции. Субективното благополучие подлежи на измерване по научен път чрез стандартизирани скали, които оценяват широк набор от детерминанти: стандарта на живот; здравословното състояние; постиженията в живота; отношенията с другите хора; безопасността, която има човек в живота; сигурността относно бъдещето; доколко човек се чувства жизнеспособен, здрав, спокоен и щастлив и т.н.

Субективното благополучие се обуславя от индивидуални и социални фактори. Относно социалните фактори, според западни проучвания, по-високото равнище на субективно благополучие се свързва с висок брутен вътрешен продукт, индивидуалистична култура, свобода и демокрация в държавата. Индивидуалните фактори са свързани с личностовите особености, на първо място афективността (т.е. темперамента) и екстраверсията, както и наличието на цели и способността за адаптиране към различни ситуации. Удовлетвореността от семейството, приятелските връзки, времето, с което разполага индивидът за задоволяване на собствените интереси, повишават щастието.

Много проучвания показват, че равнището на субективното благополучие е от голяма медико-социална значимост. Например хората с по-ниско чувство за субективно благополучие са по-потиснати и живеят по-кратко. Всичко това е довело до



широко международно движение за въвеждане на национални индикатори за субективно благополучие. Само икономическите индикатори се оказват недостатъчни за оценка на реалното развитие и прогрес на една държава. Въвеждането на индикатори за субективно благополучие в официалната държавна статистика се изисква от Резолюция на ОС на ООН от 19.07.2011 г.

От своя страна индивидуалните фактори, които формират субективното благополучие, са свързани с основните характеристики на психичното здраве. Оптималното психично здраве е ключовият индивидуален фактор, който участва във формирането на субективното благополучие.

Психичното здраве, както и психичните разстройства се дължат на различни социални, икономически и физически фактори, действащи на различни етапи от живота. Доброто познаване на тези фактори, в тяхната взаимосвързаност и влияние върху човешката психика, е в основата на всяка политика и стратегия за подобряване на психичното здраве.

Детерминантите на психичното здраве могат да бъдат разглеждани на индивидуално и популационно ниво. Освен това те са свързани и с влиянието на околната среда, в която функционира индивидът.

На индивидуално ниво това са биологични, психологични и поведенчески фактори. Биологичните фактори включват генетична предиспозиция, расов и етнически произход, пол, възраст, както и съпътстващи заболявания, които имат пряко или косвено отражение върху психичното здраве и благополучие.

Психологичните и поведенческите фактори са свързани с различни форми интерперсонални взаимоотношения, степен на социализация, сексуалната ориентация, дезадаптивни форми на поведение. Различни социални детерминанти като семейни взаимоотношения, ниво на доходи, образование, качество на бита, начин на хранене, отношения със съседни и пр. влияят както в положителна, така и в негативна посока на психичното здраве.

Най-голяма относителна тежест имат социално-психологическите детерминанти на индивидуално ниво. Най-често това са ниските доходи, следвани от семейния статус, липсата на емоционална подкрепа, полът, ниското ниво на образование, нисък социално-икономически статус, безработицата, финансовите затруднения, чувството за дискриминираност, лошото соматично здраве, самотата, лошата самооценка, лошите битови условия, напредналата възраст и негативни житейски събития.

Много голяма роля за поява на т. нар. чести (или непсихотични) психични разстройства имат социалните неравенства, където колкото по-голямо е неравенството, толкова по-голям е рискът. Ниското социално-икономическо положение повишава риска от поява на депресия, като по-уязвими са жените, на които социалните, икономически и екологични фактори влияят по различен начин, отколкото при мъжете. По-високите нива на депресия и тревожност се свързват с ниска степен на образование, материални затруднения и безработица.

На популационно ниво рисковите фактори се свързват с бедността, дискриминацията, лошото управление, нарушаването на човешките права, лошо образование,



безработица, лошо здравеопазване, липса на жилища и адекватни услуги, както и политики за социална закрила. Налице е взаимозависимост между бедността и психичните разстройства и поява на порочни кръгове – психичното разстройство води до бедност, а бедността е рисков фактор за влошаване на психичното здраве.

Факторите на околната среда са свързани със степента на урбанизация, качество на водата, наличие на канализация, етническо напрежение, нестабилна политическа обстановка и пр. Важно е да се отбележи, че влиянието на изброените рискови фактори е винаги комплексно и зависи от преобладаващия контекст или фон, на който се развива психичното разстройство.

Психичната болест представлява такова отклонение от психичното здраве, което води до страдание (лично и/или на околните) и/или нарушения във взаимоотношенията и социалното функциониране. В последната номенклатура на психичните болести (DSM-5) са представени повече от 500 психиатрични диагнози. Най-често срещаните са тревожните и невротичните разстройства, зависимостта към алкохол и други психоактивни вещества, депресиите, свързаните със стрес разстройства, психосоматичните разстройства и разстройствата на съня. Коренът на повечето от тези разстройства най-често се открива и при психично здравите хора, защото болестните симптоми са заложили и в здравата психика като преживявания и поведения (напр. тревожността), но с много по-малка интензивност и времетраене, както и с развити умения за контролиране и справяне. Поради тези особености, както и поради подценяването на тяхната медико-социална значимост голямата част от тези разстройства остават недиагностицирани и нелекувани. Роля за това оказва и съществуващата психиатрична стигма.

Обществено-здравният подход към психиатричното боледуване разглежда психичните разстройства като „тежки“ и „чести“.

„Тежки“ са разстройствата, при които се налага професионална помощ не само по медицинска линия (лечение), а и по социална линия (живот с болестта). Имат хроничен ход и поради клиничното си естество водят до загуба на социални умения и някаква степен на инвалидизация. Тежките психични разстройства включват шизофрениния кръг, биполярното разстройство с тежко протичане, деменциите, умствената изостаналост и тежко протичащи личностови разстройства.

„Чести“ са психичните разстройства, които отнемат благополучието на индивида за относително кратък срок от време. Засягат активната част популацията, широко разпространени са и са най-често последица от стреса. В близкото минало се наричаха невротични разстройства. Това са следните групи:

- Разстройства на тревожността (паника, генерализирано тревожно разстройство, социална фобия, специфична фобия, агорафобия без паника, посттравматично стресово разстройство, обсесивно-компулсивно разстройство и разстройство на сепарационна тревожност при възрастни)
- Разстройства на настроението или афективни разстройства (дистимия, депресия и биполярно разстройство)



- Разстройства на контрола върху импулсите (разстройство в поведението, разстройство с дефицит на вниманието при възрастни, интермитентно експлозивно разстройство)
- Разстройства, свързани с употребата на психоактивни вещества (злоупотреба с алкохол, зависимост от алкохол, злоупотреба с дроги, зависимост от дроги).

Тежките психиатрични разстройства като шизофрения, биполарно разстройство, органични психични разстройства и умствена изостаналост имат по-малка честота, но имат хроничен и инвалидизиращ характер. Те изискват пожизнени грижи, лечение, рехабилитация и ресоциализация от мултидисциплинарни екипи и в условия на приемственост.

Актуално състояние на психичното здраве на популационно ниво

Чести психични разстройства

По данни на последното национално представително епидемиологично проучване (2017 г.) пожизнената болестност от чести психични разстройства в България е 14,54%. Тези данни показват връзката между нивата на стреса и разпространението на тази група психични разстройства в България. Пожизнената болестност от чести психични разстройства е следната:

- Тревожни разстройства – 8,4%
- Разстройства на настроението – 4,5%
- Злоупотреба и зависимост от алкохол и наркотици – 4,76% (като дялът на злоупотребата и зависимостта към алкохол е 4,4%)

Зависимости

Особен акцент в рамките на честите психични разстройства са разстройствата, свързани със зависимост към алкохол и вещества.

Негативните обществено – здравни последици от употребата на алкохол и други наркотични вещества са добре документирани в целия свят, както и в България. Употребата на тези вещества може да причини редица соматични проблеми, а в областта на психичното здраве те са свързани с развиването на зависимости, неспособност за заучаване и запомняне на информация, както и с редица психологически проблеми като агресия, депресия, психози, самоубийство и сериозна тревожност.

