

ФИНАЛЕН ДОКЛАД

от

Изследване

“Оценка на съществуващите потребности и нагласи към психичното здраве и предоставянето на психично-здравни услуги в общността в гр. Благоевград и областта”

Д-р Михаил Околийски,
Главен Експерт,
Секция “Глобално психично здраве”,
Национален Център за Опазване на Общественото Здраве

01.10.2006 г.

1. Въведение

През 2004 година в град Благоевград благоприятните условия на средата, включващи усилията на група професионалисти, работещи по различни национални и международни проекти и дългосрочния интерес на редица местни активисти и специалисти да подобрят здравното обслужване в града, слагат началото на амбициозна и засега единствена в региона инициатива за подобряване на психичното здраве и психичноздравното обслужване в града и в областта. В процеса участват различни заинтересовани групи – Проекта за психично здраве в към Пакта за стабилност в Югоизточна Европа, проекта за създаване на модел за психично-здравно обслужване в общността на Глобална Инициатива в психиатрията, представители на Община Благоевград, Медицинския колеж, ОДПЗС, ЮЗУ, потребители на психичноздравни услуги, техни роднини, Агенция за социално подпомагане, лекари и други. Проблемите на психичното здраве и възможностите за справянето с тях започват да се обсъждат на редица тематични работни срещи и форуми, като кулминацията на процеса са подготовката и стартирането на отделни компоненти на цялостен Модел за психично-здравно обслужване в общността. Този заплануван Модел включва изграждането и включването в съществуващата система за финансиране от страна на МТСП и АСП на Дневен център за психично здраве в общността, Защитен дом за хора с тежко хронично психично разстройство, Информационен център за психично здраве, както и инициално и придружаващо обучение на работещите в центровете и други професионални заинтересовани групи (ОПЛ, журналисти и др.). В процеса на създаване на Модела все по-ясно се идентифицира потребността от изследване, което да анализира на психичноздравната сцена в областта и да даде доказателства за потребността от усилията за създаване и развиване на местна Политика за психично здраве.

След заявката от страна на ключовия партньор по проекта, Глобална Инициатива в Психиатрията, за провеждане на подобно изследване, с членовете на Експертния съвет, консултиращ и координиращ дейностите в областта на психичното здраве в областта, бе изготвена и съгласувана концепция и план за действие за изследване на психичноздравни потребности и нагласи и предлаганите психичноздравни услуги в гр. Благоевград. Концепцията бе разработена след проведените консултации и с местните координатори на

проекта на ГИП и след запознаване с досегашните усилия и стъпки за създаване на местен модел за предоставяне на психично-здравни услуги.

2. Цели на изследването

Настоящото изследване цели изготвянето на аналитична картина на състоянието на психичноздравните потребности, нагласи и услуги в град Благоевград и областта. Анализът ще бъде основан както на събрани на място доказателства и автентични мнения и позиции на граждани, институции и НПО, така и на съществуващата количествена и друга психично-здравна информация (РЦЗ, НЦЗИ, НСИ). Анализът ще се опита да включи и досега постигнатите резултати като следствие на граждански и обществени инициативи. Резултатите от изследването ще послужат за обосновка на МОДЕЛА, като ще позволят отделните дейности и цели да бъдат основани на доказателства за реалните потребности и нагласи на гражданите на гр. Благоевград и областта.

3. Методология

За изследване на съществуващите потребности и нагласи бяха развити четири инструмента: *Въпросник за оценка на съществуващите потребности и нагласи, Фокусни групи за потребители и техни близки, за граждани – активисти и за студенти*. Целта е събиране на надеждна качествена и количествена експертна информация за анализ на състоянието на психичноздравното обслужване в гр. Благоевград и областта, както и обобщаване на проблемни кръгове и възможни решения в сферата на психичното здраве. Анализът на въпросите от инструмента ще послужи за обосновка на Модела за предоставяне на психично-здравни услуги в общността на територията на община Благоевград и своевременното вземане на управленски решения, базирани на доказателства.

Провеждането на *интервюта* с въпросника изискваше събирането на данни и осигуряване на информация от компетентни източници от различни релевантни области. От голяма важност бе събираната информация да е актуална и от надеждни източници, защото Модела се базира на динамични показатели на средата и реалните потребности и нагласи на различни заинтересовани групи и организации.

За целите на изследването с голям принос бе събирането на глъбинна информация чрез провеждането и анализа на *Фокусни групи* като квалитативен изследователски метод. С тяхна помощ бе направен опит да се разберат нагласите на потребители към наличните възможности за живот и лечение в общността, оценката на психичноздравното обслужване и нагласите към хората с увреждания на различни професионалисти, както и потребностите и на двете групи към бъдещата картина в областта на психичното здраве. Ролята на местния координатор на изследването¹ бе от особена важност, тъй като композицията на групите, начина на поканването на участниците, доверието и въпросите на конфиденциалността бяха от ключова роля за качеството на работата. Местният координатор трябва да има изследователски опит, да познава местните условия и отношения, да има комуникативни умения, повишаващи качеството на събираната информация. Например за да избере и покани участници за Фокусната група с потребители, местният координатор трябваше да се обърне към репрезентативни регионални групи на потребители –

¹ Г-жа Анастасия Славцова, Информационен център за психично здраве

активисти и да потърси кооперация и участие, усилия, изискващи много добри комуникативни и междуличностни умения.

Местният координатор имаше отговорността също така да обсъди с всички потенциални участници в интервюта и Фокусните групи и да постигне съгласие относно някои етични проблеми, конфиденциалността и метода на самото изследване. Всеки участник даде информирано съгласие за участие и в началото на всяко интервю или група бе уведомен за доброволното си участие. Всички сесии на Фокусните групи бяха записани на касетофон за целите на по-късен анализ, като бе поискано съгласието на всички участници. Освен това респондентите бяха информирани обстойно относно целите на изследването, Модела и възможният им личен принос в процеса. Това въведение бе правено не само за повишаване на ефективността на дискусиата, а и за привличането на интервюираните като застъпници на каузата за подобряване на психичното здраве в областта. Съгласно метода за провеждане на Фокусни групи бяха осигурени и скромно заплащане, безалкохолни напитки, кафе и дребни сладки за всички участници в групите.

4. Резултати от изследването

4.1 Изследване на статистически бази здравни данни и количествена психичноздравна информация (НЦЗИ, Национален статистически институт, отчети на РЦЗ –гр. Благоевград, Проект за психично здраве към Пакт за стабилност в ЮИЕ, ГИП и др.)

Община Благоевград е една от големите общини в България, разположена е на ключов транспортен кръстопът в югозападна България и е областен и университетски център. Областта е голяма, с 280 населени места с 14 общини и предимно селско население. Жителите на област Благоевград са 362983. Поради малките финансови възможности на голяма част от населението, психиатричната помощ се оказва недостъпна или трудно достъпна за хората, живеещи в отдалечените общини и населени места. Това води до хронифициране на тежките психични разстройства, инвалидизация, чести хоспитализации (предимно по спешност) и увеличаване на негативните последствия от психичната болест.

4.1.1 Стационарна психиатрична помощ

Стационарна психиатрична помощ в гр. Благоевград и областта се предоставя от Областния диспансер за психично здраве със стационар (ОДПЗС), разкрит през 1953 г. Диспансерът е регистриран по Търговския закон като ЕООД, като собственик е Община Благоевград. Разполага с три отделения с общ капацитет от 136 легла. Общата застроена площ е 2196 кв. м. Първо отделение, разполагащо с 45 легла се намира на втория етаж на сграда на територията на многопрофилната болница за активно лечение, в която се помещават още Очно и УНГ отделения. Сградата е сравнително нова и в добро състояние, отговарящо на хигиенните изисквания и изискванията за оказване на стационарна психиатрична помощ, но се нуждае от постоянни козметични ремонти. Отделението обслужва първични случаи и предоставя грижи при случаи на обострена психоза, като е смесено, обслужва и мъже и жени. В стаите обаче липсва достатъчно пространство - има средно по 6 легла в стая поради факта, че заема сравнително по-малка част от общата застроената площ на стационарните услуги (468 кв. м.).

Поликлиничният сектор и отделение Дневен стационар се помещават в едноетажна постройка (310 кв.м), основно ремонтирана през 2001г. и 2003 г. със средства по проекта за Психично здраве на Пакта за стабилност в ЮИЕ, намираща се извън района, но в непосредствена близост с “МБАЛ-Благоевград”АД. След направения основен ремонт и реструктуриране през 2004 година в част от сградата бе разкрит Дневен център за хора с психична болест, по-късно регистриран като Дневен център за възрастни с увреждания.

Второ отделение - база Хърсово се намира в с. Хърсово, отстоящо на 9 км от гр. Благоевград разполага с 65 легла. Целогодишно има достъпен транспорт. Тази база ползва приспособени постройки, строени през 50-те години (за училище и кметство), с общ прилежащ терен 4.5 декара. Секторът за мъже е с площ 326 кв.м, а за жени с площ 228 кв. м. И двата сектора, както и хранителният блок се нуждаят от ремонти, за които има и отпуснато финансиране от Общински съвет, Благоевград. През 2006 г. е завършена и конструкцията на допълнителна сграда, финансирана с решение на Общината.

В сферата на психиатричното обслужване в Благоевград, включително по съвместителство, са заети 66 човека. От тях 8 са психиатри, като 7 са на основен трудов договор (има едно вакантно място), 30 специалисти по здравни грижи, (в т.ч. 2 фелдшери, 28 медицински сестри (едно вакантно място) и 29 човека друг персонал (20 санитарни, 4 други специалисти с висше образование – 1 педагог, 1 социален работник и двама психолози – няма незаети места). Прави впечатление критично ниския брой на медицински сестри и социални работници, както и липсата на кандидати за незаетите места за лекари-психиатри. Като причини биха могли да се посочат ниската атрактивност на предлаганото заплащане, както и малките шансове за професионално развитие.

През стационара на ОДПЗС през 2005 г. са преминали 1333 болни, проведените леглодни са 46121. В началото на 2005 г. на стационарно лечение са били 112 пациенти, през годината за пръв път са постъпили 101 болни. 22 са постъпили за задължително лечение. Осъществени са 118 съдебно-психиатрични експертизи, от които 40 в наказателен процес, 56 в граждански процес и 22 по член 36. Мерки за обездвижаване на пациенти с възбудно агресивни прояви се прилагат в изградените интензивни сектори, които са денонощно под наблюдение на дежурния персонал. Фиксирането се налага най – често в първите един – два дни от хоспитализацията до овладяване на възбудата. Фиксират се с колани само през кръста, а при крайно тежки възбудни състояния за ръцете и за краката. Фиксирането се отразява в специален фиш, в който се вписва името на болния, по каква причина е фиксиран, кой е наредил фиксацията и през колко време трябва да се прави преоценка на случая. Обикновено след 4-5 часа, болният вече е медикаментозно овладян, но остава под наблюдение в интензивния сектор. По принцип в лечебното заведение фиксирането на болните се предприема като крайна мярка при пациенти, които представляват опасност за себе си, близките и околните.

Под диспансерно наблюдение в началото на 2005 г. са били 2645 болни като през годината саснети от наблюдение 56 болни (12 поради смърт). Най-честите диагнози на диспансеризирани са шизофрения и шизотипно разстройство (365), умствена изостаналост (530), фобийни тревожни разстройства (305), психически и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на алкохол (315) и други.

През 2005 г. амбулаторната дейност на ОДПЗС се състои от обслужени 5481 посещения в амбулаторията (815 деца до 17 години и 4079 профилактични прегледа) и само 2 посещения по домовете.

ОДПЗС разполага с 5 санитарни моторни превозни средства, от които една линейка, една лека кола, и три микробуса. До входа на първо отделение и входовете на двата сектора във второ отделение база Хърсово, може да се достигне със санитарна линейка или друго транспортно средство (микробус, лека кола, лекотоварна кола). Водоснабдяването със студена и топла вода е централно. Канализацията на първо отделение е централна канализация, а във второ отделение база Хърсово всички сервизни помещения са свързани с общ колектор, включен в септична яма, намираща се извън района на лечебното заведение, постоена преди 7 години. Електроснабдяване е централно. Отопление на първо отделение е с парно, във второ отделение база Хърсово, отоплението е с електрически уреди, които се проверяват ежемесечно и има назначени отговорници.

В първо отделение има изградена компютърна мрежа, свързваща: лекарските кабинети, счетоводство и личен състав. Във второ отделение база Хърсово в двата сектора има телефонни апарати, като между дежурния персонал по всяко време може да се осъществи телефона връзка и при необходимост да оказва помощ. Лечебното заведение разполага с 4 външни телефонни линии, вътрешна централа с 10 вътрешни телефонни линии (свързващи: първо отделение, Дневен стационар и Поликлиничен сектор). Апаратурата включва – 2 броя електрокардиографи, 2 броя електроконвулсатори, единият от тях закупен през 1999 година с всички видове защиты при работа.

Снабдяване с лекарства и консумативи на лечебното заведение става чрез сключен договор по ЗОП за снабдяване с лекарства и консумативи. Практиката е да се изписва една основна табела седмично, като при необходимост и спешни състояния фирмата, с която лечебното заведение има договор, снабдява съответното отделение или сектор с необходимите медикаменти и консумативи след подадената заявка.

По отношение на храненето лечебното заведение има сключен договор с фирма след провеждане на порцедура по ЗОП. Храната се доставя със специализиран транспорт, собственост на фирмата до лечебното заведение, където се приема от : старшите медицински сестри или дежурните медицински сестри. Възможности за грижи за тоалета, почистване, дезинфекция, пране, смяна на бельо са осигурени, защото лечебното заведение постоянно разполага с достатъчно количество топла вода (бойлери на ток и слънчеви батерии), което дава възможност, пребиваващите в стационарите пациенти да се къпят по график определен от старшата медицинска сестра, а когато има повече вода и когато пожелаят. Помещенията в отделенията се измиват и дезинфекцират по предписание на РИОКОЗ четири пъти в денонощието, като в хранителните блокове си извършва засилена дезинфекция на стени, подове, маси, столове и кухненски инвентар. Прането се извършва от пералня, като преди това дрехите на пациентите, които идват замърсени, болничното бельо и постеловъчния инвентар се обработват в автоклав в специално помещение. Битовите условия отговарят ли на изискванията според Наредба №29/23.11.1999г., изм. и доп. през 2000 и 2001г.

Като цяло изводът е че досега психиатричната помощ се осъществява предимно в психиатричния диспансер. Има разбиране в повечето професионалисти и ръководители, отговорни за грижите за тежко психично болните че трябва да се следва политика на къса хоспитализация с последващи

грижи в общността, като тежестта се прехвърли от психиатричните диспансери и стационари към „Дневния център“ и „Защитено жилище“, които бяха изградени в общността. Този тип на обслужване ще доведе до намаляване на разходите за психичноздравна помощ и ще подобри качеството на живот на лицата с психични разстройства.

Дейността на ОДПЗС се финансира от Община Благоевград на базата на преминал болен през стационара, без обезпечаване на извънболничната дейност. Диспансерът не работи по договор с РЗОК за оказване на извънболнична психиатрична помощ, тъй като в съответните Национални рамкови договори не е предвидена възможността диспансерите като други лечебни заведения по Закона за лечебните заведения да сключват такива договори. Няма разработени клинични пътеки за психични заболявания.

4.1.2 Извънболнична психиатрична помощ

В системата на извънболничната специализирана помощ в област Благоевград съществуват **индивидуални психиатрични практики**, които обаче са съсредоточени в град Благоевград. Не се наблюдава стремеж за обединяване на усилията в групови практики, а всеки практикува индивидуално. Това положение не подкрепя въвеждането на единни стандарти за работа и саморегулация на професионалистите.

Индивидуалните практики за извънболнична специализирана психиатрична помощ освен в гр. Благоевград се намират в гр. Разлог, гр. Сандански, гр. Петрич и гр. Гоце Делчев, като кабинетите са в сградите на бившите поликлиники.

Дневният център за психично здраве в общността е разкрит след съответен ремонт и обновяване на сградата в съответствие с основните принципи за изграждане на такива структури в общността през 2004 година със средства от Проекта за психично здраве на Пакта за стабилност в Югоизточна Европа. Центърът е общинско заведение и е предназначен да обслужва болни с тежки психични разстройства, които в резултат от боледуването си са загубили социалните си умения и поради това са изолирани от средата в която са живели. Видът на услугите е преобладаващо в посока на социална рехабилитация и значително по-малко медицинска насоченост, която има по-скоро поддържащ характер и изисква периодична консултация от специалист психиатър. Програмите, които центъра предоставя включват рехабилитационни програми и модули (Социални умения и умения за самостоятелен живот, Търсене на работа, Терапевтична кухня, Подкрепена заетост, Преходно работно място, арттерапия и други). Предвид на това центърът е регистриран като Дневен център за възрастни с увреждания и се финансира от Агенцията за социално подпомагане. Връзката с медицинската служба, разположена в непосредствена близост до бъдещия център – градския психодиспансер – е от особено значение, но по редица причини от различно естество все още не е осигурена. Потокът от пациенти, които се включват в рехабилитационните програми идва от няколко ресурса:

- новопостъпили пациенти след овладяна остра фаза на боледуването в стационара на психодиспансера (функциите на дневния център тук до известна степен ще се припокриват с тези, осъществявани от дневния стационар към диспансера, което предполага тясно сътрудничество с тази структура)

- пациенти от болницата за хронично болни в с. Хърсово, които са основна прицелна група на този вид дейност (броят на лежащите и постъпващите там болни ще бъде важен индикатор за ефективността на работата на центъра)
- пациенти от общността, които поради различни причини не са обхванати от съществуващите мрежи за социално подпомагане или не са обект на непосредствена медицинска грижа
- пациенти насочени от системата на амбулаторната първична и специализирана помощ – общопрактикуващи лекари и специалисти психиатри.

Персоналът работещ в центъра е назначен в съответствие с описаните функции и включва:

- един психиатър консултант, на граждански договор с центъра,
- четирима социални работници на пълно работно време
- един психолог на пълно работно време
- една медицинска сестра с мениджърска насоченост
- технически персонал – двама души
- административен персонал – един човек

В момента Дневният център работи с 22 човека, като кръга на нерегистрираните потребители и приятели на центъра е значително по-голям. За по-доброто клинично и мениджърско функциониране на центъра в момента по пректа за Информационни системи към Пакта за стабилност се развива и предстои да се бъде въведен компютъризиран информационен протокол и софтуерна програма. Данните относно лечението и рехабилитацията на потребителите, които ще се събират и анализират ще позволят активен подход към хората в нужда от обслужване, ще подпомогнат подобряването на качеството на оказваните услуги, функционирането и планирането на бъдещите дейности на службата.

Независимо, че центърът е регистриран по Закона за социалното подпомагане и се финансира по реда на този закон, на практика дейностите и услугите, които предоставя за определена прицелна група ще бъдат реализация на един от основните принципи на политиката за реформа в сферата на предоставянето на психиатрични услуги.

Защитеното жилище е изградено е с помощта на проекта на Глобална инициатива в психиатрията с Решение на Общински съвет гр. Благоевград от декември 2004 г. Капацитетът на жилището е 8 легла и 3 души персонал. В сградата, осигурена от общината от 10 април 2006 г. са настанени 6 човека. След оценка на потребностите и на индикациите дали са подходящи за тази програма, в Защитеното жилище биват настанявани хора с хронична психична болест, които са в период на ремисия. Концепцията за функциониране на центъра предполага обитаването и ползването на услугите да бъде преходно – потребителите да придобият умения за самостоятелен начин на живот и да се върнат в общността.

Информационният център за психично здраве има за цел повишаването чувствителността на общността към проблемите на хората с психична болест. Информационният център е създаден в партньорство с Югозападен университет „Неофит Рилски”, на чиято територия се помещава. Центърът подготвя и предоставя специализирана информация в сферата на психичното здраве и предлаганите услуги, обучение на кадри, пресконференции, тематични конкурси, програма Читалня, семинари. Непрекъснатостта на процеса на

информирани се осигурява чрез подготовката и издаването уебсайт, брошури, справочници и на Бюлетин за психично здраве, чиято цел е да предоставя информация относно програми за промоция на психично здраве, съвременните развятия и политики за обслужване на хора с психична болест, резултати от изследвания, лични истории и творби на хора с психична болест, полезни адреси. Прицелната аудитория на Бюлетина е широк кръг читатели: специалисти от помагащите професии, студенти, потребители на психично-здравни услуги, техни редници, граждани и др. Освен това Информационният център си е поставил задачата да подобри координацията между отговорните институции чрез подпомагане реализирането на различни инициативи, които да допринесат за осъществяването на модерно психично-здравно обслужване.