Употребата на алкохол е особено важен фактор поради нейното широкото разпространение. Резултатите от Националното проучване на ФРЗ в Р България – 2014 показват, че разпространението на употребата на алкохол в България е много високо, като дялът на мъжете е значително по-висок от този на жените и немалка част от тях консумират концентрат ежедневно. За съжаление европейското изследване ESPAD показва, че тази рискова употреба на алкохол е видна и при младото ни поко-



ление. Употребата на други наркотични вещества също стана сериозен обществено – здравен проблем през последните десетилетия, като при нея има особено изразен генерационен феномен.

Според данните от проведеното през 2017 година национално представително изследване за България сред популацията ученици (9–12 клас) над една четвърт от респондентите са посочили, че са употребили някакво наркотично вещество през живота си, като немалка част от тях са го употребявали сравнително редовно.

Тези данни показват особено важната нужда от ефективна и базирана на доказателства превенция на употребата на алкохол и други психоактивни вещества сред младите хора в България. До момента най-голям е относителният дял на дейности в областта на общата превенция, по-малък в областта на селективната и почти липсва индикативна превенция. Индикативната превенция и ранни специализирани интервенции са подходящи за млади хора, които вече са започнали да показват определени проблеми, свързани с употребата на алкохол и други наркотични вещества.

Съвременното виждане за превенцията поставя много по-голямо ударение върху селективната превенция, която е насочена върху отделни субпопулации от млади хора, вече проявяващи определени черти, които са научно-практически доказано свързани с повишен риск от развиването на проблемна употреба на алкохол и наркотични вещества.

Един от водещите модели в тази област е четирифакторният модел за личностовата ранимост за проблемна употреба на алкохол и наркотични вещества, който включва безнадеждност, импулсивност, чувствителност към тревожност и търсене на силни усещания. Такива юноши се обучават да избягват високорискови ситуации и да практикуват адаптативни стратегии за вземане на решения и справяне с различните емоционални състояния.

Към момента на територията на страната липсва координация между отделните професионалисти, услуги и институции в областта на зависимостите. Проблемите, свързани с употребата на алкохол и други наркотични вещества, поставят сериозни изисквания и към системата за лечение, която включва: различни психиатрични стационарни заведения, програми за лечение на зависимост към опиоиди с опиевидни агонисти и агонисти-антагонисти, различни резиденциални терапевтични общности и функциониращите седем дневни центъра за хора със зависимости.

Като цяло тази система има няколко сериозни недостатъка. Първо, разкритите места за лечение в системата са недостатъчни да покрият нуждите на хората с проблеми. Второ, услугите и свързаните с тях професионалисти са много неравномерно разпределени на територията на страната, в повечето случаи функционират „на парче“ и без да са свързани организационно и технологически в един непрекъснат лечебен цикъл, който да осигурява адекватна лечебна ефективност. Редица лечебни и рехабилитационни услуги не се заплащат по никакъв начин от държавата и са оставени на финансовите възможности на самите зависими и техните семейства. Това сериозно нарушава правото на достъп до лечение.



Стигмата по отношение на зависимите към алкохол и особено към наркотични вещества има неблагоприятно влияние върху изграждането на система от услуги, която да функционира на територията на цялата страна.

При изграждането на системата за лечение на психичните болести като цяло трябва да се има предвид и коморбидността на тежката психична болест (шизофрения, биполарно разстройство, тежки депресии и др.) с употребата на алкохол и други наркотични вещества.

Адекватният обществен-здравен отговор на увеличаващите се проблеми, свързани с употребата на алкохол и други наркотични вещества, трябва да включва увеличаване на предлаганите услуги, базирани на научно и практически доказани модели, в областта на превенцията, лечението и рехабилитацията на зависимите пациенти. Организацията на лечението и рехабилитацията трябва да осигури адекватно географско покритие и заедно с това да представлява единна система, в която пациентът да се движи съобразно нуждите, които има, и етапа на своето лечение и рехабилитация.

Пресечната точка с правосъдната и с правоохранителната система и особено при изпълняване на наказанията е специфична част от тази система. Необходимо е въвеждането на работещи и ефективни лечебни и рехабилитационни услуги, от една страна, като елементи на пробацията и като алтернатива на изтърпяване на наказанието „лишаване от свобода“, а от друга – и като важен елемент и от самото изтърпяване на наказанията. Световният опит показва, че това значително намалява рецидивизма и увеличава възможността за ресоциализация и адаптация на тези хора. Осигуряването на адекватно финансиране ще позволи основните услуги да станат достъпни за по-голям брой потребители. Добре планирани и системни медийни и обществени изяви могат устойчиво да намалят съществуващата стигма към хората с тези проблеми.

Насилие

Употребата на алкохол и психоактивни вещества са рискови фактори за проявата на насилие в обществото. Във възрастта 14–18 години от 195 000 смъртни случая годишно 115 000 се свързват с алкохол. Алкохолната злоупотреба се свързва с всеки четвърти случай на самоубийство (данни на СЗО за ЕС). Насилието е мултифакторен феномен, резултат от сложното взаимодействие между политически, социално-икономически, културални и личностови фактори. Връзката между насилието и психичното здраве е безспорна. На него се пада една четвърт от тежестта на психичните разстройства като депресия, тревожност, хранителни разстройства, поведенчески проблеми, опити за самоубийство, самонараняване и незаконна употреба на наркотици. Това води до по-ниски образователни постижения и по-малко перспективи за заетост, рисково сексуално поведение, наднормено тегло и развитие на други незаразни болести. Насилническото поведение може да се предава от поколение на поколение. Предотвратяването на малтретирането и други несгоди в детството дава възможност на децата и юношите да реализират пълния си потенциал за здраве, развитие и благосъстояние през целия жизнен път.



Тежки психични разстройства

Пациентите с *шизофренни заболявания*, водещи се под наблюдение, са 25 849. От тази група между 10 и 15% (2 500 – 3 000 лица) се нуждаят от подкрепа в общността. От тях 1 000 са настанени в институции за дългосрочни грижи, а около 230 пребивават дългосрочно в държавните психиатрични болници. Водещите се под наблюдение пациенти с *умствена изостаналост* са 28 293. От тази група изцяло зависимите от грижи и неможещи да се справят самостоятелно в ежедневието са приблизително до 2% (с тежка и дълбока умствена изостаналост), или около 400 лица. Те се нуждаят и от специализирани медицински грижи, които следва да се осъществяват в добра координация със специалистите от доболничната помощ. Пациентите с *деменция*, водещи се под наблюдение, са 2 408, но с оглед на това, че над 60-годишна възраст процентът на деменциите нараства от 1 до 30% в горните възрастови категории, нуждите от услуги за тази целева група ще нарастват (данни НЦОЗА, 2018г.).

Актуално състояние на системата за психиатрично обслужване

Стационарна психиатрична помощ

През 2018 г. в страната има 12 държавни психиатрични болници (ДПБ), 12 центъра за психично здраве (ЦПЗ), 5 психиатрични клиники (към университетски болници) и 17 психиатрични отделения към многопрофилни болници. Общо легловата база е около 4 000 легла, като са налице и около 1 000 места за дневен стационар, отчитани по отделен ред. Съществуват и психиатрични легла към други ведомства – Психиатрична клиника към ВМА и психиатрично отделение към МВР-болница. В Правителствена болница няма психиатричен стационар.

Най-много са леглата в ДПБ, следвани от ЦПЗ, клиниките към УМБАЛ и психиатричните отделения към МБАЛ. Териториалното разпределение на психиатричните стационари е крайно неравномерно – има области (Видин, Перник, Монтана, Силистра, Сливен, Ямбол), където има само по едно психиатрично отделение към МБАЛ.

Държавни психиатрични болници (ДПБ)

Психиатричните болници са от институционално-приютен тип. Териториалното разпределение на тези структури е неравномерно в страната и не отчита миграционните процеси, настъпили през последното десетилетие, както и променените общественно-икономически отношения. Повечето от болниците са построени въз основа на изолационния принцип, характерен за средата на миналото столетие. Разполагането на тези институции извън населените места не е съобразено с административното деление на страната и не следва естествено създадите се здравни райони за обслужване. В резултат на това болните, настанявани и лекувани в тези заведения, често пъти са на значително разстояние от местоживеенето им, което нарушава връзката с техните близки и пречи на тяхната ресоциализация. Болниците обслужват по няколко района, което затруднява ефективното им управление и финансиране.



Сградният фонд, с който разполагат болниците, е различен, но като цяло не е съобразен със специфичните нужди на настанените в тези заведения пациенти. Повечето от болниците са от павилионен тип с корпуси (и бараки) с различни функции – остри затворени отделения, разделени по пол, геронтопсихиатрични отделения, рехабилитационни отделения, трудотерапия. През последните години в редица психиатрични болници бяха направени ремонти на сградния фонд със средства по различни европейски програми и отчасти от държавния бюджет. Не малко болници притежават прилежащи части от значителни територии, които са използвани в миналото за целите на трудотерапията, като се е развивала селскостопанска дейност (в някои болници тази практика е запазена и досега – ДПБ Церова Кория и др.). В други болници тези площи пустеят.

Много голям проблем в ДПБ е липсата на възможности за комплексна диагностика и лечение на коморбидни състояния. Трябва да се отбележи, че във всички държавни психиатрични болници в страната има десетки пациенти, които не са на активно лечение и не се изписват. По този начин болниците са принудени да поемат и ролята на домове за хора с психични разстройства, практика, която съществува от десетилетия.

Напоследък ролята на ДПБ на социални домове се утвърждава и по законов път. След направени нормативни промени лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ могат да предоставят социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане. В редица ДПБ, ЦПЗ и клиники към УМБАЛ се разкриха дневни центрове за възрастни с психични увреждания, които би трябвало да предлагат психосоциална рехабилитация с оглед бъдеща ресоциализация на свои бивши пациенти.

Според един доклад на Националния консултант по психиатрия преобладаващата част от болничния контингент е с тежко протичаща шизофрения (повече от половината хоспитализирани болни), тежки афективни психози (около една шеста от болните) и тежки случаи на зависимост към алкохол/наркотици. В същия доклад се отбелязва, че психиатричните заведения нямат очертан клиничен профил, но като практика болните с тежка психична болест като шизофрения, афективни разстройства и зависимост към алкохол и ПАВ се хоспитализират в ДПБ; болните със соматична коморбидност и тежки психични заболявания в университетските клиники, острите психотични разстройства, вкл. и ексацербация на хронични психози – предимно в ЦПЗ. По-голяма част от хоспитализираните болни се самонасочват, т. е. повечето психично болни постъпват доброволно самостоятелно или придружени от близки хора.

Детско-юношеска психиатрия

Детските психиатри в България са 22. Стационарните психиатрични отделения за детска психиатрия са понастоящем две. В ЦПЗ Русе и ЦПЗ „Н. Шипковенски“ е възможна консултацията на деца без леглови престой.

Следвайки директива на ЕС, детската психиатрия става самостоятелна специалност в България през 2004 г., като първите специалисти по новата програма



завършват през 2010 г. С оглед на крайно недостатъчния брой на детските психиатри, работещи в публичния сектор, е необходимо регламентирането на сътрудничеството и координацията с общите психиатри при юношите над 14 г. и особено във възрастта 16–18 г. и най-вече при тези с психотични разстройства. Препоръчително е детски психиатри да осигуряват консултативна помощ или да бъдат включени в щата на определени наркологични структури, работещи с юноши и деца, както и на специализирани за хранителни разстройства структури, ако такива бъдат създадени. Дейността в областта на детската психиатрия ще бъде насочена към стимулиране на развитието на континуум от форми на обслужване – консултации на родители; дневна форма; стационарна форма, разположени в една структура или в действащи координирано отделни структури.

Разкриването на дневни психиатрични отделения (центрове) за деца и юноши с психични разстройства е необходимо да се осъществи като крайна цел във всяка област на страната. Тези отделения (центрове) ще осигуряват консултиране и дневни психиатрични грижи без откъсване на децата от обичайната среда на живот и ще работят координирано с регионалните системи на здравеопазването, образованието и социалните грижи.

Необходимо е да се разкрият повече стационарни легла за юноши и деца от сега съществуващите, като тези за юноши могат да бъдат обособени към отделения за възрастни. Структурите по детска психиатрия могат да бъдат базирани към многопрофилни болници, специализирани болници или ЦПЗ.

Дейността в областта на детската психиатрия ще бъде насочена към стимулиране на развитието на комплекс от взаимосвързани и допълващи се форми на обслужване – извънболнично, стационарно и дневна форма.

Дневните отделения, като част от болница или ЦПЗ, могат да бъдат разположени директно в общността. Местоположението е от значение за редуциране на стигмата и увеличаване на достъпността. Важно е те да насочат усилията си към предучилищната възраст и да разработят програми за диагноза, интервенции, вторична и третична профилактика при най-ранни емоционални и поведенчески разстройства в регионално сътрудничество с други служби с отношение към децата и детското психично здраве.

Децата се нуждаят от грижи близо до дома при най-малко рестриктивни и стигматизиращи условия. Следователно, за да се осигури по-голям обхват и приемственост на грижите, следва да се доразвие и подкрепи извънболничната помощ. Това значително ще повиши достъпността и ефикасността на грижите на детската психиатрия в страната.

Съдебна психиатрия

Специалността „съдебна психиатрия“ е нова и все още недостатъчно утвърдена у нас. Това се дължи на малкия брой специалисти и незадоволителното заплащане на експертния лекарски труд. В повечето катедри няма преподаватели със специалност „съдебна психиатрия“, което опорочава преподаването в тази насока. За да



се подобри ситуацията и да се доведе до нормално обучение, трябва да се направят определени структурни и функционални промени в съществуващата система.

Понастоящем отделение по съдебна психиатрия има в УМБАЛ „Св. Марина“, ЦПЗ – Русе и ДПБ – Ловеч, както и психиатричен стационар към болницата на затвора в Ловеч. Броят на специалистите по съдебна психиатрия е 8 за цялата страна.

По отношение на извършваната съдебно-психиатрична дейност впечатление прави неколкостранно по-малкият брой на експертизите за прекратяване на задължителното лечение. Това показва липса на проследяване на пациентите и на практика превръща настаняването на задължително лечение в присъда – след изтичането на „наказанието“ пациентът се изписва без последваща грижа. Не е ясно каква част от признатите за невменяеми се лекуват в стационарните отделения, но е очевидно, че стационарът на психиатричната болница към затвора в Ловеч не може да приеме всички пациенти, признати за невменяеми в наказателния процес. Това означава, че немалка част от хората, извършили престъпление и признати за невменяеми, се лекуват в обща психиатрична болница. Престоят на тези пациенти обикновено е голям, а и те представляват по-голяма опасност за другите пациенти и персонала. В местата за лишаване от свобода няма психиатри.

Центрове за психично здраве (ЦПЗ)

Центровете за психично здраве са бившите психиатрични диспансери. Преди всичко психиатричните диспансери са структурирани така, че да осигуряват прехода от институционална към амбулаторна форма на лечение на психично болните. До края на миналия век тяхната дейност се изчерпваше с разпределение на болните от общността към институцията, поддържане на информационна база за обслужваните лица от определен район и извършване на амбулаторна дейност. Психиатричните диспансери бяха част от комплекса диспансер – болница, който представляваше основна структурна единица на институционалния модел. Реформата в здравеопазването даде юридически статут на лечебните заведения в страната, различни форми на собственост и финансиране, което доведе до разпадане на модела диспансер – болница. След децентрализацията на извънболничната помощ голяма част от амбулаторните функции на диспансерите бяха поети от частни психиатрични кабинети, които взеха със себе си и документацията за своите пациенти. През последните 10 години функцията на ЦПЗ е изместена в посока предимно на стационарно обслужване чрез разкриване на нови легла поради спецификата на Методиката за субсидиране на МЗ. По този начин основната функция на ЦПЗ за проследяване и амбулаторно обслужване на психично болните не се изпълнява адекватно.