Активен и независим **Социален клуб** на психиатрични пациенти все още не се е иницирал на територията на областта. В рамките на дейностите на Дневния център има програма за Социален клуб, стимулиращ активната и независима комуникация на потребителите. Експерт от Холандия е провел едно инициално обучение за активисти-потребители на психиатрична помощ, но тяхното формално обединение и извършване на координирани дейности предстои.

Осъществяването на новите служби, подходи и услуги ще изгради интегриран модел на психично здравна помощ в региона, която ще послужи като **модел за оценка и мултипликация на национално ниво.**

4.1.3 Лечението на пациенти със зависимост е организирано като в отделенията на ОДПЗС Благоевград пациентите постъпват по собствено желание. Прилагат се краткострочни програми за овладяване на абстиненцията, като след това пациентите обикновено изявяват желание за изписване. Преди тези, които са пожелали провеждане на психотерапия и ресоциализиращи мероприятия са били насочване към отделение Дневен стационар, но сега след реструктурирането на Дневния стационар статута на рехабилитационната програма не е изяснен. Някои от пациентите по собствено желание заминават за лечение в чужбина или в други лечебни заведения в страната, включително и в Националния Център по Наркомании–София. Лечебното заведение взаимодейства с НЦН по отношение превенцията и лечението на зависимостите. Има общинска програма за лечение на хора със зависимости, но ефекта от дейността ѝ не е оценен до този момент.

4.1.4 При лечението на деца с психични разстройства тези от тях, които се консултират в амбулаторията на ОДПЗС при съмнение за наличие на тежко психично заболяване задължително се изпращат за консултация със специалист по Детска Психиатрия в Детска психиатрична клиника – София. Практика е указанията дадени след консултацията да се спазват от лекуващия психиатър.

В града функционира Дневен дом за деца и младежи от 3 до 18 г. с умствена изостаналост с капацитет 36 места, както и Дневен център за лица с интелектуални и физически затруднения с капацитет 20 места. Общото им финансиране е 142 283 лева за 2003 г. Тази заведения са претоварени с заявки за работа. В отделните групи децата са твърде много на брой и индивидуалното отношение от страна на иначе много ангажираните и усърдни преподаватели е твърде затруднено. Педагозите споделят и непрекъснатото поемане на допълнителни ангажименти, които не са в техните трудови задължения. Мотивацията им е много висока, но тя не се дължи на супервизия, възможности

за разтоварване или високо заплащане, а на добрата екипна работа и неформалната взаимна подкрепа.

4.1.5 Социални заведения за грижи за лица с психични проблеми в област Благоевград

Налични данни за местата и разходите в Социалните заведения за грижи за лица с психични проблеми през 2003г. в област Благоевград

Видове заведения	Места	Приети лица 2003г.	Разходи 2003г. (лв)
Дом за деца и младежи от 3 до 18г, с умствена изостаналост в с. Петрово, общ. Сандански	110	7	165 780
Дом за възрастни с умствена изостаналост в гр. Разлог	12	2	35 192
Дом за възрастни с психични разстройства в с. Раздол, общ. Струмляни	120	9	202 373
Дневен дом за деца и младежи от 3 до 18г. с умствена изостаналост в гр. Разлог	24	9	35 192
Дневен дом за деца и младежи от 3 до 18г. с умствена изостаналост в гр. Гоце Делчев	30	23	60 894
Дневен дом за деца и младежи от 3 до 18г. с умствена изостаналост в гр. Благоевград	36	7	142 283
Дневен център за лица с интелектуални и физически затруднения в гр. Благоевград	20	0	

Социалните заведения в Благоевградска област се намират в масивни сгради със здрава конструкция, които са общинска публична собственост и са в сравнително добро общо състояние. В не всички социални заведения има изградени съоръжения за придвижване на лица с инвалидни колички.

Медицинските грижи във всички социални заведения на територията на Благоевградска област се осъществяват ежедневно от медицински сестри и други професионалисти като всички пациенти имат личен лекар. Отделно от това лекар – специалист (психиатър и невролог) провежда диспансерното наблюдение и извънредно при необходимост оказва спешна помощ.

Във всички социални заведения има непрекъснато топла и студена вода, канализация, електроснабдяването е постоянно с необходимите ел. инсталации. Отопление – парно и ток, а в Дом за възрастни с психични разстройства в с. Раздол, общ. Струмляни на дърва и въглища. Има сравнително достъпен транспорт, като две от социалните заведения разполагат със собствен микробус. Средствата за вътрешни и външни комуникации се състоят от телефон.

4.1.6. Обучение на професионалистите, работещи в службите за психично-здравни услуги в общността

По проекта на ГИП се планира развиването на **университетска магистърска програма** по психосоциална рехабилитация в Югозападен

университет “Неофит Рилски” и **специализация по психиатрично сестринство** към медицинския колеж в Благоевград, които ще помогнат за адекватната подкрепа с квалифицирани кадри на различните нови инициативи в региона и ще се интегрират в съществуващите академични програми.

Очаква се чрез обучението да се подготвят кадри за различни специалности, тясно свързани с областта на психичното здраве и болест: психолози и социални работници. Медицинският колеж изгражда бъдещи професионалисти в здравните грижи – медицински сестри – по магистърска програма. Проектът на ГИП предвижда в обучението и на трите специалности да се развият и модули за обучение в предоставяне на психично-здравни услуги в общността и работа в мултидисциплинарни екипи.

Персоналът на Дневния център, Защитеното жилище, както и медицинските сестри от ОДПЗС преминаха през едно начално обучение с преподаватели от БИОХ. Целта на това обучение бе да подготви работещите в сферата на предоставянето на психично-здравни услуги за техните нови професионални роли. Част от това обучение бяха компетенциите за работа по програмите на Психосоциалната рехабилитация, Водене на случай, ефективен мениджмънт на базирана в общността служба. Курса се състоеше от лекции (14 ч.), семинари (14 ч.) и писмена теза на различна тема (2 ч.). Опитът придобит от този инициален тренинг бе от изключителна ценност за практическата работа в началото на функционирането на службите. След фазата на тренинг за всички бе предоставена възможността за супервизия от страна на лицензирани супервизори от БИОХ. След заявка от страна на персонала на Дневния център бе осигурено организационно консултиране от професионалисти от ГПСПП Адаптация. Поради причини от различен координационен и комуникационен характер добрата връзка и съвместните действия и препращане между новосъздадените служби и ОДПЗС в момента на провеждане на изследването не бе осъществена. Още веднъж бе идентифицирана потребността от писмени нормативни разпоредби и методология за сътрудничеството между тези необходими компоненти за цялостното терапевтично обслужване на хората с психична болест.

В контактите с професионалистите, представители на местните системи за психично здравеопазване личи ентузиазъм, откритост и готовност да се инициират промени. Тези нагласи са гаранция при наличието на условия и адекватно финансиране за систематични усилия за създаване на съобразени с потребностите услуги и служби. Представителите на Общинската администрация са активни и отворени за промени, които да подобрят сегашното състояние на обслужването. Поради голямата натовареност на психиатрите с консултативна и лечебна дейност, очакването е, че екипи с преобладаване на други психично-здравни професионалисти (напр. социални работници, психолози и медицински сестри), съвместно с представители на граждански сдружения и местната власт, ще подемат изграждането на алтернативни служби и програми от грижи – дневни центрове, защитени жилища, трудова рехабилитация и пр. Нуждата от такива структури е назряла и осъзната от представителите на професионалната общност.

4.2 Анализ на проведените интервюта и Фокусни групи с потребители на психичноздравна помощ, техни близки, професионалисти, администратори, представители на Общината, активисти на НПО и гражданското движение, студенти.

Проведените интервюта с ключови участници в процеса на вземане на решения и ангажирани в местни инициативи в сферата на психичното здраве граждани и специалисти (РЦЗ, Областен диспансер за психични заболявания със стационар, Общинската власт, Дневен център, Защитено жилище, Висши учебни заведения – ЮЗУ, Медицински колеж) и Фокусните групи с активисти – потребители на психичноздравни услуги, граждани-активисти и студенти дадоха ценен материал и аргументи за създаването и развитието според потребностите на МОДЕЛА за предоставяне на модерни психично-здравни грижи в общността в община Благоевград.

Психично здравни потребности, нагласи към психичното здраве и психичната болест

Съществува силно изразен скептицизъм², че проблемите на психичното здраве са приети за **приоритет** в Община Благоевград³. Въпреки, че има специален бюджет за психично здравни дейности, интервюираните експерти не смятат, че се прави достатъчно⁴. Отчитат се осезаемите усилия на НПО и други „външни проекти” да инвестират усилия и средства в развиване на нови форми на обслужване, но пряката подкрепа на Общината не е достатъчна. Въпреки това се усеща положително развитие в отношението към проблемите на психичното здраве и хората с психична болест от страна на вземащите решения и на общността, като мерител за това са факта, че на заседания на Общинския съвет се дискутират проблеми на психичното здраве, предоставените за ползване сгради и участието в договарянето за финансиране на работни места за новите услуги от страна на АСП. Голямо значение се отдава на процеса на създаване на новия МОДЕЛ за предоставяне на психично-здравни услуги в общността със съдействието на Общината, в който и по-скепично отнасящите се към новите форми на обслужване започват да променят отношението си и “взимат проблематиката присърце”⁵.

Обществото обаче все още е далеч от толерантно и позитивно отношение към хората с психични проблеми⁶. Предразсъдъците са многобройни и се подклаждат от част от медиите, търсещи сензации⁷. Разсъждава се в крайности, които показват липса на толерантност и информираност по въпросите на психичното здраве⁸. Въпреки, че „...интеграцията е важна още от училище, също както и труда заради финансовото стимулиране..(ФГ 2), усилията да се възпитава толерантност у подрастващите не са част от

²Интервюта 1, 2, 3

³ ФГ 3: „Строителството, а не здравето е приоритет в общината!”

⁴ „Ако говорим реално не е приоритет! Проблемите не са загърбени, но освен диспансера не се прави много...”

⁵ интервю 2

⁶ ФГ 2: „Обществото е положило доста усилия да ги превърне (психично болните) в аутсайдери, сега обратното ще отнеме също толкова време.”

⁷ ФГ 3: Липсва възпитанието, заклеияват се, хората мислят, че престъпленията се извършват от луди, Хърсово е нарицателно.

⁸ФГ 1: „Хората не си дават сметка, че могат да дойдат на нашето място.”

дългосрочна програма⁹. Работещите в сферата на оказването на психиатрични грижи специалисти въпреки личния си ангажимент също не показват достатъчна чувствителност и липса на стигматизационни нагласи.¹⁰

Хората с психични проблеми са скрити в къщи и в семействата, не излизат и не комуникират достатъчно с други хора от средата, където живеят, което не създава предпоставки за промяна на **предразсъдъците**¹¹. Оцелява се поединично, липсват усилия за обединяване за постигането на общи цели и подобряване на положението¹². Изоляцията е засилена и като следствие на продължаващия преход, който не помага за оценяване на важността от контакти с различни хора и приемането им¹³. Хората с психични проблеми комуникират единствено помежду си, като нямат и достатъчно информация за възможностите да получат медицински, социални и други услуги и подкрепа.¹⁴ Ролята на семейната среда е ключова, но не всички получават подкрепа и разбиране от близките си.¹⁵ Споделени са и случаи на физическо насилие и на склоняване към сексаулни действия с комерсиална цел от страна на роднини¹⁶. Липсата на адекватна подкрепа засилва риска, хората с психична болест да потръсат духовна и човешка топлота в една от многото функциониращи, често на ръба на закона, секти в Благоевград¹⁷. **Доходите** на хората с психична болест също са крайно ниски. Често става въпрос за физическото оцеляване – пенсиите са малки, работа е трудно да се намери и задържи, роднините не се интересуват от съдбата на засегнатите.¹⁸

Промоцията на психично здраве е област, в която трябва да бъдат съсредоточени големи усилия. Има силна необходимост от страна на хората с психични проблеми, техните съграждани да получават повече **информация** за проблема, както и да формират адекватно разбиране към различието¹⁹. Това би могло да се случи в семейството, в училище, в университета, на улицата... Освен това съществува голяма нужда от адекватна информация относно възможностите „кога, къде и как да се обърнем”(ФГ 2).

Ролята в това отношение на средствата за масова информация е дебело подчертана. Развиването на поредица от предавания по местните кабелни телевизии и радио, тематични публикации във вестниците се определя като ключово за промяната на негативните нагласи. Значението на съществуването и развиване на дейностите на Информационния център за психично здраве е от ключово значение за успеха на интегрирането на хората с психична болест в обществото.²⁰ Има силно изразена необходимост от Бюлетин за психично

⁹ ФГ 3: „В училищата темата психично здраве е табу, както преди така беше с религията.”

¹⁰ ФГ 1: „Ако лекарите станат чувствителни, те не биха били лекари.”

¹¹ ФГ 2: „Общуването е ограничено – смятат ги за различни и непредвидими – все едно, че всички хора не са такива.”

¹² ФГ 3: Всеки сам търси изход – ходене по мъките.

¹³ Фокусна група 2

¹⁴ ФГ 1: „Общуваме само със себеподобните си”

¹⁵ ФГ 1: Подкрепата от семейството е ключова – има отношение дали ще ти се помогне или ще те захвърлят на боклука.

¹⁶ ФГ 1

¹⁷ ФГ 3: В Благоевград почвата е благоприятна за попадане в секта, където да намериш утеха.

¹⁸ ФГ 1: „С 36 лв. и 12 ст. живее ли се?! Хубаво, че тука (в Дневния център) ни дават храна срещу 30% от парите ни.”

¹⁹ Интервю 1: „Преди една година имаше съпротиви срещу Защитения дом, но при адекватна информация хората станаха толерантни”.

²⁰ ФГ 3: „Информацията е от ключово значение – Информационен център! Трябва да е достъпна и непредубедена, добре поднесена и не подсладена.”

здраве, по възможност със седмична периодика, който да дава разнообразна информация относно възможностите за ползване на различни услуги, актуални .

Споделя се кампанийността на заинтересованото поведение от страна на вземащите решения и липсата на дългосрочна стратегия за решаване на проблемите на психичното здраве: “ Само около изборите се сещат за нас!”²¹

Нормативната база и някои от разпоредбите за вътрешния ред са съобразени с изискванията за добра практика, но все още не всички професионалисти се придържат към нея.²²

Оценка на предлаганите услуги от съществуващите психичноздравни институции и НПО

Постигнати резултати в диагностиката, лечението и рехабилитацията на хората с психични проблеми като отговор на реални потребностите се оценяват като незадоволителни.²³ Според всички участници в изследването психичните проблеми се идентифицират и диагностицират твърде късно, специализираната помощ не се търси навреме и се губи възможността за ранни интервенции. Причините за това са от една страна липсата на добра и близка връзка с ОПЛ, който най-добре би трябвало да познава индивидуалните проблеми на пациентите си и би могъл да ги насочи към специалист. Някои ОПЛ имат твърде голяма клиентела и не са в състояние да обърнат достатъчно внимание на всички. От друга страна ОПЛ не са обучени да разпознават първите симптоми на различни психични заболявания и поради това често ги отдават на чисто соматични причини. Друга причина за нетърсенето на помощ е културовата – българинът чака докато проблемът се задълбочи и чак тогава спешно и стихийно търси лечение.²⁴

Стационарната психиатрична помощ се описва като част от традиционния модел на институционално лечение. “Това си имаме, това правим”²⁵ Работата на институциите не е съобразена с мнението на потребителите при планиране и осъществяване на дейностите (ФГ 1, 3). Изразени са и съмнения относно наличността на достатъчен запас от съвременни лекарства, като проблема се отдава на липсата на Клинични пътеки за психиатрия и на големите финансови дефицити на някои от лечебните заведения²⁶. Финансирането на ОДПЗС е с намален бюджет всяка изминала година, като за 2005 г. се определя за недостатъчно от ръководството на заведението, тъй като средствата за един преминал болен се оценяват на база преминали болни за 2004 г. За този период от време разходите за храна и лекарства са се увеличили, а броят на пациентите в стационарите остава висок и се очертава дефицит.

Една малка част от участниците в изследването описават като проблемен и **достъпа** до специализирана психиатрична медицинска помощ, като ролята на ОПЛ като междинно звено е силно критикувана, поради съмнения за неговата

²¹ Фокусна група 3

²² ФГ 1: „Карат ни да подпишем, че сме съгласни, каквото и да правят с нас. А жалбите ни си се трупат някъде. Прости им, Господи, те са млади лекари.”

²³ ФГ 3: Тук, в Благоевград имаме най-малко психиатри в сравнение със страната. Не само, че липсва популяризация на услугите и системата е много затворена, но и все още психиатър е стряскаща дума, по-добре да не попадам там – това е крайна фаза!

²⁴ ФГ 3: „Чакаме симптомите на болестта да се задълбочат и тогава търсиме помощ, а преди това опитваме самолечение.”

²⁵ Интервю 2

²⁶ Интервю 3

некомпетентност и усещане за излишност²⁷. Търсенето на **второ мнение** по даден проблем от друг специалист се възприема от титуляра като съмнение в неговата компетентност²⁸. Изразява се потребността държавата-„майка” да поеме по-активно ролята си на осигуряващ лечение и добри условия за възстановяване играч.

На участниците в изследването не е известно да съществуват системи за **съответстващо проследяване** на състоянието на пациентите след изписването им от болничното заведение, освен формалната диспансеризация. Това показва голямата потребност от въвеждане на подобно проследяване и интерсекторно сътрудничество чрез индивидуалното водене на случай на всеки потребител.

Възможностите за посещение на всякакви видове психотерапия са силно ограничени поради липсата на подобни специалисти, невъзможността за заплащане на услугата и непоемане на съфинансиране от страна на НЗОК.

Психосоциалната рехабилитация също е крайно неразвита, като липсват и адекватни схеми за оказване на помощ на хората със завършила фаза на лечение да се върнат на работа. Регистрирани са и редица откази на работодатели да назначат хора с увреждания, даже и ако те притежават необходимата квалификация. При съмнение за наличие на психична болест от страна на кандидата работодатели злоупотребяват с правата му и се обаждат на директора на ОДПЗС с цел да разберат „нормален ли е”²⁹. Освен това в отношението на някои от самите участници в изследването личи скептицизъм доколко психично болните биха били равноправни играчи на работния пазар.³⁰ Тези нагласи личат и в изразената загриженост към липсата на „трудова рехабилитация” чрез осигуряване на „простички” занимания за хората с хронична психична болест.

РЦЗ също полага редица усилия по подобряване на психичноздравното обслужване в града и областта. След оценка на потребностите от психиатрична помощ РЦЗ залага в Областната здравна карта вида и броя на лечебните заведения извънболнична и болнична психиатрична помощ. Ежегодно РЦЗ проучва потребностите от психиатри в областта и изготвя план за включването им в програми за следдипломно обучение. РЦЗ съдейства и на РИОКОЗ за реализиране на програма СИНДИ в рамките на която са проведени здравно - образователни кампании за профилактика и промоция на основните рискови фактори за увреда на здравето в т.ч. стрес, злоупотребата с алкохол и психотропни вещества и употребата на наркотици. Въпреки че в бюджета на РЦЗ няма специално предвидени средства за решаване на проблеми, свързани с психичното здраве, центърът работи по регистриране на суицидните действия, по лицензионни режими и контрол на предоставящите услуги и според възможностите си предоставя методична помощ.

Оценката на процеса на **деинституционализация** е противоречива от страна на различните заинтересовани групи. Част от хората (потребители на психиатрични услуги, граждани) смятат, че въпреки големите трудности началото на прехода от институционално обслужване към грижи за психично

²⁷ ФГ 2: Задължителното минаване през ОПЛ води до задълбочаване на проблема, а и тайната излиза наяве.

²⁸ ФГ 3: „Ако потърсиш второ мнение или повече информация за проблема, например по интернет, психиатърът се сърди, приема го за недоверие в компетентността му.”