Психиатрия на зависимостите

Системата за лечение на зависимости в България се състои от разнообразни стационарни и извънболнични лечебни и рехабилитационни заведения. Стационарното лечение на зависимости се осъществява в една специализирана болница (ДПЛБНА – София) и наркологични или психиатрични отделения към държавни психиатрични болници (ДПБ), центрове за психично здраве (ЦПЗ), многопрофилни болници за ак-



тивно лечение (МБАЛ), психиатрични клиники към университетски многопрофилни болници за активно лечение (УМБАЛ) с общо 169 легла за лечение на зависимости (115 в ДПБ, 22 в ЦПЗ и 32 в психиатрични клиники). Заедно с това, през 2017 година през 7 различни резиденциални терапевтични общности, управлявани от различни НПО-та, са преминали продължително лечение и рехабилитация общо 417 човека. Също така през същата година през функциониращите 7 дневни центъра (разкрити към ДПЛБНА, 2 НПО и 4 ЦПЗ-та) са преминали 291 човека.

В края на 2017 г. в страната функционират 30 програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди, разположени на територията на 16 града в страната. Общият капацитет на програмите е 4037 разрешени места, от които 3822 за лечение с метадон хидрохлорид, 196 за лечение с морфин сулфат пентахидрат (субститол) и 19 места за лечение с бупренорфин хидрохлорид.

Съществуват 3 типа програми: държавни (4 програми с 605 разрешени места за лечение с метадон хидрохлорид), общински (5 програми с 680 разрешени места за лечение с метадон хидрохлорид) и без държавно и/или общинско участие (21 програми с 2752 разрешени места, от които 2537 за лечение с метадон хидрохлорид, 196 за лечение с морфин сулфат пентахидрат и 19 за лечение с бупренорфин хидрохлорид).

Общо през 2017 година в тези програми е имало 3247 души, които са се лекували с опиоиди с опиеви агонисти и агонисти-антагонисти. 3124 се лекуват с метадон, 123 с морфин сулфат пентахидрат. В момента в страната няма пациенти на лечение с бупренорфин.

Амбулаторното лечение на пациентите със зависимост към алкохол и други наркотични вещества се осъществява в различни извънболнични структури на ДПЛБНА, ДПБ и ЦПЗ, както и от системата на частно практикуващите психиатри по места.

Психиатрия на напредналата възраст

Известно е, че населението на България непрекъснато застарява, което извежда на преден план патологията на напредналата възраст, за която също така няма развити профилирани услуги в страната. Процесите на стареенето според редица изследователи водят до промени в психосензорната сфера, което е предпоставка за развитие на психични заболявания предимно от афективния кръг. Нарушенията в психомоторната и сензорната сфера, постепенното отпадане на остротата на възприятията води до психологически феномени на тревожност и депресия, свързани със затруднената адаптация към околната среда.

Известно е, че с напредването на възрастта намаляват възможностите за участване и възприемане на нови умения. Този факт се подсилва от нарастващите изисквания за справяне с все по-усложняващата се домакинска и битова техника. Сред разстройствата при възрастните хора на преден план са депресиите и тревожните разстройства, следвани от нарушения в интелектуалната сфера, свързани с атеросклеротични промени в мозъчната кора.

Приоритет в науките за предоставяне на грижи е изследването на реакциите на възрастните хора към описаните по-горе неблагоприятни събития – пенсиони-



ране, загуба на брачния партньор, настаняване в дом. Разбира се, оценката на тези реакции не е възможна във всички случаи, тъй като много по-често тези събития се ограничават в семейната среда, адаптацията към тях е индивидуална и не излиза извън границите на семейството. В България основният проблем на тези служби е тяхното пасивно очакване да бъдат потърсени от нуждаещите се от грижи. В този смисъл стратегията ще разработи стандарти за работа с възрастни хора и т.нар. структурирани грижи, които да излязат от институционалното ниво и да интервенират в личното пространство на тези хора.

Важен аспект в развитието на програмите за предоставяне на грижи е те да не се ограничават в институциите като домове за стари хора, хосписи и пр., но и да изследват възможностите за активно издирване на хора, нуждаещи се от тяхната помощ, в частност старите хора, и особено след психотравмени събития в техния живот.

Извънболнична психиатрична помощ

Извънболничната психиатрична помощ в България е структурирана предимно в психиатрични кабинети и групови практики, които работят самостоятелно или към друго лечебно заведение. От данните прави впечатление крайно неравномерното разпределение на кабинетите в съответните градове. Най-много амбулаторни практики има в София, Пловдив и Варна, а най-малко в Смолян, Разград и Монтана. На практика извънболничната система от психиатрични кабинети поема огромна част от дейностите по амбулаторното обслужване на хората с психични разстройства, без да има връзка както със стационарите, така и помежду си.

Персонал

Населението на България е около 7 млн. Броят на психиатрите е около 500, твърде неравномерно разпределени, концентрирани предимно около градовете с медицински университети. Ориентировъчно това означава приблизително 1 психиатър на 15 хил. души население. От тези психиатри близо 80% работят в психиатрични стационари, а 20% от тях в амбулаторни служби. Броят на детските психиатри с призната специалност по детска психиатрия в страната е само 22-ма при крайно неравномерно териториално разпределение. Броят на сключилите договор с НЗОК е около 400, като 25% от тях са на територията на София (данни НЗОК, 2018 г). Тези показатели поставят България на последно място в Европа.

Проблемите с персонала в психиатричната система са хронични, задълбочаващи се и са част от общите проблеми за цялата система на здравеопазване у нас. Трябва да се отбележи сериозен дисбаланс между отделните професионалисти – психиатри, психотерапевти социални работници, психолози, медицински сестри, санитарни и друг персонал. На практика в системата доминират лекарите, като останалият персонал е недостатъчен за сформирани на мултидисциплинарни екипи. От общите данни може да се направи извод, че едва ли има психиатрично лечебно заведение в страната, което да покрива изискванията на медицински стандарт „Психиатрия“ по



отношение на персонала, а това прави безсмислено даването на различни нива на компетентност, тъй като те се правят на базата основно на тези показатели.

Медико-психологични дейности

В професионалната общност на психолозите липсва консенсус, на основата на който да може да се въведе единна държавна регулация върху програмите за обучение по клинична психология и свързани специалности (приложна, здравна, консултативна психология и др.). Също така не е постигната обща визия за режима на лицензиране на медико-психологичните дейности, включително психо-диагностика и психотерапия, както и разграничение в полето и отговорностите на лекарите психиатри и на клиничните психолози. Поради тази причина в медицинския стандарт по психиатрия и относимите нормативни документи тези дейности не са отразени.

Социални служби

Социалните служби в България се разкриват по силата на Закона за социално подпомагане. Видовете социални служби, имащи отношение към психосоциалната рехабилитация на хората с психични разстройства, са:

- дневен център за възрастни с увреждания
- защитено жилище
- социален асистент
- домашна грижа.

Процесите на деинституционализация в социалната област, където отговорността е на Агенцията за социално подпомагане, започват още с процеса на европейската интеграция на България. В резултат на тези усилия на различни места в страната се разкриха дневни центрове за хора с психически увреждания, които обаче работят самостоятелно, без връзка с медицинската служба, а в по-малките населени места дори в непосредствено съседство. Същото важи и за защитените жилища, достъпът до които не се осъществява чрез медицинската служба, а по реда, определен от АСП. В страната функционират 13 дома за възрастни с психични разстройства с капацитет за 1036 души, които имат характер на приюти, 27 за хора с умствена изостаналост и 13 дома за хора с деменция.

Социални услуги

Социалните услуги в България се регламентират чрез Закона за социалните услуги и поднормативните актове. Видовете социални услуги, имащи отношение към психичното здраве и подобряването на качеството на живот, от една страна, и психосоциалната рехабилитация на хората с психични разстройства – от друга, са описани в следните членове от ЗСУ:

Според Чл. 7. (1) Право на социални услуги има всяко лице, което се нуждае от подкрепа за превенция и/или преодоляване на социалното изключване, реализиране на права или подобряване на качеството му на живот, независимо от неговите възраст, здравно състояние, образование, доходи, социално и имуществено състо-



яние. Според Чл. 12. (3) Специализирани социални услуги са услугите, които се предоставят при: 1. настъпването на определен риск за живота, здравето, качеството на живот или развитието на лицето; 2. необходимост да бъде удовлетворена специфична потребност на определена група лица.