²⁹ (ФГ 1). „Искам да почна работа, а работодателятката се обажда на психиатъра ми, разпитвайки за състоянието ми. После той ми се кара: Търсила си работа, а?!”

³⁰ ФГ 2: „Работата обаче трябва да е ограничена и по-лека, не с клиенти.”

болните в общността е направено и че има регистрирани успехи. Докладват се недостатъчната възможност за асистиране от страна на социален асистент, както и усилията за интеграция и връщане в общността само на леките случаи на психични заболявания.

По отношение на преодоляването на **стигматизацията** към хората с психични проблеми също няма общо усещане за промяна, като големи надежди се отдават на резултатите от работата на службите в общността. Споделя се силния срам, който психично болните и техните близки изпитват заради болестта.³¹ Важна роля в промяната на негативното и пренебрежително отношение има самото активно участие на потребителите в процеса на промяна на средата.

Правата на потребителите не се спазват достатъчно по две причини. „Хората не си занаят правата, не са информирани!“³² Поради това и рядко търсят правна подкрепа. Липсват обаче и адекватни и модерни форми на лечение и рехабилитация, което на практика не позволява защита на човешките и пациентските права на болелите „Базите са голям проблем – в такива дупки никой не може да живее, даже да си нормален, ставаш луд!“ (ФГ 2). Работата и посещенията на **правозащитните организации** се оценяват като формални и без особен резултат.

Изключително голяма роля в работата и справянето с психичноздравните проблеми играе **самопомощта**. Описват се различни форми на взаимна подкрепа, които излизат от рамките на града и обхващат цялата област. Взаимното информиране за възможности за получаване на лечение, финансиране и друга помощ са важна част от работата на гражданите – активисти и подкрепящите ги професионалисти. Логично последствие от високо оценената роля на самопомощта са положителните отговори на следващата група въпроси. Всички интервюирани с едно изключение („Не си ли помогнеш сам няма кой да ти помогне!“³³) смятат, че **гражданските и активистки организации** биха помогнали в развитието на психичното здраве в общността. Изразява се обаче и необходимостта този глас на гражданското общество да бъде чул, тоест да има чувствителност от страна на вземащите решения. За да бъде стимулирана и осигурена подобна подкрепа от страна на гражданските сдружения са необходими съдействието на Общината, различните съюзи на професионалистите, доброволния труд на всички, подкрепа от донорски организации, упоритост и гласност. Нужна е трибуна за заявяване на гражданските искания, което да е легитимна и добре планирана.

Повечето от участниците в изследването подчертават голямата нужда от **координиране** на съвместните усилия на дейности на различни институции.³⁴ Грижата за психично болните трябва да се стикова и предостави много по-координирано от Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика, защото „много баби – келяво дете!“³⁵ За тази цел създаването и функционирането на мултидисциплинарни екипи от специалисти е от ключова роля.

³¹ ФГ 3: „Клюките тръгват бързо по съседите – ходил е на психиатър!“

³² Интервю 4

³³ ФГ 1

³⁴ ФГ2: „Огромна е нуждата от координация в системата – човек, който да следи изпълнението на целия процес. Хората с успешен опит би трябвало да го предадат в други близки градове – местно сътрудничество.“

³⁵ Интервю 3

Финансиране и бъдещи усилия за деинституционализация в областта на психичното здраве.

Малка част от интервюираните са запознати детайлно с **Националната програма** за психичното здраве на гражданите на Република България 2004-20012 г. и с Националния План за действие 2004-2012 г. Въпреки, че се споделя идеята бъдещата местна политика за психично здраве да се съобрази с вече приетите цели и визия на Националните програми, липсва местното им осъществяване, те остават само “добри намерения на хартия” и на територията на столицата, гр. София.. Отново големи надежди и очаквания се споделят към развиването на бъдещия регионален отговор към проблемите на психичното здраве, като участието на различни професионалисти (психиатри, психиатрични сестри, психолози, социални работници), потребители на психичноздравна помощ, техни роднини и НПО се счита за една от предпоставките за успеха на подобна местна политика. Отчита се и необходимостта от активното участие особено на потребителите, които “най-добре знаят какво е необходимо да се направи!”³⁶ Споделят се обаче и проблеми в комуникацията между различни групи потребители (“Те помежду си не могат да се разберат...”³⁷), което поражда необходимостта от подкрепа на по-доброто съгласуване и постигане на консенсус. „Дълготрайният интерес за промяна в системата минава задължително през личния ангажимент – ако станеш дарител или се интересуваш, после искаш отчет дали пълноценно са изхарчили парите (ФГ 3)”.

Други пречки пред разработването и осъществяването на местна политика за психично здраве са липсата на финансиране и база за развитие на практическите стъпки. Поради факта, че вече почти не съществува неприватизирана общинска собственост за получаване на сграден фонд за целите на психичноздравното обслужване в общността, се появява скепсис, че бъдещите модерни услуги наистина ще бъдат развити.

Големи надежди за подобряване не само на финансирането, но и на налагането на стандарти за добра клинична и социална работа се възлагат на Евроинтеграцията на България. “Европейският съюз трябва насила да наложи норми – както такситата станаха жълти за една нощ!”³⁸ Високо се оценява и работата на СЗО и други международни организации, които подпомагат процеса на интеграция и дестигматизация на хората с увреждания.

4.3. Обобщение на резултатите и SWOT анализ

Изследването показва, че въпреки позитивните тенденции от 2004 г. в системата за психично-здравни услуги в Благоевград и областта не е настъпило съществено подобрение. Наблюдава се известно раздвижване по отношение на интензитета на правените предложения и искания за промяна към вземащите решения. Традиционният модел на обслужване продължава да доминира, а алтернативните методи настъпват много трудно.³⁹ Ниските доходи, като утежняващ фактор за психичното здраве, са бремене за повечето хора в областта, няма грижи за преодоляване на стреса, хората не знаят даже и малките си права, липсва адекватно финансиране за модерните форми на обслужване.

³⁶ Интервю 2

³⁷ Интервю 1

³⁸ Фокусна група 3

³⁹ Интервю 1, 2, 4

Структурата и финансирането на стационарното психичноздравно обслужване създава проблеми най-вече в диспропорцията между стационарно и амбулаторно обслужване. НЗОК позволява качествено амбулаторно лечение със съвременни психотропни медикаменти, в психиатричния стационар лечението е преимуществено с конвенционални медикаменти. Заплащането на лекарски и сестрински труд в психиатричен стационар значително изостава по отношение на амбулатория. Държавните психиатрични звена губят най-добрите си специалисти поради текучество заради ниски доходи, липса на професионално развитие. Квалификацията на целия медицински персонал има нужда от развиване и продължаващо и следдипломно обучение (психиатрично сестринство, различни психотерапевтични методи, програми на психиатрия в общността и др.). Инициалната супервизия на екипа на Дневния център от страна на квалифицирани представители на Български институт за отношения между хората е приета добре и е добро начало в тази посока. Диспропорцията в заплащането труда на медицинските кадри от психиатрични звена и соматичната болница също поражда лоши взаимоотношения.

Дългогодишната изолация на хората с психична болест е довела до обособяване на психиатрично отделение и социални домове за хронично психично болни извън населените места, което затруднява комуникациите, транспорта, развитието на оптимални програми от грижи, снабдяването.

Поради факта, че преди 89 г. за психиатрично здравеопазване се отделят значително по-малко средства, психиатричното обслужване е локирано в не особено приспособени за целта и неугледни постройките. Икономическата стагнация през последните години не позволява адекватен ремонт и други дългосрочни подобрения в инфраструктурата.

В гр. Благоевград и областта има заведения за предоставяне на психиатрични грижи на различно подчинение и с неясни функции. ОДПЗС функционира и като стационар, същевременно функционира и второ отделение в с. Хърсово, като амбулаторната дейност е затруднена след стартиране на здравно-осигурителната система поради недостатъчно финансиране от страна на държавата и липсата на възможност за работа по договор с РЗОК. Системата за диспансеризиране е остаряла, но се прилага поради липсата на по-добра алтернативна система в момента. Не са ясни критериите за насочване на пациенти към един или друг вид услуга и лечебно заведение за психиатрична помощ. Комуникацията между новосъздадените центрове за психично-здравни услуги в общността и съществуващите вече лечебни заведения е недостатъчна, липсват достатъчно развити правила и пътеки за насочване на пациенти.

Липсата на достатъчно места в домовете за пациенти с трайно загубена автономност води до задържане на пациенти, при които липсват лечебни проблеми в психиатричните стационари. Смесването на пациенти в различен стадий на заболяването с хронични проблеми също е силно стагниращ и дискриминационен момент при лечението.

В системата на психиатричното здравеопазване е настъпила промяна най-вече в доболничните структури. Част от лекарите, работещи в ОДПЗС, имащи специалност по психиатрия са регистрирали специализирани практики и работят по договор с НЗОК. Лекарските кабинети са разположени в общността, извън досегашните психиатрични структури. Този факт води до няколко положителни промени - пациентите свободно избират при кой психиатър да отидат, пациентите по-малко се срамуват да отидат при психиатър, защото той се намира близо до личния лекар, конкуренцията между психиатрите спомогва

за подобряване на обслужването. Не бива да се пропуска и ролята на НЗОК, позволяваща голяма част от домашното лечение да продължи с безплатни и качествени медикаменти.

Всички участници в изследването са запознати с процеса и усилията за създаване на местния Модел за създаване на психично-здравни услуги в общността и подобряване на психичното здраве на територията на община Благоевград и участват с активни действия в случващото се. Участието в повечето инициативи на НПО от страна на представителите на ОДПЗС, Общината, академичните структури и други партньори е активно и знак за тяхното желание за промяна на съществуващото обслужване.

Има ясно очертана визия за развитието на психичноздравното обслужване в общността. Сложено е началото на създаването на регионална политика, която да организира и придава смисъл на усилията на гражданите – активисти, потребителите и професионалистите към промяна.

Очакваните конкретни резултати от местната политика в общината са:

- Разумно планиране на дейностите;
- Подобряване на информираността;
- Повишаване на усилията за превенция на психичното здраве;
- Интензивизиране на работата на вземащите решения в местната политика с НПО, организации на потребители и граждани;
- Компетентна и квалифицирана помощ за преодоляване на последствията от психичната болест;
- Стимулиране на обществения дебат по отношение на стигмата към хората с психична болест;
- По-добра интеграция на хората с психична болест.