Според Чл. 15. В зависимост от основните групи дейности видовете социални услуги са:

1. информиране и консултиране;
2. застъпничество и посредничество;
3. общностна работа;
4. терапия и рехабилитация;
5. обучение за придобиване на умения;
6. подкрепа за придобиване на трудови умения;
7. дневна грижа;
8. резидентна грижа;
9. осигуряване на подслон;
10. асистентска подкрепа.

Социални услуги по чл. 15, т. 1 - 5 могат да се предоставят мобилно и в лечебни заведения, институции в системата на предучилищното и училищното образование и др., описани в раздел Среда за предоставяне на социалните услуги.

Път на пациента

Един от големите проблеми на психиатричното обслужване понастоящем е фрагментарният характер и липсата на приемственост както на грижите и терапията, така и на информацията за даден пациент. След изписването от психиатричния стационар пациентът няма регулация за насочване за проследяване, поддържаща терапия и каквито и да било психосоциални интервенции с оглед неговото обратно включване в общността. Тези дейности се поемат хаотично в зависимост от състоянието и обхванатостта на този пациент от съответна извънболнична служба или по инициатива на близките. За да ползва услугите на НЗОК, пациентът трябва да посети личен лекар, да получи направление за специалист, да посети специалиста, след което да завери получения протокол за медикаменти, а ако той е за скъпоструващи лекарства, да премине и през специална комисия, след което да се върне при личния лекар за изписване и тогава да посети аптека, за да получи лекарствата. Изцяло се реимбурсират медикаментите за шизофрения и БАР, но не повече от 3 за пациент. Частично се реимбурсират антидепресантите, но с показание за депресивно разстройство.

Информационна система

Понастоящем липсва единна информационна система за обслужваните психиатрични болни. Съществуват локални информационни бази данни за преминали болни към съответната ДПБ или ЦПЗ, без тези данни да се ползват от други лечебни



заведения. В случаите, когато постъпващи по спешност пациенти нямат съпътстваща документация и тяхната самоличност е неизвестна, няма възможност това да се провери чрез справка в информационна система, което затруднява диагностично-лечебния процес. Необходимо е информацията за психиатричното боледуване и обслужване да бъде интегрирана в общото електронно досие на пациента като част от Националната здравно – информационна система. Достъпът до информацията за психиатричните пациенти трябва да бъде регламентиран със съответните нива на достъп за ползващите информация от системата професионалисти.

Финансиране

Финансирането на психиатричните лечебни заведения е по четири линии: от държавния бюджет, от договори с НЗОК, от общините и от частни плащания. Финансирането от държавния бюджет е по методика, определена със заповед на министъра на здравеопазването, която включва стационарно лечение на пациенти с психични заболявания по определени критерии, в приложение към Методиката. Тъй като ДПБ не изпълняват тези критерии, на практика те се финансират на исторически принцип, което създава противопоставяне и напрежение между различните типове лечебни заведения и рефлектира върху качеството на медицинските услуги.

Методиката за финансиране на лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ включва ЦПЗ, клиники и отделения към многопрофилни болници с I-во, II-ро или III-то ниво на компетентност съобразно медицински стандарт „Психиатрия“.

Дейностите, които се финансират по методиката, са както следва: за стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой за всеки преминал болен с продължителност до 1 месец (не по-малко от 20 дни), както и за всеки следващ месец от престоя на болния, налагащ се в резултат на неуспех в лечебния процес. Това е ново изискване за разлика от предишната методика, където продължителността на престоя е до 1 месец. Това на практика означава стимул за задържане на пациентите при липса на обективна оценка за качеството на лечението, довело до удължаване на престоя. Тук се включват и случаите на поставени за задължително лечение пациенти. Заплащането за дневен стационар е със същите изисквания.

В Методиката рехабилитационната дейност се заплаща, когато се извършва чрез трудотерапия, като отново условията са това да се извършва в стационарни условия и с възможности за удължаване на престоя над 1 месец.

Заплащането е до 50 места, а при по-голям брой преминали болни (над 150 на месец) – до 80 места. Освен това трите вида лечебни заведения за болнична помощ (без ДПБ, които по дефиниция не отговарят на критериите в Методиката) могат да получават финансиране и за субституиращи и поддържащи програми с метадон.

От договори с НЗОК финансирането е основно при амбулаторната психиатрична помощ – самостоятелни кабинети или разкрити към други лечебни структури. Приходите в някои лечебни заведения за стационарна помощ са от НЗОК за осъществявана диспансерна дейност. Няма данни за плащанията от джоба на потреби-



телите на психично-здравни услуги, но може да се предположи, че те са в значителен размер, като се има предвид, че най-много през тези кабинети преминават лица с т. нар. чести психични разстройства, чието разпространение е около 17.5% от всички заболявания. Освен това лицата с тежки психични разстройства в преобладаващото си мнозинство са неплатежоспособни и не стигат до психиатричните кабинети, които нямат договор с НЗОК.

Като цяло разходите за стационарна психиатрична помощ се оценяват на около 100 млн. лв., или около 2.5% от общия бюджет за здравеопазване в страната.

Предизвикателства

Като цяло психиатричното обслужване в страната е фрагментарно, несистемно и неотчитащо индивидуалните нужди на пациентите, особено тези с тежки психични разстройства.

Липсва задоволителна категоризация и профилиране на услугите, отсъстват обособени програми от грижи с указани критерии за прием и изписване и с изчислен капацитет. Това затруднява остойносттаването, планирането и управлението на здравните грижи. Трудно се вземат решения относно вида и квалификацията на персонала и необходимите допълнителни ресурси. Няма валидна технология и процедура за оценка на резултата от дейността на службите. Начинът на регистрация и събиране на статистически данни за използваемост на службите поражда съмнения в тяхната достоверност и не позволява използването им за целите на взимане на управленски решения.

В географско отношение психиатричното лечение се извършва в заведения, които често отстоят на значително разстояние от дома на пациентите и затрудняват поддържането на връзки с близките. Възможностите на психиатричната система да предоставя психосоциална рехабилитация са недостатъчни. Психиатричните болници не извършват необходимата комплексна диагностика и лечение на коморбидни състояния, които се изискват от приетите стандарти за стационарно обслужване. До голяма степен поемат и ролята на домове за хора с психични разстройства, практика, която съществува от десетилетия.

Един голям проблем в цялостното обслужване на пациентите е липсата на приемственост на грижата след приключване на стационарното лечение. Огромна роля за това имат центровете за психично здраве, които би трябвало да осигуряват прехода от институционална към амбулаторна форма на лечение на психично болните.

Амбулаторната дейност е до голяма степен независима и необвързана със системата на общински и държавни психиатрични структури.

Няма система за оценка на ефективността на провежданите дейности. Психиатричните стационари измерват междинните резултати (брой хоспитализации) на дейността, но не отчитат крайните резултати от нея (принос към здравето). Няма практика на управление, основана на здравно-икономически анализи, което прави системата нежизнеспособна в пазарни условия.



Няма изградена система за публична информация за наличните психично-здравни специалисти и медицински професионалисти.

Преобладава медицинският модел за психичната болест. Кадрите са почти изключително медицински и решението на проблемите се търси по линията на справяне със синдрома и липса на проследяване в периода след активното лечение. Сериозната психична болест обаче остава спътник за цял живот и изисква решения по линия на подобряване качеството на живот на болния и възвръщане на смисъла от него. Сегашната система е безпомощна пред тези изисквания.

В тази връзка следва да се подчертае, че програмата за следдипломно обучение по психиатрия е извънредно остаряла (от 2002г.), а **единна** програма за обучение на студенти и специализанти по клинична психология не е утвърждавана на национално ниво.

Липсва концепция при какви условия могат да бъдат приобщени приносите на немедицинските компетентности, в това число и медико-психологичните услуги, като психодиагностика и психотерапия. Липсват програми за интервенции по типични за детско-юношеската възраст проблеми, като хранителни разстройства, ранен детски аутизъм, разстройства на развитието, проблеми в нервнопсихичното развитие, поведенчески и емоционални разстройства и пр. Недостигът на специалисти е един от големите проблеми в тази област.

Липсва система за съдебно-психиатрична експертиза, система за развитие на кадри и програми за проследяване на пациенти с обществено опасно поведение.

Липса на устойчива политика по суицидопревенция, особено сред младите и подрастващите, както и за лицата в напреднала възраст.

Недостатъчни условия за сдружаване на психично болните в организации, защитаващи техните права. Перспективата за овластяването по отношение управлението на собственото си боледуване е нереалистична, макар това да е факт в редица европейски страни.

Според редица данни от Евростат и СЗО България е на последно място по разходи за здравеопазване на глава от населението. По отношение психично здраве нещата са влошени в геометрична прогресия, тъй като разходите за психиатрична помощ са около 2% от общите разходи за здравеопазване, което прави несравнимо данните за разходи на глава от населението с други страни. За 2015 г. разходите за едно легло в държавните психиатрични болници са от два до пет пъти по-ниски в сравнение с другите многопрофилни и специализирани болници и национални центрове в страната. Подобно е съотношението и по отношение на центровете за психично здраве (бившите психодиспансери) спрямо другите национални центрове.

Психиатричната стигма в България е силна, неосъзната и има икономически последици. Психично болните в България са социално дискриминирани. Това проличава особено ярко, ако се съпостави съотношението преки/непреки разходи у нас с това в чужбина. Преки са разходите за лекари и лекарства, а непреки – тези за грижи и гледане в семейството. При шизофренията това съотношение е 1:12 в България, докато в другите страни е 1:2.



Психично болните са дискриминирани и от законодателството: редица нормативни и поднормативни актове въвеждат ограничения за лицата, диагностицирани като психиатрични случаи на основание на поставената диагноза, вместо на основата на експертно защитен риск от опасно поведение в случая с конкретното лице.

Информацията за психичните разстройства е недостатъчна. Продължава да съществува нагласата да се омаловажават изнесените данни за самоубийствата и за качеството на психично-здравното обслужване. От страна пък на медиите информацията в огромна част от случаите се поднася сензационно и стигматизиращо, без да постига превантивен ефект.

В обобщен вид предизвикателствата са следните:

- Липса на единна информационна система в здравеопазването и условия за интегрирани грижи
- Липсва публичен регистър на утвърдени квалифицирани специалисти, оказващи психично-здравна и психотерапевтична помощ, вкл. и на деца и юноши.
- За здравеопазване държавата отделя до 5% от БВП (под 5,5 млн. евро). От тях едва 2% е бюджетът за психиатрично здравеопазване (изключват се социалните и резидентни услуги).
- Липса на унифициран и устойчив регламент за финансиране: исторически бюджет за ДПБ; Методика за отделения при МБАЛ, ЦПЗ; намаляващо съучастие на общинските бюджети.
- Отделенията към УМБАЛ и МБАЛ се финансират чрез методика на субсидиране, която представлява тежест за управлението на съответното лечебно заведение. Това ограничава възможностите за разкриване на места за лечение в общността.
- Липса на стандарт за остойностяване на високоспециализираните дейности, включително комплексна психо-диагностична оценка и психотерапия.
- Липса на дейности по превенция на психични разстройства сред децата – ранна идентификация и интервенция по проблеми в най-ранна детска възраст.
- Липса на договори с НЗОК за високоспециализирани дейности.
- Затруднен достъп до психиатрични услуги в условията на спешност поради усложнена нормативна процедура.
- Няма финансиране за дългосрочно, недоброволно лечение.
- Сегашната нормативна уредба позволява ДПБ да бъдат и доставчици на социални услуги, което е nonsens и противоречи на цялостната философия за деинституционализация.



Визия за модерно психиатрично обслужване

Промяна в парадигмата

В продължение на повече от 60 години съществуване като самостоятелна медицинска дисциплина психиатрията в България е неизменно доминирана от биологични модели и подходи. При тях се поставя несъразмерен акцент върху фармакологичните интервенции, като психологичните и психосоциалните методи и форми на въздействие при психични разстройства са поставени в периферията на вземането на решения. В основаната си част психотерапевтичните методи са оставени в полето на психологията, която все още не е регулирана професия, както и на социалната работа. При това страда комуникацията между различните професионални парадигми и сегменти на болничното и на извънболнично обслужване и оттам липсва приемственост, последователност и контрол на качеството при доставяне на психично-здравни грижи и услуги. Както се изтъква в доклада на Европейската психиатрична асоциация за психиатричната помощ в България (2018 г.), българската система за психиатрично обслужване е „фрагментирана“, което води до липса на приемственост и в последна сметка до нарушаване на човешките права по смисъла на конвенцията на ООН на правата на човека.

Приоритетна задача на Националната стратегия е смяната на парадигмата в посока на комплексно биопсихосоциално и основано на човешките права вземане на решения и ефективно водене на случай в общността, насочено към т.нар. „терапевтичен алианс“, или равнопоставен съюз на пациентите и техните семейства с професионалистите, в който определящо значение имат емпатирането, идентифицирането на персоналните ценности, разбирането и управлението на конфликтите между тях.

Водещи принципи на модерното психиатрично обслужване

- Фиксирана отговорност. Принципът на фиксираната отговорност предполага поемане на отговорност и събиране на информация от страна на конкретен професионалист за цялостното движение на пациента в хода на неговото боледуване и възстановяване през различните етапи на ползване на психично-здравни услуги.
- Личност-центриран подход към психичното здраве и болест. Това означава отчитане на спецификите на личността преди и по време на болестта и адаптиране на лечебната стратегия към тези специфики.
- Социално участие. Ключов елемент в този процес е образованието на гражданското общество, неговата информираност за възможните ограничения на лечебната система и негативните последици от дадено професионално поведение. Процесът на обучение именно затова трябва да включва и самите професионалисти – психиатри, психолози, социални работници, сестрински персонал и др.
- Интегриране на службите. Осъществяването и спазването на този принцип гарантира ангажираността на различните специализирани служби и професионалисти в системен и координиран порядък.



- Оценка на потребностите. Решенията за пребазиране на лечебни заведения за психиатрична помощ ще се вземат след внимателно изследване на нуждите на пациентите и обслужващите екипи с оглед оптимизиране на лечебния процес.
- Приемственост на грижите и водене на случай. В лечението и рехабилитацията да има осигурена връзка между специалистите, ангажирани в този процес. Воденето на случай изисква нов клас от изпълнители на психично-здравни услуги, които да следват пациента в неговото движение в лечебно-рехабилитационния процес.
- Информационно осигуряване. След изписването информацията за даден пациент трябва да постъпва автоматично в следващото звено от грижи в общността – социалната служба, защитения дом и пр.

Видове структури и услуги

- Център за психично здраве в общността. Като основна единица в системата Центърът за психично здраве в общността съчетава в себе си медицински дейности, психосоциална рехабилитация, спешна психиатрия, домашна грижа, мобилни екипи, кризисни интервенции, ранно откриване на продроми на психични разстройства, активно издирване и проследяване на случаите. Центърът осъществява връзки със социалните, образователните и правозащитните служби, общопрактикуващите лекари и специалистите в извънболничната помощ, създава бази данни, извършва промотивни и профилактични дейности, предоставя психично-здравна информация за гражданите.
- Психиатрични амбулатории, работещи в сътрудничество с останалите структури и служби за психично-здравна помощ.
- Психотерапия. Целите на психотерапевтичната работа варират от възможността за намаляване или отстраняване на установените психосоциални, психосоматични, поведенчески и клинични симптоми до подпомагане постигането на трайна промяна в разстройствата на емоциите, поведението и нагласите и до насърчаване на процеса на личностово съзряване, развитие, подобро социално функциониране и благополучие на пациента. Психотерапията следва да бъде надграждана в контекста на придобита ОКС „магистър“ в регулирана специалност. В този смисъл е необходимо регулирането на специалността „психология“ спрямо единни държавни изисквания (ЕДИ), както и актуализиране на програмата за СДО по психиатрия със съществен акцент върху придобиване на психотерапевтична квалификация. Съгласно опита на Европейския съюз на медицинските специалисти (UEMS) в повечето държави от ЕС и ЕИП има възможност за придобиване на квалификация „психиатър-психотерапевт“ за сметка на допълнително обучение между 1 и 2 години в програмите за следдипломна квалификация.