След анализа на мненията относно основните **приоритети** при разработване и осъществяване на Модела за създаване на психично-здравни услуги в общността и подобряване на психичното здраве на територията на община Благоевград могат да се обобщят следните области:

1. Подкрепа на създения **Информационен център за психично здраве**. Продължаване на създаването и разпространяването на повече **информация** по въпросите на психичното здраве и болест, повече усилия за превенция на болестта под формата на медийни кампании, редовни рубрики във вестници, списания, радио, кабелни телевизии, брошури. Един от резултатите ще бъде повишеното търсене на помощ при наличието на психичноздравен проблем, както и скъсяване на периода между появяването на проблема и търсенето на специализирана компетентна помощ.
2. Осигуряване на дългосрочното функциониране и устойчивост на **Дневния център** за психично здраве и **Защитения дом** за хора с психична болест. Разкриване на допълнителни подобни услуги поради недостатъчния капацитет на досега разкритите да задоволят потребността от обслужване на всички нуждаещи се от грижи в общността.
3. Подобен достъп до **психологична и психотерапевтична помощ**, рехабилитация, възможност за упражняване на труд от страна на хора с психична болест.
4. Обучение на **ОПЛ** в чувствителност към по-ранно разпознаване на симптоми и рискове на възможни психични заболявания и повишена компетентност за работа с хора с психична болест.

5. **Индивидуален подход и Водене на случай** за всеки случай.
6. **Приемственост и финансово и административно обезпечаване** на Модела от страна на община Благоевград и гарантиране на устойчивостта и мултиплицирането му.
7. **Вслушване** в гласа на потребителите на психичноздравна помощ и техните близки чрез въвличането им в планирането, осъществяването и оценката на услугите чрез стимулиране и подкрепа на създаването на Пациентски съвети и третирането им като равноправни партньори в процеса.

Книгопис:

Б. Бояджиев, М. Околийски, Р. Владимирова “Оценка на опасността и неформалната принуда при лечение на лица с психични разстройства”, Бюлетин за психичното здраве, психиатрията и психиатричната професия, БПА, 4/2000, стр. 16-20, 60 стр.

М. Околийски: “Формулиране на бъдеща стратегия в областта на психичното здраве, основана на доказателства”, Бюлетин за психичното здраве, психиатрията и психиатричната професия, БПА, 4/2000, стр. 51-53, 60 стр.

Mladenova, M; Tomov, T; Broshtilov, A; Okoliyski, M: “The agenda of reforms and the attitudes to it: a report from Bulgaria. CD-ROM Proceedings from the International ENMESH conference, 31 Mai-2002 June, Sofia, Bulgaria

Lazarova, I; Mladenova, M; Tomov, T; Stotirov, V; Okoliyski, M: The focus groups method in developing anti-stigma policy: a report from Bulgaria” CD-ROM Proceedings from the International ENMESH conference, 31 Mai-2002 June, Sofia, Bulgaria

Okoliyski, M; Tomov, T; Mladenova, M; Sotirov, V; Lazarova, I: “Mental Health Country Profile: Bulgaria”, Global Network of Mental and neurological health research, International Consortium on mental health policy and services; 2001

М. Околийски: “Потребности и нагласи, свързани с психичната болест в условията на реформа” Бюлетин за психичното здраве, психиатрията и психиатричната професия, БПА, 1/2004, стр. 18-22, 68 стр.

Околийски, М: Създаване на регионални мрежи и системи за събиране и обмен на социална и здравна информация, Бюлетин за психично здраве на информационен център за психично здраве, Благоевград, 1/2006 стр. 11-12, 19 стр.

SWOT Анализ

<p>Силни страни</p> <p>Интерес в голяма част от населението на Благоевград проблемите на хората с психични проблеми да бъдат приети за приоритет и услугите за тях да бъдат съобразени с модерните подходи за обслужване в общността.</p> <p>Декларирана политическа воля за създаване и подкрепа на Модел за психично-здравни услуги в общността от страна на Община Благоевград.</p> <p>Пилотни проекти на ГИП, Пакта за стабилност за ЮИЕ в тази сфера, постигнали добри междинни резултати. Припознаване като собствени и финансиране на създадените служби и услуги от страна на Общината.</p> <p>Наличие на вече успешно осъществени модерни форми на обслужване в социалната сфера.</p>	<p>Слаби страни</p> <p>Недостатъчна комуникация и координация между новосъздадените и съществуващите от преди служби в областта.</p> <p>Липса на достатъчен брой подготвени професионалисти в сферата на психосоциалната рехабилитация и воденето на случай.</p> <p>Липса на добре развит неправителствен сектор, активно участващ в процеса на планиране и предоставяне на услуги за хора с психични проблеми. Липса на обединения на потребители, техни близки и други заинтересовани, които да партнират в създаването и развитието на местната политика и служби.</p> <p>Липса на мониторинг и оценка на настъпилите промени и качеството на предоставяните услуги.</p>
<p>Възможности</p> <p>Създаване и използване на процедури и правила за координиране и препращане на клиенти между новосъздадените услуги и съществуващите до сега служби. Създаване на мултидисциплинарни екипи.</p> <p>Създаване и официално приемане на методология за предоставяне на психично-здравните услуги в общността от страна на МЗ и МТСП.</p> <p>Създаване и нарастване на капацитета на местни НПО за участие в съвместния процес на подготовка, предоставяне и съобразяване с потребностите на клиентите на качествени услуги на хората с увреждания.</p> <p>Намаляване на стигматизацията и дискриминацията на хората с психична болест чрез подобряване на информираността на гражданите за естеството на психичната болест и здраве, на възможностите за включване в трудовия живот, на предлаганите на територията на общината услуги.</p> <p>Ефективно кандидатстване за нарастналите възможности за финансиране на проекти след членството на България в ЕС</p>	<p>Рискове</p> <p>Институционална съпротива срещу новите услуги и технологии поради страх от липса на компетентност, загуба на монопол и власт или съмнения, че ще се закрийт работни места в стационарите.</p> <p>Приемане на новите услуги в общността само като нещо временно и модерно.</p> <p>Недостатъчно използване на национални и европейски програми, насочени към финансиране на инициативи в тази сфера поради недостатъчна активност и инициативност.</p> <p>Симулиране на подкрепа за общите усилия за създаване на Модела, а на практика саботиране на дейностите чрез некоординирани действия.</p> <p>Извеждане на хора от институциите в службите в общността без добър анализ дали тяхното състояние е подходящо за това.</p> <p>Липса на национална методология и работни стандарти и критерии.</p> <p>Недобра комуникация и координация между заинтересованите страни.</p>

4.4 Изказване на благодарност

Изказваме благодарност на всички участници в интервютата и Фокусните групи, д-р Митова, д-р Седлоева, Петър Христов, доц. Васка Станчева, д-р Янкова, на г-жа Анастасия Славчова, координатор на

Информационен център за психично здраве за положените професионални усилия за логистичната и индивидуална подкрепа по време на провеждане на изследването и анализа на информацията.

АНЕКС 1: Въпросник за събиране на количествена и качествена информация за изследването:

В Ъ П Р О С Н И К

за

изследване и оценка на съществуващите потребности и нагласи към предоставянето на психично-здравни услуги в общността в гр. Благоевград и областта

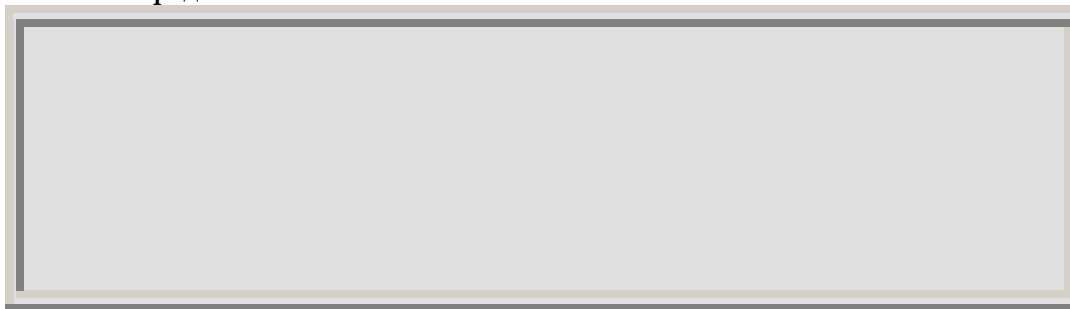
I. Методология

Целта на този инструмент е събирането на качествена и количествена експертна информация за анализ на състоянието на психичноздравното обслужване в гр. Благоевград и областта, съществуващите потребности и нагласи, както и обобщаване на проблемни кръгове и възможни решения в сферата на психичното здраве. Анализът на въпросите от инструмента ще послужи за обосновка на МОДЕЛ (ГИП, Пакта за стабилност, Общината, АСП) на психичното здраве на територията на община Благоевград чрез развиване на психично-здравни услуги в общността подобряване за периода 2006-2008 г. и своевременното вземане на управленски решения, базирани на доказателства.

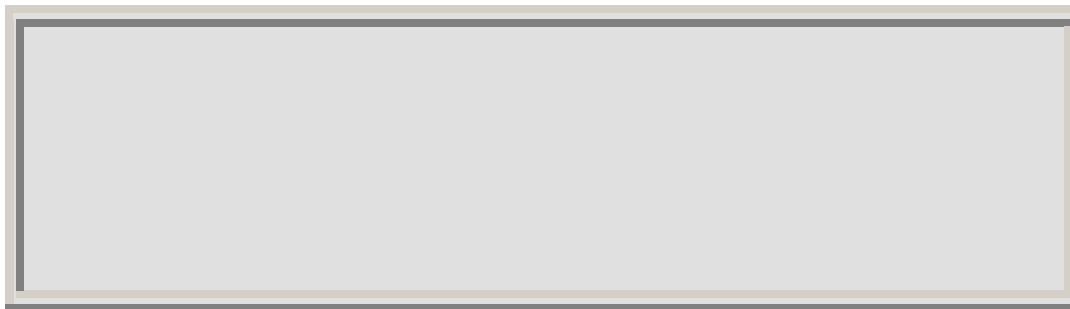
Попълването на този въпросник изисква събирането на данни и осигуряване на информация от компетентни източници от различни релевантни области. От голяма важност е събираната информация да е актуална и от надеждни източници, защото разработваният МОДЕЛ за предоставяне на психично-здравни услуги в общността ще се базира на динамични показатели на средата и реалните потребности и нагласи на различни заинтересовани групи и организации.