- Психиатрични стационари в ДПБ, психиатрични отделения към многопрофилни болници, университетски психиатрични клиники в максимална близост до местоживеенето на болния.
- Психосоциална рехабилитация. Целите на рехабилитацията варират от възможността за пълно възстановяване на социалните функции на пациента до създаване на ограничени способности за самообслужване в тежките случаи на болестта.
- Дневен център. Дневните центрове за хора с увреждания се разкриват съгласно Закона за социално подпомагане и са част от системата на МТСП. Включени са в това изброяване, тъй като са незаменима и неразделна част от процеса на ресоциализация и социална адаптация. Те предоставят комплекс от социални услуги в общността, които създават условия за цялостно обслужване на потребителите през деня, свързани с предоставяне на храна, задоволяване на ежедневните, здравните, образователните и рехабилитационните потребности, както и на потребностите от организация на свободното време и личните контакти.
- Защитено жилище. Защитеното жилище също се разкрива по Закона за социално подпомагане и представлява вид здравно-социална услуга, предоставяна в общността, в която хората водят независим начин на живот, подпомогнати от професионалисти.

Стратегически цели

- Намаляване на заболяемостта, болестността и смъртността от психични разстройства.
- Интегриране на психиатричните услуги в общото медицинско обслужване (деинституционализация).
- Създаване на мрежа от услуги за комплексно обслужване на хората с тежка психична болест в близост до местоживеенето, центрове за лечение на разстройства, свързани с начина на хранене.
- Намаляване на употребата на алкохол и наркотични вещества и редукция на проявите на агресия и автоагресия.
- Развиване на детско-юношеската психиатрия, психиатрията в напреднала възраст и съдебната психиатрия.
- Специален фокус върху детското психично здраве в съответствие с Конвенцията за правата на детето за гарантиране на специална защита на детските права, вкл. правото на здраве и достъп до здравна и медицинска грижа.
- Въвеждане на система за събиране на статистическа информация по региони, тип на психичните заболявания сред децата, възраст и тяхното анализиране, включително и провеждане на целенасочени проучвания за психичните заболявания сред децата, разделено по възрасти.
- Разработване на конкретни мерки и стимули за привличане и задържане на специалисти по детско-юношеска психиатрия, съдебна психиатрия и психиатрия на напредналата възраст.



- Възстановяване на баланса между отделните професионалисти – психиатри, социални работници психолози, медицински сестри и санитарни с разработване на съответни стимули за привличане на дефицитните специалисти.
- Спазване на човешките права и борба със стигмата и дискриминацията.

Дейности за постигане на целите

- Оценка на потребностите на населението от психично-здравни услуги и тяхното предоставяне на териториално ниво.
- Разработване на програми за превенция и ранни интервенции при продромни на психоза.
- Разработване и внедряване на програми за превенция и ранни интервенции при употреба на алкохол и наркотични вещества.
- Системно обучение на здравните професионалисти и психиатрите в практически умения за комуникация, основни психотерапевтични техники и създаване на терапевтичен алианс. Регулиране на програмите за ОКС „бакалавър“ и „магистър“ по психология и основна актуализация на програмата за следдипломно обучение по психиатрия.
- Въвеждане на програми за водене на случай и осигуряване на психосоциални интервенции в общността.
- Разработване и прилагане на система от организационни мерки за проследяване развитието на случаите след активната фаза на лечение.
- Разкриване на психиатрични отделения към лечебните заведения за болнична помощ съобразно оценка на регионалните нужди.
- Разкриване на центрове за психично здраве във всички областни градове.
- Пребазиране на част от ДПБ в съответствие с направената оценка.
- Създаване на единен механизъм за адекватно финансиране по модела „парите следват пациента“.
- Създаване на държавен фонд за неосигурените лица с психични разстройства и трайно намалена работоспособност.
- Осигуряване на адекватна медицинска консултация и лечение на съпътстващи соматични заболявания.
- Разкриване на работни места за клинични психолози и социални работници в психиатричните заведения за болнична помощ.
- Включване на психотерапията като стандартен метод за лечение в извънболничната психиатрична помощ чрез система от подзаконови нормативни актове (например наредба, която да регламентира психотерапията).
- Разработване и приемане на ориентирани към потребностите на зависимите пациенти социални услуги.
- Повишаване на знанията на родителите и професионалистите, работещи с деца, за разпознаването на рисковите фактори и ранните проявления на психични разстройства, особено при деца от високорискови групи – жертви на насилие и тормоз, лишени от родителска грижа и пр., с оглед своевременно насочване за консултация и лечение със съответен специалист.



- Регулярно повишаване на професионалната квалификация в съответствие с обучителните стандарти и продължаващо развитие на съответната професия в унисон с изискванията на европейско ниво.
- Разработване и въвеждане на работещи и ефективни лечебни и рехабилитационни услуги, от една страна, като елементи на пробацията и като алтернатива на изтърпяване на наказанието „лишаване от свобода“, а от друга – и като важен елемент и от самото изтърпяване на наказанията.
- Финансово обезпечаване от държавата на целия спектър от лечебни и рехабилитационни услуги за зависимости.
- Обучение на здравните специалисти в първичната медицинска помощ, училищни психолози, психолози, педагогически съветници, социални работници за превенция и лечение на депресия, тревожност, зависимости към алкохол и наркотични вещества и суицидно поведение в ежедневната си практика.
- Разработване и включване на обучителни модули по проблемите на насилието, особено над деца, както и подготовка за работа с деца, преживели насилие в училищата, следдипломната квалификация на лекари (общопрактикуващи, психиатри, детски психиатри, педиатри) и специалисти по медицински грижи.
- Разработване на програми за повишаване на чувствителността сред специалистите, работещи с деца в образователната, социалната и здравната сфера, за ранното разпознаване и адекватно придружаване на психичното страдание на деца от най-ранна възраст до юношеска.
- Разработване на скринингови програми за ранно разпознаване и оценка на психични страдания при деца в яслена и градинска възраст (0–3 и 3–6 г.) с включване на интердисциплинарни екипи и квалифицирани специалисти.
- Разкриване на специализирана клиника за съдебна психиатрия, независима от пенициитарната система, с достатъчен капацитет, която да осигури оценка и лечение на съдебно-психиатрични случаи.
- Информационни семинари за журналистите, свързани с разпространение на знание за психичните разстройства, борба със стигмата и дискриминацията в областта на психичното здраве.
- Мероприятия на държавно и локално ниво (кръгли маси, семинари, публични кампании – всички насочени към таргетни групи) за въпросите на психичното здраве като част от политическия диалог между заинтересованите страни и политиците в тази област.

Очаквани резултати от изпълнението на предвидените дейности

- Подобряване на субективното благополучие/удовлетвореност на гражданите на Република България, намален риск от боледуване.
- Променени единни държавни изисквания за програмите на обучение по медицина и здравни професии.
- Разкрита мрежа от дневни центрове за психосоциални услуги, които да са в непрекъсната обратна връзка с психиатричните стационарни служби на територията на съответната община.



- Разкрити малки и компактни (между 30 и 40 легла) стационарни психиатрични служби на всеки 150 000 души население за обслужване на психотични кризи, които да се намират в непрекъсната комуникация с мрежата от дневни центрове и амбулатории за психично здраве.
- Разполагане на психиатричните услуги в непосредствена близост до местоживеенето на пациентите и до болнични медицински заведения с общ профил.
- Осигуряването на възможности за краткосрочна и дългосрочна психотерапия ще допринесе за лечение на болестта, социална адаптация, намаляване на рецидивите, увеличен капацитет за справяне с житейските трудности и фрустрации.
- Реформата в психиатрията ще позволи след 10 години голяма част от обема на психиатричните грижи да се концентрира в общността, като болничните легла трябва да отстоят на разстояние не повече от 30 мин. път от дома на потребителя.
- Районите на обслужване ще обхващат територии с население от около 150 000 души и ще осигуряват пълен цикъл от услуги – болнични, извънболнични и рехабилитационни.
- Средният брой на стационарните психиатрични легла в един район на обслужване ще бъде между 50 и 75. Себестойността на един леглоден ще бъде обвързана с профилировката на психиатричните стационарни легла за пациенти с висока и средна степен на зависимост от грижи.
- Интензивността на психиатричните сестрински грижи ще съответства на профила на леглата. В зависимост от вида си психиатричните легла ще бъдат осигурени с различни по интензивност сестрински грижи. Интензивността ще се измерва в брой часове сестринско присъствие и тяхното разпределение в денонощието.
- Връзката на болния с лекуващия психиатър ще се поддържа в терапевтични сесии до 6 месеца след овладяване на случая.
- Изпълнението на планираните по-горе дейности, както и въвеждането на звена за психосоциална рехабилитация в общността, ще позволи да се намалят леглата за пациенти с ниска степен на зависимост от грижи (легла за хроничи) в психиатричните стационари.