1. Психично здравни потребности, нагласи към психичното здраве и психичната болест и проблемни области

1.1. Смятате ли, че проблемите на психичното здраве са приети за приоритет в Благоевград и областта?



1.2. Какви са преобладаващите нагласи към хората с психична болест в Благоевград и областта?



- 1.3. Запознати ли сте с усилията за създаване на местен МОДЕЛ за подобряване на психичното здраве и психичноздравното обслужване на територията на община Благоевград?

- 1.4. Какво мислите ще е отношението на гражданите на община Благоевград към МОДЕЛА за психично здравни услуги в общността? Мислите ли, че ще има съпротиви / подкрепа към целите, залегнали в МОДЕЛА?

2. **Постигнати резултати като отговор на реални потребностите от страна на предоставящи психичноздравни услуги институции/ граждански обединения/НПО**

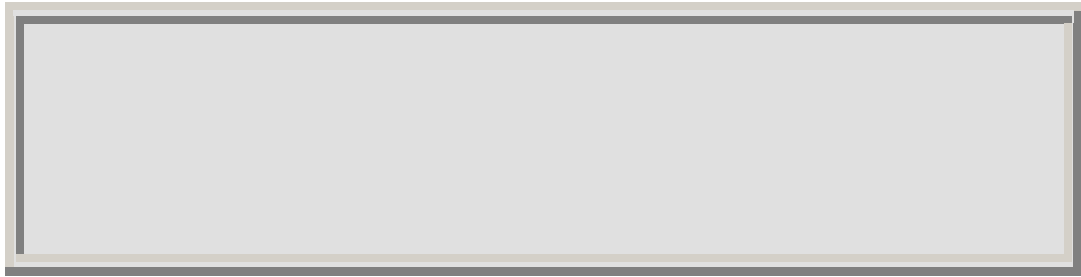
Моля във всяка кутийка опишете предлаганите услуги от съществуващите психичноздравни институции / частни служби / НПО. Моля споделете мнението си за качеството и адекватността на предлаганите услуги / обслужване. Обърнете специално внимание на идентифицирането на пропуски или дефицити в обслужването.

2.1 Промоция / профилактика на психично здраве

Ниво на информираност по въпросите на психичното здраве?

Как да се повиши информираността?

Усилия за преодоляването на стреса /и специално стрес на работното място или в училище/?



2.2 Диагностика (въпроси само за специалисти)

Съществува ли **ръководство (стандарт)**, в което са уточнени в писмена форма стандарти и принципи при оказване на психичноздравни грижи?

Според Вас хората, които имат някакъв психичен проблем търсят ли навреме помощ за решаването му?

Как може да се скъси пътя за своевременно получаване на специализираната помощ?

2.3 Лечение и различни терапевтични подходи (въпроси за специалисти)

Какви видове лечение се осигуряват при първичната помощ - ОПЛ?

Какви видове лечение се осигуряват при вторичната помощ

Има ли достатъчен запас от лекарства от първа необходимост?

Съществуват ли системи за съответстващо проследяване състоянието на

пациентите след изписването им от болничното заведение?

Притежава ли персоналът достатъчно умения за **психотерапия**, напр.
Когнитивно-поведенческа терапия

Фамилна терапия

2.4 Рехабилитация (в т.ч. психосоциална рехабилитация)

Психосоциална рехабилитация?

Съществуват ли адекватни схеми за оказване помощ на хората да се върнат на работа?

Съществува ли сътрудничество между болницата и местната община в грижите за пациенти след изписването им от болничното заведение?

2.5 Моля посочете конкретно какво се извършва по

А. Деинституционализация на хората с психични заболявания

Б. Преодоляването на стигматизацията

В. Защитата на **правата** на пациентите/правна помощ

Г. Програми от тип “**Дневен център**”, “Защитено жилище” или други за интегриране на психично болните?

2.6 Как е организирано обслужването на деца с психични разстройства?

2.7 Лечебните заведения посещавани ли са от **правозащитни** организации?

2.8. Каква е ролята на **самопомощта** при справянето с психичноздравни проблеми?

2.9 Кои са най-големите **проблеми** в системата на психичноздравното обслужване?

3. Интерсекторни връзки

3.1 Имате ли контакти с организации и НПО, работещи по проблемите на психичното здраве?

Да

Не

В случай, че ДА, с кои?

.....

3.2 Вашата организация участва ли в проекти, касаещи психичното здраве?

Да

Не

В случай, че ДА, какви?

3.3 Мислите ли, че гражданските и активистки организации биха помогнали в развитието на психичното здраве в общността?

3.4. Как може подобна подкрепа от страна на гражданските сдружения да бъде стимулирана и осигурена?

4. Финансиране и бъдеща политика в областта на психичното здраве.

4.1 Запознати ли сте с Националната програма за психичното здраве на гражданите на Република България 2004-2012 г.

Да

Не

4.2 В бюджета на вашата служба има ли предвидени средства за решаване на проблеми, свързани с психичното здраве?

Да

Не

В случай, че ДА, какви?

.....

4.3 Кой трябва да участва при формирането на местната политика за психично здраве?

- Какво е участието на потребителите на психичноздравна помощ във формирането и осъществяването на политиката?
- Кои се пречките пред разработването и осъществяването на местна политика за психично здраве?
- Опишете очакваните резултати от местната политика в общината ви

4.5 Моля посочете три (3) от приоритетите при разработване / осъществяване на **МОДЕЛА** за развиване на психично-здравни услуги в общността на територията на община Благоевград 2006-2008

Моля в края на интервюто коментирайте какво е необходимо да се направи за лансиране на каузата за психично здраве във вашата община.

От името на екипа на проекта Ви благодаря за участието в изследването!

АНЕКС 2: Въпроси за фокусни групи с професионалисти и граждани-активисти

Фокусна група

с граждани – активисти в сферата на психичното здраве

Тема: Създаване на модел за психично-здравни услуги в общността в гр.

Благоевград

Въведение: Създаването на психично-здравна политика трябва да има за цел ефективното постигане на цели, залегнали в разработена програма / политика, водещо до максимум предимства. Практически това означава развиване на програми или политики, които са базирани на реалните потребности и нагласи на населението. За да може вземащите решения да планират и оценяват програмите в областта на психичното здраве по еднакви критерии, в програмите е нужно предварително да бъдат заложили индикатори за ефективност и ефикасност.

В България оценката на потребностите става въз основа на данните от статистиката, показваща търсенето на психиатрична помощ в съществуващите служби и капацитета на самите служби. Мощността на службите, а не истинските потребности на населението определя размера на финансирането. Така критериите за вземане на решение за отпускане на средства за дадена област са нивото на смъртност и заболяемост и заетостта на леглата, като на практика не съществува оценка на задоволените и незадоволените потребности, които се възприемат единствено като биологични.

Същественият въпрос е как да се измери реалното положение на психично-здравните потребности и нагласи – с даване на възможност за планиране на психичното здраве от местните общини и кметства.

Цели на изследването:

Целта на това изследване е да идентифицира и анализира потребностите и очакванията на професионалисти и граждани – активисти в сферата на психичното здраве към бъдещата система за психично-здравно обслужване в общността

Инструмент на изследването:

Поради факта, че процесите и начините на взимане на решения са интерактивна и комуникативна дейност, в която проблемите касаещи важен елемент на системата като планирането ѝ се коментира и дискутира предимно във формални и неформални групови сесии, ние стигнахме до извода, че интерактивния процес на методът **на фокусната група** би бил по-добър от провеждането на индивидуални интервюта. Освен това използвайки фокусни групи идеите на участниците получават ново рефлектиране върху дискутирания въпрос в останалите членове на групата. Във всяка фокусна група участие вземат от 5 до 9 участника.

Въпроси за фокусната група:

1. Кой са най-сериозните проблеми в областта на психичното здраве в Благоевград?
2. Как отношението към хората с психични проблеми в Благоевград може да се подобри?
3. Как обслужването на хората с психични проблеми в Благоевград може да се подобри?
4. Какво се прави за
 - Деинституционализацията (социални грижи, свободно време, дом)
 - борба със стигмата

- интеграция в обществото (смисленият **труд** като елемент на интеграцията)
- 5. Имат ли хората достатъчно информация за психичното здраве и болест?
- 6. Смятате ли, че в резултат на реформата:
 - Тежестта на психичните разстройства ще стане по-голяма;
 - Повече психично болни ще стават жертви на злоупотреби и измами?
 - Бездомните психично болни ще се увеличат?
 - Рискът от самоубийство и насилие ще се повишат?
- 7. Как да се подобри тази информация?
- 8. Функционирането на службите съобразено ли е с мнението на гражданите - активисти?
- 9. Как трябва да се подобрят нещата?
- 10. Как да се гарантират отговорностите на отделните отговорни участници в процеса на подобряване на психично-здравното обслужване?
- 11. Как да осигури участието на гражданите - активисти в процеса на вземане на решения?
- 12. Как местната политика да бъде чута и осъществена? Възможно ли е възпроизвеждане на модела на Национално ниво?

АНЕКС 3: Въпроси за Фокусни групи с потребители на психичноздравна помощ и техни и роднини

Тема: Създаване на модел за психично-здравни услуги в общността в гр. Благоевград

Въведение: Създаването на психично-здравна политика трябва да има за цел ефективното постигане на цели, залегнали в разработена програма / политика, водещо до максимум предимства. Практически това означава развиване на програми или политики, които са базирани на реалните потребности и нагласи на населението. За да може вземащите решения да планират и оценяват програмите в областта на психичното здраве по еднакви критерии, в програмите е нужно предварително да бъдат заложили индикатори за ефективност и ефикасност.

В България оценката на потребностите става въз основа на данните от статистиката, показваща търсенето на психиатрична помощ в съществуващите служби и капацитета на самите служби. Мощността на службите, а не истинските потребности на населението определя размера на финансирането. Така критериите за вземане на решение за отпускане на средства за дадена област са нивото на смъртност и заболяемост и заетостта на леглата, като на практика не съществува оценка на задоволените и незадоволените потребности, които се възприемат единствено като биологични.

Същественият въпрос е как да се измери реалното положение на психично-здравните потребности и нагласи – с даване на възможност за планиране на психичното здраве от местните общини и кметства.

Цели на изследването:

Целта на това изследване е да идентифицира и анализира потребностите и очакванията на потребителите и техните роднини в сферата на психичното здраве към бъдещата система за психично-здравно обслужване в общността

Инструмент на изследването:

Поради факта, че процесите и начините на вземане на решения са интерактивна и комуникативна дейност, в която проблемите касаещи важен елемент на системата като планирането ѝ се коментира и дискутира предимно във формални и неформални групови сесии, ние стигнахме до извода, че интерактивния процес на методът **на фокусната група** би бил по-добър от провеждането на индивидуални интервюта. Освен това използвайки фокусни групи идеите на участниците получават ново рефлексивно върху дискутирания въпрос в останалите членове на групата. Във всяка фокусна група участие вземат от 5 до 9 участника.

Въпроси за фокусната група:

13. Кои са най-сериозните проблеми в областта на психичното здраве в Благоевград?
14. Как отношението към хората с психични проблеми в Благоевград може да се подобри?
15. Как обслужването на хората с психични проблеми в Благоевград може да се подобри?
16. Какво се прави за
 - деинституционализацията
 - борба със стигмата
 - интеграция в обществото (смыслеият **труд** като елемент на интеграцията)

17. Имат ли хората достатъчно информация за психичното здраве и болест?
18. Смятате ли, че в резултат на реформата:
 - Тежестта на психичните разстройства ще стане по-голяма;
 - Повече психично болни ще стават жертви на злоупотреби и измами?
 - Бездомните психично болни ще се увеличат?
 - Рискът от самоубийство и насилие ще се повишат?
19. Как да се подобри тази информация?
20. Функционирането на службите съобразено ли е с мнението на потребителите и техните роднини?
21. Как трябва да се подобрят нещата?
22. Как да се гарантират отговорностите на отделните отговорни участници в процеса на подобряване на психично-здравното обслужване?
23. Как да осигури участието на потребителите и техните роднини в процеса на вземане на решения?
24. Как местната политика да бъде чута и осъществена? Възможно ли е възпроизвеждане на модела на Национално ниво?

АНЕКС 4: План - график и стъпки на изследването

ПЛАН-ГРАФИК

на изследването

1. Изследователска фаза: Работа на терен – в гр. Благоевград:

25 юли:

- 10-11 ч.: **Фокусна група:** потребители и близки (60 мин., всяка група по 5-9 човека)
- 11:30 – 15 ч. Интервюта с ключови участници в процеса на вземане на решения (stakeholders) и ангажирани в местни инициативи в сферата на психичното здраве граждани и специалисти (РЦЗ, Областен диспансер за психични заболявания със стационар, Представители на общинската власт, отговорен за здравеопазване и социални дейности, специалист по трудова заетост към Общината и други според появилите се нужди): Д-р Янакиев, д-р Билев, г-н Богдански, доц. Чинчева, д-р Митова, Петър Христов
- 15-16 ч.: **Фокусна група:** студенти (60 мин., всяка група по 5-9 човека)

26 юли

- 9-10 ч.: **Фокусна група:** граждани (60 мин., всяка група по 5-9 човека)
- 10:30 - Интервюта с ключови участници в процеса на вземане на решения (stakeholders) и ангажирани в местни инициативи в сферата на психичното здраве граждани и специалисти (РЦЗ, ДПБия, Областен диспансер за психични заболявания със стационар, Представители на общинската власт, отговорен за здравеопазване и социални дейности, специалист по трудова заетост към Общината и други според появилите се нужди);
- Изследване на съществуващи бази здравни данни и статистическа психичноздравна информация (НЦЗИ, Национален статистически институт, проекти Профил на страната, Пакт за стабилност в сферата на психичното здраве и др.) – в София и Благоевград

2. Цели на изследването

Целта на това изследване е събиране на надеждна качествена и количествена експертна информация за анализ на състоянието на психично-здравното обслужване в гр. Благоевград и областта, както и обобщаване на проблемни кръгове и възможни решения в сферата на психичното здраве. Анализът на

въпросите от инструмента ще послужи за обосновка на МОДЕЛА за подобряване на психичното здраве на територията на община Благоевград чрез предоставяне на психично-здравни услуги в общността за периода 2006-2008 г. и съвременното вземане на управленски решения, базирани на доказателства.

Провеждането на *интервютата* с въпросника изисква събирането на данни и осигуряване на информация от компетентни източници от различни релевантни области. От голяма важност бе събираната информация да е актуална и от надеждни източници, защото МОДЕЛА ще се базира на динамични показатели на средата и реалните потребности и нагласи на различни заинтересовани групи и организации.

За целите на изследването с голям принос е събирането на дълбинна информация чрез провеждането и анализа на *Фокусни групи* като квалитативен изследователски метод. С тяхна помощ ще се направи опит да се разберат нагласите на потребители към наличните възможности за живот и лечение в общността, оценката на психично-здравното обслужване и нагласите към хората с увреждания на различни професионалисти, както и потребностите и на двете групи към бъдещата картина в областта на психичното здраве.

3. Местен координатор на изследването (Анастасия Славчова, координатор на Информационния център за психично здраве)

Ролята на местния координатор на изследването е от особена важност, тъй като композицията на групите, начина на поканването на участниците, доверието и въпросите на конфиденциалността са от ключова роля за качеството на работата. Местният координатор трябва да има изследователски опит, да познава местните условия и отношения, да има комуникативни умения, повишаващи качеството на събираната информация. Например за да избере и покани участници за Фокусната група с потребители, местният координатор трябва да се обърне към репрезентативни регионални групи на потребители – активисти и да потърси кооперация и участие, усилия, изискващи много добри комуникативни и междуличностни умения.

Местният координатор има отговорността също така да обсъди с всички потенциални участници в интервютата и Фокусните групи и да постигне съгласие относно някои етични проблеми, конфиденциалността и метода на самото изследване. Всеки участник ще даде информирано съгласие за участие и в началото на всяко интервю или група бива уведомен за доброволното си участие. Всички сесии на Фокусните групи ще бъдат записани на касетофон за целите на по-късен анализ, като ще бъде поискано съгласието на всички участници. Освен това респондентите ще бъдат информирани обстойно относно целите на изследването, МОДЕЛА и възможният им личен принос в процеса. Това въведение ще бъде правено не само за повишаване на ефективността на дискусиата, а и за привличането на интервюираните като застъпници на каузата за подобряване на психично-здравното обслужване в общността в гр. Благоевград.

Местният координатор на проекта, Анастасия Славчова от Информационен център за психично здраве, гр. Благоевград, ще поеме организирането на срещите за интервюта и поканването и логистиката на Фокусните групи в гр. Благоевград.

АНЕКС 5: Концепция и обосновка на избрания изследователски метод

Обосновка

За провеждане на изследване чрез интервюта и фокусни групи и анализ на психичноздравни потребности и нагласи и предлаганите психичноздравни услуги в гр. Благоевград и областта

След заявката от страна на Фондация Глобална Инициатива в Психиатрията за провеждане на изследване в гр. Благоевград с цел събиране на доказателства за потребностите и нагласите относно развиването на Модел за психично здравни услуги в общността, предложих изготвяне на концепция и план за действие за изследване на психичноздравни потребности и нагласи и предлаганите психичноздравни услуги в гр. Благоевград и областта. Концепцията бе изготвена след проведените консултации с координаторите на проекта и със съобразяване на досегашните съвместни усилия и стъпки за създаване на услуги в областта на психичноздравното обслужване в общността и общинска политика за психично здраве, съобразена с местните потребности и нагласи.

Концепцията на изследването включва квантитативни и квалитативни методи на изследване, които ще позволят по-дълбок разрез на състоянието и на динамиката на проблемите на психичното здраве в града и областта:

- Разработването на полуструктуриран въпросник, с който чрез директни интервюта с ключови властимащи и отговорни за вземането на решения лица, да се събере информация за наличните психичноздравни услуги, потребности и проблеми от различни гледни точки;
- Развиване на въпроси за фокусни групи с представители на различни заинтересовани групи (професионалисти, потребители, близки и роднини, студенти), провеждането и анализа им. Резултатите ще позволят дълбок и дълбинен поглед върху потребностите на гражданите и наличните възможности, както и разкриването на нагласи и очаквания за бъдещата картина на психичноздравното обслужване в областта.
- Анализ на съществуващата статистическа и друга здравна информация.
- Развиване на Финален доклад от изследването.

Това изследване цели изготвянето на аналитична картина на състоянието на психичноздравните потребности, нагласи и услуги в град Благоевград и областта. Профилът ще бъде основан на както на събрани на място доказателства и автентични мнения и позиции на граждани, институции и НПО, така и на съществуващата психично здравна информация (РЦЗ, НЦЗИ, НСИ). Анализът ще включи и досега постигнатите резултати като следствие на съвместните усилия на ГИП, Пакта за стабилност в ЮИЕ и други инициативи.

Идеята за изследване чрез анкетно проучване сред професионалисти, граждани и институции е нецелесъобразна поради причини от финансово, времево и концептуално естество. Подобна анкета би представлявала опит за социологическо проучване, което да бъде проведено със въпросник, отговарящ на различни статистически изисквания (валидност, надеждност...). Развиването на подобен въпросник би отнело около няколко месеца. Методът предвижда лицензирана социологическа агенция да изготви репрезентативна извадка от населението на града и областта, с която да се проведе статистически надеждна анкета (различни съотношения град-село, мъже-жени, възрастови групи,

образование и други). Това е дълъг и доста скъп процес, резултатите от който не могат да се гарантират предварително (процентът готови да отговорят трябва да е над 70 %, самото анкетиране е труден и скъп процес, много от хората от извадката не могат да бъдат открити или отказват да отворят...). За провеждането на анкетата ще са необходими около два месеца. Не на последно място резултатите от подобна анкета могат да се интерпретират доста свободно от експерта, правещ анализа, в зависимост от неговата позиция, заинтересованост и хипотеза. Предимствата на подобна анкета са графичните онагледявания на резултатите и на пръв поглед ясните и категорични, макар и повърхностни резултати.