Интегриране на междусекторните политики – здравеопазване, социални дейности, образование, правосъдие и култура

Централен приоритет и същевременно механизъм за осъществяване на Стратегията е интегрирането на междусекторни политики. Комплексността на тежката психична болест предполага обезпечаване и подкрепа на живеещите с нея и техните семейства от страна на следните сектори и ведомства:



- Министерство на здравеопазването – чрез осигуряване на медицински дейности – болнично и извънболнично лечение, рехабилитация и профилактика на психичните заболявания.
- Министерство на труда и социалната политика (МТСП) – чрез създаването на мрежа от защитени жилища и дневни центрове в общността.
- Министерство на правосъдието (регламентиране на подкрепеното вземане на решения; принудително лечение по реда на НК и други).
- Министерство на образованието и науката – чрез програми за промоция на психичното здраве, превенция на рисково поведение, ранно откриване и специализирани интервенции при психични разстройства в детско-юношеската възраст. На ниво висше образование – чрез единните държавни изисквания за обучение по медицина и здравни грижи и чрез финансиране на научни проекти в областта на психичното здраве, които да подкрепят с доказателства политическите решения.
- Министерство на културата – чрез създаване на нормативни механизми за контрол над медийното експониране на насилие и антисоциални прояви.

Мониторинг и верификация на изпълнението на Стратегията

Мониторингът над изпълнението на Стратегията ще се извършва на основата на индикатори: за вложенията, за дейностите и за продуктите от Стратегията.

Като индикатори за вложенията в Стратегията (индикатори „на входа“) ще бъдат използвани:

- Привличането на средства в допълнение на програмния бюджет за нейното осъществяване;
- Привличането за участие в грижите за психично болните на общопрактикуващите лекари, социалните работници и психолозите;
- Обемът на здравното информиране по въпросите на психичното здраве.

Като индикатори за дейностите по Стратегията („процесни“ индикатори) ще се използват:

- Честотите на болничните и извънболничните епизоди на боледуване (и анализът на техните характеристики);
- Оползотворяването на предоставените психично-здравни грижи;
- Себестойността на психично-здравните услуги;
- Повишаването на компетенциите, необходими за изпълнението на приоритетните области на Стратегията;
- Разширяването на капацитета в областта на психо-социалната рехабилитация, лечението на деменцията, детската психиатрия и други.



Като индикатори за продуктите от Стратегията (индикатори „на изхода“) ще се използват:

- показателите за заболяемост, болестност, смъртност от психични разстройства;
- броят на опити и осъществени самоубийства;
- временна и трайна нетрудоспособност поради психични разстройства;
- наличие на жилище;
- нива на безработица;
- качество на живота.

Органи за управление на Стратегията

За да се гарантира успехът на Стратегията, е необходимо изграждане на широка социална база, което означава включване на различни институции и ведомства.

Налице е крайна необходимост от целенасочено координиране и конвергенция на всички политики и налични ресурси за постигане на подобрене на психичното здраве на населението в Република България, както и дифузия от „твърдите“ към „меките“ мерки за постигане на оптимизация на дейностите. Това може да се постигне чрез конституирането на надведомствен (или междуведомствен) Национален съвет по психично здраве при Министерския съвет, който да има оперативни правомощия при изпълнението на националната стратегия за психично здраве и плана за действие към нея. Освен това към МЗ се предлага да се създаде Изпълнителен съвет за дейностите по Стратегията, който да подготвя текущата оперативна рамка на дейностите за съответната година, разчетите, сроковете и отговорниците съгласно Плана за действие.

В състава на *Националния съвет* влизат представители на следните ведомства и институции:

- Министерство на здравеопазването
- Министерство на труда и социалната политика
- Министерство на образованието и науката
- Министерство на регионалното развитие и благоустройството
- Министерство на правосъдието
- Национална здравноосигурителна каса
- Българския лекарски съюз
- Българска психиатрична асоциация
- Медицински университет – София
- Медицински университет – Пловдив
- Медицински университет – Варна
- Медицински университет – Плевен
- Медицински университет – Стара Загора
- Националният център по обществено здраве и анализи
- Национален център по наркомании
- Национална асоциация за психично здраве



- Българска асоциация по психотерапия
- Българска асоциация по детска психиатрия и свързаните професии
- Представители на пациентски организации и доставчици на социални услуги

Финансиране

Финансирането на дейностите по Стратегията ще става съгласно Плана за действие 2020–2030 г., където предвидените по отделните цели и дейности средства са с прогнозни стойности. Средствата ще се отпускат целево от републиканския бюджет със Закона за годишния бюджет на основата на годишен план, изготвян ежегодно от Изпълнителния съвет и одобряван от Националния съвет към МС. Освен средствата от републиканския бюджет психично-здравната реформа ще привлече средства от външни източници, като например Норвежкия финансов механизъм, оперативните програми на ЕС и други финансови източници. Финансовите бюджети за всяка година ще се разработват от Изпълнителния съвет към МЗ и ще бъдат представяни чрез Националния съвет за утвърждаване от Министерския съвет.

Бел. ред.: Документът е ревизиран в съответствие с предложения, постъпили по време на процедура за обществено обсъждане през ноември 2020 г.

Библиография:

1. Попов, Г. Психопатология на комплексността, ИК Стено, 2019
2. Beezhold, J., Stoyanov, D., Nakov, V., Killaspy, H., Gaebel, W., Zarkov, Z., ... & Galderisi, S. (2020). Transitions in mental health care: The European Psychiatric Association contribution to reform in Bulgaria. *European Psychiatry*, 63(1).
3. Alexopoulos, P., Novotni, A., Novotni, G., Vorvolakos, T., Vratsista, A., Konsta, A., ... & Siarkos, K. (2020). Old age mental health services in Southern Balkans: Features, geospatial distribution, current needs, and future perspectives. *European Psychiatry*, 63(1).
4. Dlouhy, M. (2014). Mental health policy in Eastern Europe: A Comparative Analysis of Seven Mental Health Systems. *BMC Health Services Research*, 14 (1):42
5. Faydi, E., Funk, M., Kleintjes, S., Ofori-Atta, A., Ssbunnya, J., Mwanza, J., et al. (2011) An Assessment of Mental Health Policy in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia. *Health Research Policy and Systems*, 9(1):17.
6. http://www.proecta.eu/download/BJPH_Vol_II_N2_2010.pdf
7. Friedli, L. (2009) Mental Health, Resilience and Inequalities. World Health Organization.
8. Funk, M. (2005) Mental Health Policy, Plans and Programmes in the Workplace. World Health Organization.
9. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (2010) Continue of the 10th Consecutive Annual Meeting of the Iranian Psychiatric Association Abstracts, 16(3), pp.398-405.
10. Mathers, C.D., Loncar, D. (2006) Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442.
11. Mohamadi, K., Ahmadi, K., Fathi-Ashtiani, A., Azadfallah, P, Ebadi, A. (2014) Mental Health Indicators. Development of Mental Health Indicators in Iran. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 2(1), pp.37-48.
12. Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., et al. (2010) Mental Disorders: Equity and Social Determinants. *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*:115.
13. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. and Rahman (2007). No Health Without Mental Health. *The Lancet*, 370(9590), pp.859–877.
14. Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., Whiteford, H. (2007) Resources for Mental Health: Scarcity, Inequity, and Inefficiency. *The Lancet*, 370(9590), pp.878-889.
15. Saxena, S., Sharan, P., Garrido, M. and Saraceno, B. (2005) World Health Organization & Mental Health Atlas 2005: Implications for Policy Development. *World Psychiatry*, 5(3), p.179.
16. Verhaeghe, M., Bracke, P. Bruynooghe, K. (2007) Stigmatization in Different Mental Health Services: A Comparison of Psychiatric and General Hospitals. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(2), pp.186-197.
17. World Health Organization (2001) The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope.