

ПСИХИЧНОЗДРАВНИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ ЗА ХОРА, ЖИВЕЕЩИ С ХИВ/СПИН, КОИТО СА ИНТРАВЕНОЗНИ НАРКОМАНИ



2007

Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН - България

Ресурсният център за психично здраве и ХИВ/СПИН - България е основан през септември 2006 г. като част от проекта "Психично здраве и ХИВ/СПИН в Централна и Източна Европа и бившите съветски републики". Проектът се изпълнява от Глобална инициатива в психиатрията и е интегриран като независима програма в структурата на Информационен център за психично здраве - Благоевград.

Основни цели на Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН са:

- подпомагане на здравните и социалните служби, и други заинтересовани групи, чрез предоставяне на актуална информация по проблемите на психичното здраве и ХИВ/СПИН и създаване на мрежи между тези организации;
- насърчаване развитието и повишаване качеството на услугите, предоставяни в областта на психичното здраве и ХИВ/СПИН - включително превенция, лечение, грижа и консултиране. (Ресурсният център не предлага лечение);
- подобряване на взаимодействието между организациите, осигуряващи професионална помощ на хора, живеещи с ХИВ/СПИН и организациите, осигуряващи професионална помощ на хора с психични заболявания; неправителствени организации и групи за самопомощ;
- намаляване на двойната дискриминация по отношение на хората с психично разстройство и ХИВ/СПИН и повишаване информираността за техните проблеми.

За постигане на тези цели Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН развива следните дейности:

- играе ролята на център за събиране, анализ и разпространение на информация на психичноздравна тематика, свързана и с ХИВ/СПИН посредством книги, бюлетини, уебстраници, видеоматериали на достъпен за широката аудитория език;
- организира и провежда проучвания, за оценка на нуждите на хората, живеещи с ХИВ/СПИН и психично разстройство;
- организира информационни и антидискриминационни кампании;
- публикува информационни материали;
- организира обучения на професионалисти (лекари, медицински сестри, психолози, социални работници и др.) и други заинтересовани.

СЪКРАЩЕНИЯ И АКРОНИМИ

АРВ	Антиретровирусно
АРТ	Антиретровирусна терапия
ГИП	Глобална инициатива в психиатрията
ГФБСТМ	Глобален фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария
ДКИ	Доброволно консултиране и изследване
ЕС	Европейски съюз
ИВН	Интравенозни наркомани
КАБКИС	Кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ/СПИН
МЗ	Министерство на здравеопазването
ММЗ	Мобилно медицинско звено
НПО	Неправителствена организация
ППБ	Полово предавани болести
ППИ	Полово предавани инфекции
СПИН	Синдром на придобита имунна недостатъчност
ХЖХС	Хора, живеещи с ХИВ/СПИН
ХИВ	Човешки Имунodefицитен Вирус

БЛАГОДАРНОСТИ

Проектът „Психично здраве и ХИВ/СПИН в Централна и Източна Европа и бившите съветски републики“ е финансиран от програма ТМФ на Министерство на външните работи на Кралство Холандия и от Институт „Отворено Общество“- Ню Йорк.

Докладът е изготвен от Анна Любенова (Фондация „Инициатива за здраве“).

Проучването на психичноздравните услуги за хора, живеещи с ХИВ/СПИН, които инжектират наркотични вещества, включва приноса на много хора, както и на екипа на Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН. Бихме желали да изкажем благодарността си за непрекъснатата подкрепа, консултации и напътствия, както и за проникновението на Елена Янкова, Изпълнителен директор на фондация „Инициатива за здраве“ – София и член на Научния комитет на ГИП – София по проект „Психично здраве и ХИВ/СПИН“ в страните от Централна и Източна Европа и бившите съветски републики“. Също така бихме желали да отбележим и приноса на петима експерти в сферата на услугите в общността за хора, живеещи с ХИВ/СПИН и интравенозните наркомани, които предоставиха ценна обратна връзка по темите, включени в това проучване. Това са Ася Стоянова – Изпълнителен директор на фондация „Панацея“ – Пловдив; Тони Милева – Председател на фондация „За по-добро психично здраве“ – Варна; Антоанета Радева - Изпълнителен директор на сдружение „Доза обич“ – Бургас; Марияна Станкова – Председател на сдружение „Адаптация“, Павел Малинов – Председател на фондация „Каспар Хаузер“ – София. Бихме желали да изкажем благодарност за сътрудничеството и на целия екип, работещ по проекта, който спомогна за осъществяване на дейностите и комуникацията по проучването, проведено в рамките на проекта.

СЪДЪРЖАНИЕ

КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ	5
I. ВЪВЕДЕНИЕ	7
II. МЕТОДОЛОГИЯ	8
III. КРАТКА ИСТОРИЯ	9
IV. ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА, ПОЛИТИКИ И УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОГРАМИ ЗА ХЖХС, които са ИВН	
1. Политика за ХИВ/СПИН	12
2. Политика относно наркотиците	13
3. Законодателство по отношение на наркотиците	13
V. ХИВ/СПИН И ПСИХИЧНОЗДРАВНИ УСЛУГИ ЗА ИВН	
1. Програми за лечение и предоставяне на грижи на хора, употребяващи наркотични вещества.	
1.1. Детоксификационни програми	15
1.2. Програми за метадоново поддържане	15
1.3. Рехабилитационни програми	17
1.4. Програми за намаляване на здравните щети	17
2. Здравни услуги за ХЖХС	
2.1. Услуги за доброволно консултиране и изследване	18
2.2. Антиретровирусна терапия	19
2.3. Психичноздравни грижи за ХЖХС	20
VI. ПСИХИЧНОЗДРАВНИ НУЖДИ НА ХЖХС, които са ИВН	21
VII. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ	23
ПРИЛОЖЕНИЯ	
Приложение 1: Въпросници	26
Приложение 2: Списък с интервюирани лица	27
ИЗПОЛЗВАНИ МАТЕРИАЛИ	28

КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ

Настоящият анализ цели да проучи качеството на живот и психичноздравните услуги, отговарящи на нуждите на ХЖХС, които са ИВН. Той беше изготвен след преглед на проучвания и официални правителствени документи, както и провеждане на проучване сред професионалисти в сферата на употребата на наркотични вещества, психичното здраве и ХИВ/СПИН.

След демократичните промени през 1989г., България претърпява период на политически, икономически и социален преход и става уязвима по отношение на търговията с наркотици и широката употреба на забранени наркотични вещества. Общият брой на хората, употребяващи наркотици в страната е между 20,000 и 30,000. Хероинът е основният наркотик, който се инжектира. Според източниците на информация, съществуващата практиката на употребяване на едни и същи игли и други принадлежности за инжектиране, е допълнителен риск за предаване на ХИВ сред интравенозните наркомани, както ранната възраст и лошата комуникация със здравната система. Въпреки това, процентът на ХИВ/СПИН остава нисък в групата на ИВН (под 1 %) в страната и като цяло.

Националната политика признава значението на превенцията и грижата за ХЖХС, които са ИВН. Както Националната програма за профилактика и контрол на ХИВ/СПИН и ППБ, така и Националната програма по превенция, контрол и рехабилитация на наркотичните зависимости предвиждат мерки за намаляване на здравните щети и гарантиране на достъп до услуги. Ограничаването на притежанието на наркотични вещества от законодателството представлява предизвикателство за ефективната превенция, тъй като поставя наркоманите в позицията на извършили престъпление.

Като цяло лечението на наркотичните зависимости в страната не е развито на добро ниво. Програмите за извънболнична и стационарна детоксикация са възможни в рамките на общата здравна система, но те не са съпътствани от продължителна рехабилитация и по този начин не са ефективни за лица, зависими от наркотични вещества. Метадоновото лечение е ограничено до няколко програми и не отговаря на търсенето на този вид лечение. Програмите за намаляване на здравните щети (размяна на игли) и безплатните услуги по ДКИ са достъпни за уязвими групи чрез аутрич програми в по-големите градове. АРВ лечението е безплатно за всеки, който се нуждае от него. До този момент такива програми се предлагат в София, Пловдив и Варна, но съществуват планове в близко бъдеще за предлагането им в още три града. Психосоциалната подкрепа за ХЖХС се предлага от неправителствени организации, които са развили добре работещи модели, въпреки че не винаги са готови да работят с хора, зависими от наркотични вещества. Няма специализирани служби, които да предоставят АРТ или Метадоново лечение (или друг вид допълнително лечение). Основните пречки пред ХЖХС, които са ИВН в рамките на (психично) здравните грижи включват липсата на служби в градовете по местоживеене и неподготвеността на съществуващите такива да работят със социално изолирани и маргинализирани групи.

В контекста на това проучване представяме едно по-задълбочено разбиране на различните аспекти на проблемите и причините, които стоят зад тях. Затова ще наблегнем на следните методи за събиране на информация: проучвания в областта, проведени в периода май-септември 2007, дълбочинни интервюта, анализи на документи и материали. Документите, които са разгледани, включват доклади от проучвания в сферата на употребата на наркотици, проведени в страната в последните 5 години; национални програми за СПИН и наркотични вещества и други официални документи (законови актове, предложения за проекти). Проучването в тази сфера включва две дискусии във фокус групи с участието на хора, предоставящи здравни грижи в сферата на психичното здраве и ХИВ/СПИН, и седем полуструктурирани интервюта.

Необходимо е да се изгради допълнителна система за лечение, за да може да се подобрят (психично) здравните условия за ХЖХС, които са ИВН в България, което не е признато изцяло за проблем от правителствените структури. В същото време трябва да се направят някои допълнителни усилия за адаптирането на лечението на ХЖХС към нуждите на ИВН, както и за насърчаване на социалните програми за ХЖХС от страна на съответните власти. Тъй като повечето услуги в България се предоставят основно от неправителствения сектор, предлаганите грижи трябва да са адаптирани по такъв начин, че да обхванат потенциалното разпространяване на инфекцията сред ИВН. Това може да се постигне чрез по-сериозно обвързване и усилия от страна на всички страни, имащи отношение към процеса: правителствени структури, лицата, определящи държавната политиката, както и властите, компетентни да прилагат законовата рамка по отношение на ХИВ/СПИН. Освен това, по-обхватните превантивни интервенции от страна на всички заинтересовани страни на всички нива на интервенция, трябва да предоставят и образователна информация как да се предотврати предаването на ХИВ/СПИН по полов път.

I. ВЪВЕДЕНИЕ

В последните години употребата на наркотични вещества в България се превръща в сериозен проблем. Според данните от доклади на Националния съвет по наркотични вещества, броят на употребяващите хероин в България постоянно расте.

Броят на ИВН, инжектиращи хероин, включва скрити и маргинални групи със специфична субкултура. Проблемите, свързани с тези групи са: високите нива на престъпност; разпространението на проституцията сред хора, употребяващи наркотични вещества; разпространение на Хепатит С сред повече от 70% от ИВН (Национален съвет по наркотичните вещества, 2001); почти пълна липса на медицински грижи и консултиране; ниска здравна култура и информираност за безопасен секс и инфекции, предавани по кръвен път; висок процент на смъртни случаи поради свръхдоза; силно негативно отношение към употребяващите наркотици; липса на интерес от страна на институциите за проблемите на тези хора.

България като страна, намираща се на „Балканския път“ на хероина между Централна Азия и Западна Европа, отбелязва рязко нарастване на броя на ИВН през 90-те години. Освен това страната е в непосредствена близост с държави, в които се наблюдава бързо нарастване на случаите на заразени с ХИВ ИВН.

II. МЕТОДОЛОГИЯ

Използваните методи за настоящия анализ включват основно преглед и обобщение на официални документи и проучване в тази сферата, проведено в периода май-септември 2007г.

Документите, които са прегледани и обобщени включват доклади от проучвания в сферата на наркотиците и употребата на наркотични вещества, проведени в страната в последните 5 години; национални стратегии за наркотици и СПИН и други официални документи (законови актове, предложения за проекти).

Проучването включва фокус групи от 6 участника и полуструктурирани интервюта. Проведени са две фокус групи от екипа на ГИП, включващи специалисти, предоставящи здравни грижи в сферата на психичното здраве. Участниците са избрани сред екипи на ДКИ и психичноздравни служби в Благоевград; професионалисти в сферата на ХИВ/СПИН от правителствения и неправителствения сектор – професионалисти от Кабинет за анонимно и безплатно консултиране на СПИН; професионалисти, работещи с ИВН; психолози от Дневен център за психо-социална рехабилитация; социални работници от Защитеното жилище за хора с психична болест и психиатри от Областния диспансер за психични заболявания със стационар.

Проведени са седем полуструктурирани интервюта със служители на неправителствени организации, работещи в сферата на ХИВ/СПИН и ИВН в София. По електронен път са интервюирани представители на неправителствени организации, предоставящи услуги за ИВН: Фондация „Инициатива за здраве“ – София, Фондация „За по-добро психично здраве“ – Варна, Фондация „Панацея“ – Пловдив, сдружение „Адаптация“ - Благоевград, сдружение „Доза обич“ – Бургас.

III. КРАТКА ИСТОРИЯ

След демократичните промени в България, започнали през 1989г., страната навлезе в дълъг период на политически, икономически и социален преход от тоталитарен социалистически режим към демокрация и пазарна икономика. Този период се характеризира със значими икономически и социални промени, водещи и до позитивни, и до негативни последици за обществото. След отваряне на границите и промяната на икономическия интерес, страната стана по-уязвима по отношение на търговията с наркотици и незаконна употреба на наркотични вещества.

Първите случаи на немедицинска употреба на опиати от млади хора са регистрирани към края на 60-те години¹ на миналия век. През периода 1968 – 1990 г. употребата на наркотици се характеризира главно с редки случаи на употреба на медицински опиати, в повечето случаи откраднати от аптеки и болници, и чай от мак, по-късно амфетамини и барбиторати. Въпреки че съществуват черни пазари на такива вещества сред наркоманите, по това време реална търговия на наркотици и организирани престъпни канали, занимаващи се с наркотици в страната, не е имало.

Хероинът се появява на българския пазар за наркотици през 1990 г. Употребата му рязко се повишава в периода между 1992 г. и 2002 г., което е свързано и с развитието на организирани престъпни групи, а най-високи показатели се отбелязват през 1998 г. в София и между 2000г. и 2002г. в други големи градове на страната – Пловдив, Бургас и Варна. Броят на хората, които търсят лечение за зависимост от хероина расте от 183 на 1120 през 1999г.² Съществуват няколко фактора, които ускоряват разпространението на хероин в България³: географското положение на страната, намираща се на кръстопътя на трите основни пътища на азиатския хероин към Балканите; отварянето на границите на страната и прехода ѝ към пазарна икономика; промените в образователната и здравната система, които са изцяло неподготвени за този нов феномен; пълно невежество от страна на обществото по отношение на проблема.

До този момент хероинът остава основният наркотик за употребяващите наркотични вещества⁴, въпреки че през последните 4-5 години не се наблюдава повишаване на употребата му. Според проучване⁵ проведено в София, Пловдив, Бургас и Плевен през 2004г. сред ИВН, 95.4% от тях са използвали хероин в изминалия месец и 74.9% сочат хероина като тяхното „първо или най-важно вещество“, следвани от метадон – 6% и канабис – 4% като „основни вещества“. Същото проучване идентифицира употребата на съпътстващи вещества – 83% от ИВН споделят, че са употребявали едно или повече наркотични вещества едновременно с хероин през последния месец, докато през 1998 г. в София този процент е 50⁶. Подобна тенденция се наблюдава през 2007г., когато 41% от зависимите в 8 града съобщават, че употребяват само хероин в последния един месец, а 39.3% използват и други вещества (опиати, стимуланти и други)⁷. По този начин, заедно с хероина, който е водещ забранен наркотик през 90-те, сега пазара на наркотици е отворен и предлага амфетамини (произведени на местно ниво), кокаин, канабис, други опиати, което води до тенденции, близки с други европейски страни.

Последният годишен доклад на Националния фокусен център за наркотици и наркомании дава нова информация относно броя на проблемни наркомани в страната и

¹ Пазарът на наркотици в България, Център за изследване на демокрацията, 2003, стр. 7-19

² Пазарът на наркотици в България, Център за изследване на демокрацията, 2003, стр. 7-19

³ Пазарът на наркотици в България, Център за изследване на демокрацията, 2003, стр. 7-19

⁴ Проблемната употреба на наркотици, според дефиницията на Европейския мониторингов център по наркотиците и зависимости (EMCDDA).

⁵ Тихомир Безлов, Кас Барендрехт, Инжекционно употребяващите наркотици в България – Профил и рискове, фондация „Инициатива за здраве“, 2004г, стр. 24-25, 32-33

⁶ Отвъд бариерата. Инжекционна употреба на наркотици: състояние, тенденции, рискове, фондация „Инициатива за здраве“, 1998г

⁷ Търсене на лечение и бариерите за достъп до лечение на зависимости сред проблемно употребяващите наркотици в България, Националния фокусен център за наркотици и наркомании, фондация „Инициатива за здраве“, 2007г., непоплицуван

София, като град с най-широка употреба на наркотици. Общият брой на употребяващите наркотични вещества в страната варира между 20 000 и 30 000. В София техният брой е 15 000, като 12 000 от тях са употребяващи хероин, а 9 600 го правят чрез интравенозно инжектиране⁸.

Причината за обсъждането на хероина като основен проблем при употребата на наркотици в страната, не се изразява само в неговата доминация, но и поради факта, че употребата му е тясно свързана със заразяване с ХИВ, тъй като в България хероинът се приема главно чрез инжектиране. Според годишния доклад на Националния фокусен център, 75.4% от потърсилите лечение през 2002г. инжектират основното вещество (хероин в повече от 90% от случаите), 74.9% през 2004г.⁹ и 62.3% през 2005 г.¹⁰. Докладът Инжекционно употребяващите наркотици в България – профил и рискове¹¹ показва, че инжектиращите хероин в някои градове преминават от употребата на хероин към употребата на други вещества, като амфетамини и метадон. Всички източници на подобни данни информират за съществуващата практика на размяна на игли и други приспособления за инжектиране. Демографският фактор също е от значение при по-задълбочено изследване на рисковите фактори за предаване на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици в страната. Различни проучвания през 2004, 2005, 2007 предоставят демографски данни за инжекционно употребяващите наркотици в България:

- Средна възраст 23-26 години, което означава, че това е група от сексуално активни млади хора;
- Липса на здравна осигуровка сред 39-49% (различие във възрастта), което означава лоша комуникация със здравната система;
- 57.7% безработни, което е свързано с нисък социален статус и престъпността;
- 23.1% ромско население¹², което определя допълнителни неблагоприятни социални и здравни условия, характеризиращи това малцинство в България;
- 75% са мъже.

Тревожна тенденция е и заразяването с Хепатит С на ИВН в страната – около 60%, а това е показателно за наличието на предаване на вируси по кръвен път поради рисковото поведение.

Имайки предвид посочена информация, може да се направи заключението, че в България съществува висок риск от предаване на ХИВ сред ИВН. Въпреки това, в продължение на няколко години статистиката показва ниски проценти на разпространение на инфекциите – под 1%. Нарастващият брой на заразените с ХИВ ИВН за периода 1989 – август 2007 е 77¹³. 60% от тях са от двата най-големи града – София (21 човека) и Пловдив (14 човека). Трябва да се отбележи, че през последните 2-3 години се наблюдава тенденция към стабилно нарастване на процента на ИВН сред хората с ХИВ в страната: от 5% през 2005г. до 10% през 2007г., нещо повече, те представляват 22% от новорегистрираните случаи през 2007г.¹⁴ Като за едно от евентуалните обяснения за нарастването на статистическите показатели може да се приеме подпомагането на системата за изследване в страната в рамките на програмата „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“ и най-вече в рамките на служби, работещи специално с тази целева група.

⁸ Годишен доклад по проблемите на наркотиците и наркоманите в България за 2006г., Националния фокусен център за наркотици и наркомани, 2006г, стр. 49-51

⁹ Национален доклад за EMCDDA, 2004г., Национален фокусен център, стр. 42

¹⁰ Годишен доклад по проблемите на наркотиците и наркоманите в България за 2006г., Националния фокусен център за наркотици и наркомани, 2006г, стр. 58

¹¹ Тихомир Безлов, Кас Барендрехт, Инжекционно употребяващите наркотици в България – Профил и рискове, фондация „Инициатива за здраве“, 2004г, стр. 28-29

¹² Това е среднестатистически процент от изследване, проведено през 2007г. в София, Пловдив, Варна, Бургас, Русе, Благоевград, Пазарджик и Кюстендил. Процентът на ромите, които са наркозависими варира в различните градове и може да е много по-висок или по-нисък в различните населени места.

¹³ Източник: Министерство на здравеопазването, август 2007г.

¹⁴ Източник: Министерство на здравеопазването, август 2007г.

Предизвикателство за анализаторите е да намерят адекватно обяснение на факта, че въпреки голямото разпространение на инжекционно употребяване на наркотици и наличието на допълнителни рискови фактори, не съществува епидемия от ХИВ сред употребяващите наркотици в страната. Първата възможна причина е ниското разпространение на ХИВ сред населението като цяло. Общият брой на случаите през август 2007г. е 748 човека, което е доста под 0.1%. Друго обяснение би могло да се търси в особеностите при употребата на наркотици в страната. За разлика от други държави в Източна Европа, където се наблюдава силна епидемия от ХИВ, като например Русия и Украйна, в които се разпространяват домашно направени течни опиати, често продавани в спринцовки, в България се разпространява главно хероин на прах, продаван в отделни индивидуални пакетчета и често подготвян и инжектиран отделно от всеки ИВН. На последно място, но не и по важност, като причина може да се отбележи и прилагането на програмите по превенция (аутрич работа) в най-силно засегнатите градове.

IV. ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА, ПОЛИТИКИ И УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОГРАМИ ЗА ХЖХС, които са ИВН

1. Политика за ХИВ/СПИН

В областта на ХИВ/СПИН в България са налице Национална стратегия и Национална програма за профилактика и контрол на СПИН и ППБ 2001-2007 - и двете разработени от Министерски съвет. Базирана на приоритетни области, дефинирани в стратегията, Националната програма има четири отделни компонента:

1. Промоция на здравето
2. Епидемиологично наблюдение и политика на тестването
3. Здравни и социални грижи
4. Лечение

Програмата очертава шест рискови групи като обект на превантивни интервенции: подрастващи и млади хора; ИВН; проституиращи жени и мъже; мъже, които правят секс с мъже; ромска общност и затворени колективи и лица, лишени от свобода. Програмата отделя специално внимание на мерките по превенция на употребата на наркотици (аутрич програми, здравно образование), но също и на обезпечаване на подходящи здравни и социални грижи за ХЖХС: ефективно и адекватно домашно, амбулаторно и болнично лечение; осигуряване на подкрепяща околна среда за целевите групи; разрешаване на проблемите относно социалния статус и заетостта¹⁵.

Програмата също така цели създаването на широко достъпна система за изследвания, изградена на принципите на анонимност, конфиденциалност и доброволно участие. Не се включват мерки за задължително изследване.

Бюджетът на програмата е 68.471.470 лева, които идват основно от държавния бюджет. По време на първата година от имплементирането на програмата, обаче, предоставените от правителството средства покриват специално системата за изследване и медицинско лечение на ХЖХС. Програмите по превенции, както и психосоциалните услуги за ХЖХС се финансират в рамките на независими проекти от чуждестранни донори. През 2004 г. ситуацията се променя значително, след като страната получава грант от ГФБСТМ за проекта „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН сред най-рисковите групи в България 2003-2007“. Предоставеното финансиране е в размер \$ 15,711,882 за петгодишен период от 2004 до 2008 г. Проектът е основан на Националната програма и е насочен към същите уязвими групи, както и ХЖХС, включващ дейности по превенция и грижи. Сред компонентите на проекта са¹⁶:

Компонент 4: Поддържане ниски проценти на разпространение на ХИВ сред ИВН

Компонент 5: Гарантиране на достъп до грижи и качествено лечение за ХЖХС

Имплементирането на проекта се осъществява вече от четири години. Проектът е управляван от Министерство на здравеопазването, но дейностите по превенция на местно ниво се изпълняват от НПО. В последните години този проект осигури пълен набор от услуги по превенция и предоставяне на грижи в сферата на ХИВ/СПИН в страната.

¹⁵ Национална програма за профилактика и контрол на ХИВ/СПИН и ППБ за периода 2001-2007г., Министерство на здравеопазването, 2002г, стр. 20-23

¹⁶ Проект „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН / туберкулоза сред най-рисковите групи в България 2003-2007“, Национален координационен комитет за борба срещу СПИН и туберкулоза

2. Политика относно наркотиците

Националната програма за превенция, лечение и рехабилитация на наркоманиите в Република България (2001-2005) е разработена преди Националната стратегия за борба срещу наркотиците 2003-2008. Глобалните цели на Националната стратегия се отнасят по-скоро към ограничаване на предлагането на наркотици, отколкото към намаляване на търсенето им. Единствено първата от петте глобални цели е свързана с намаляване на търсенето - Ограничаване употребата на наркотични вещества чрез осигуряване на ефективно лечение и превенция¹⁷.

Раздел 5 на стратегията – Стратегически задачи за намаляване на търсенето - подчертава необходимостта от намаляване на предаваните по кръвен път инфекции, включително СПИН, както и други мерки за намаляване на здравните щети.

Националната програма определя като една от най-важните области интервенциите за намаляване на здравните щети:

Област 4 - Дейности и програми по намаляване на здравните и социални щети, причинени на обществото и отделния индивид от злоупотребата с наркотични вещества¹⁸.

Дейностите в тази област включват създаване на система за ранно лечение на инфекции, предавани по кръвен път. Както Стратегията, така и Програмата, обаче, не посочват никакви специфични действия и мерки, насочени към хора, употребяващи наркотични вещества, които са заразени с ХИВ.

Въпреки ясното и подробно изложение, тези два документа никога няма да могат да се приложат напълно в практика поради недостиг на финансиране. Бюджетът на Програмата за 5 години е 9,266,530 лева: 94,400 лева за първата година и около 2,300,000 за всяка следваща. Това финансиране не се предоставя от правителството. Приблизително 200.000 лева (\$140.000) са предоставени от програмата за 2005г. Те са предназначени главно за издръжка на Националния център по наркомании и единствената държавна болница за лечение на наркомании, както и за предоставяне на метадон в рамките на заместващите програми за лечение в страната. Малко средства са разпределени сред НПО за рехабилитация (след 2006), но не и за превенция или други подобни дейности. Това не означава, че подобни дейности не са застъпени в страната. Известен брой НПО работят в сферата на превенцията, намаляване на здравните щети и рехабилитация, но благодарение на проекти, финансирани от чужди донори. За съжаление тези дейности са трудно устойчиви и координирането им е трудно постижимо.

3. Законодателство по отношение на наркотиците

Законодателството в сферата на наркотичните вещества се променя изключително интензивно през последните 7-8 години. Особено важно с оглед на превенцията на ХИВ/СПИН и грижата за употребяващите наркотици е криминализирането на рисковото поведение. През 2000г. Наказателният кодекс предвижда между 10 и 15 години затвор за всеки, който произвежда, разпространява или притежава забранени вещества, но съществува и член, според който не се предвижда наказание за хора, които са зависими и притежават малко количество, наречено „доза за лично ползване“. През 2004г. този текст е отменен и според новите разпоредби всякакъв вид притежание на забранено вещество, без значение от количеството, се наказва с дълъг срок лишаване от свобода. Тези поправки в Кодекса провокираха сериозни реакции сред гражданското общество и от страна на съдебната система. Според тях всеки студент с цигара марихуана трябва да

¹⁷Национална стратегия за борба срещу наркотиците за периода 2003-2008г:
<http://www.ndc.government.bg/?l=bg&pid=documenti-strategia>

¹⁸ Национална програма по превенция, контрол и рехабилитация на наркотичните зависимости в Република България за периода 2001-2005г: <http://www.ndc.government.bg/?l=bg&pid=documenti-programa>

бъде лишен от свобода, което е доста несправедливо и утежнява съдебната система с незначителни съдебни дела. По този начин се създават и сериозни пречки за намаляване на здравните щети и други здравни програми за употребяващите наркотични вещества, защото тяхното поведение на практика се криминализира и групата става по-скрита и труднодостъпна за различни интервенции. През 2005 г. фондация „Инициатива за здраве“ и Институт „Отворено общество“ публикуват доклад, описващ повишения риск от ХИВ и други негативни здравни последици сред хората, употребяващи наркотични вещества, породени от новата законодателна ситуация¹⁹. В този период Законът за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите от 1999г. и подзаконовите нормативни актове²⁰, свързани с него, уреждат програми за лечение с цел намаляване на здравните щети, свързани с употребата на наркотици, а Министерство на здравеопазването изпълнява широкообхватен проект за превенция на ХИВ в рамките на 10 аутрич програми и реално се получава липса на координация по отношение на националната политика за превенция и грижа за употребяващите наркотични вещества.

През 2006 г. след обществени дискусии и критични забележки от страна на Европейския съюз, Парламентът приема нови поправки в Наказателния Кодекс. Новият текст посочва наказанията, като годините за лишаване от свобода намаляват и се предвижда глоба за „незначителни случаи“. Въпреки това, основният тревожен факт остава, а именно криминализирането на употребата на наркотични вещества и водене на съдебно дело срещу всяко лице, притежаващо наркотично вещество, което е по-скоро ограничителна мярка, а не политика на полагане на грижи.

Условията и реда за изследване на заразеност с вируса на СПИН се регулира от Министерство на здравеопазването с Наредба 4/2.04.1992. Според наредбата изследването е доброволно (с изключение на дарената кръв и кръвни продукти) и анонимно. Документът стриктно регулира спазване на конфиденциалност.

¹⁹ Тихомир Безлов, Хероиновите потребители една година след отпадането на „личната доза“ в България, фондация „Инициатива за здраве“, Институт „Отворено общество“, София 2005г

²⁰ Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, чл. 88 и Наредба N30/ 20.12.2000 на Министерство на здравеопазването

V. ХИВ/СПИН И ПСИХИЧОЗДРАВНИ УСЛУГИ ЗА ИВН

1. Програми за лечение и предоставяне на грижи на хора, употребяващи наркотични вещества

Системата за лечение на наркотични зависимости е свързана с цялостната здравна система в страната. Съществуват различни програми - стационарни и амбулаторни детоксификационни програми; рехабилитационни програми; метадоново поддържане; групи за самопомощ. За съжаление тези програми не винаги са свързани помежду си и достъпни, поради факта че се предлагат от различни структури и участието на държавата не винаги е на необходимото ниво.

1.1. Детоксификационни програми

Амбулаторната детоксификация е разпространена в рамките на основния пакет от първична извънболнична здравна помощ, раздел "Психиатрия", финансиран от Здравноосигурителната каса. Този вид здравна помощ е широко достъпен за всеки, който заплаща своята здравна осигуровка. Въпреки това, тази помощ не се използва от употребяващите наркотични вещества за лечение на тяхната зависимост поради няколко причини:

- значително големият брой на проблемно употребяващите наркотични вещества (39% по данни от 2007²¹) нямат здравно-осигурителни права, тъй като нямат възможността да плащат за тях;
- липса на добре обучени и мотивирани психиатри за работа със зависимости, особено в малките градове;
- използването на извънболнична помощ е свързано с бюрокрация, която представлява трудност за употребяващите наркотични вещества (първо те трябва да посетят личния си лекар и да получат направление за психиатър), този вид услуга никога не е анонимна и провокира страх от регистриране и нарушена конфиденциалност, особено в малките градове.

Възможно е тези трудности да бъдат избегнати при извънболничните детоксификационни програми, управлявани от частни компании, които предлагат по-висококачествени програми за лечение при по-добри условия, както и спазват принципа на поверителност и др. Тези услуги обаче са сравнително скъпи за по-голяма част от зависимите и не са достъпни в рамките на големите градове.

За разлика от програмите, описани по-горе, болничните детоксификационни програми спадат към стационарната психиатрична грижа, която според закона е напълно финансирана от държавата и по този начин е независима от здравно-осигурителната система. Това прави този вид програми достъпни и за тези, които не могат да си позволят здравни грижи – нито чрез здравно-осигурителната система, нито директно чрез частни структури. През 2007г. съществува само една държавна болница за лечение на наркотични и алкохолни зависимости, разполагаща с 14 легла за наркомани. Това е недостатъчно с оглед покриване нуждите на голямата група от 12 000 проблемни наркомани само в София (където се намира), камо ли пък за останалата част от страната. Болничната грижа за наркозависими се предлага и в психиатричните отделения на болници в страната, както и в специализираните психиатрични клиники. През 2007г. има 641 болнични легла за психиатрични пациенти²².

²¹ Търсене на лечение и бариерите за достъп до лечение на зависимости сред проблемно употребяващите наркотици в България, Националният фокусен център за наркотици и наркомани, фондация „Инициатива за здраве“, 2007г., непоплицуван

²² Цвета Райчева, директор на Национален център по наркомани (2007). Лечението на наркоманиите в България, презентация на обществен дебат „Лечение на наркомани – възможности и проблеми“, юни 2007г.

Неудобствата на този вид услуга, които я правят непопулярна сред наркозависимите, са:

- наркоманите избягват да стоят в общи отделения с други психиатрични пациенти, тъй като това задълбочава стигматизирането им²³;
- персоналът в държавните болници е описван от наркозависимите като враждебно настроен и материалната база е лоша²⁴;
- болничните програми предлагат опростена медицинска детоксификация без последваща рехабилитация, което прави този вид лечение ниско ефективно.

Последното твърдение може да се потвърди по данни от проучване „Търсенето на лечение и бариерите за достъп сред проблемно употребяващите наркотици в България“ от 2007г. Според този документ половината от интервюираните проблемни наркозависими са преминали през две или повече лечения през живота си (неуспешно, тъй като те продължават да употребяват наркотични вещества по времето, когато са интервюирани), и средният брой на преминали леченията е 3. Повече от половината респонденти, които са преминали през лечение, са предприели болнична или извънболнична детоксификация.

1.2. Програми за метадоново поддържане

Въпреки че метадоновото поддържане се прилага в България вече 12 години, истинското му развитие се забелязва едва през последните няколко години. Първата програма е стартирана като пилотен проект през 1995 г. и остава такъв близо 10 години. Програмата се осъществява от Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм в София. През 2007 г. има 308 пациенти, което е показател за сравнително бавно развитие с оглед на факта, че преди 12 години е стартирала със 100 пациента. Това лечение е напълно безплатно за пациентите и е финансирано изцяло от Министерство на здравеопазването. В последните години са открити две други държавни програми в Пловдив (105 пациента на този етап) и Варна – за 150 пациента. Трябва да се отбележи, че метадонът е строго регулирано вещество в България, което не се продава в аптеките и не може да се предписва свободно от лекарите. Програмите за поддържане могат да се осъществяват само от психиатри, които са обучени и имат сертификати от Националния център по наркоманиите. Метадонът се поръчва и се предоставя на програмите от МЗ.

Освен трите държавни програми, съществуват и четири частни, в които пациентите плащат за лечението си. Всички те се намират в София. Ако трябва да обобщим ситуацията в България по отношение на метадоновото поддържане - съществуват 5 програми в София, една в Пловдив и една във Варна. Общият брой на наличните места са 1605, а реалният брой на пациентите е 1185²⁵. Разликата може да се обясни със свободните места в някои платени програми, които са трудно достъпни за неплатежоспособни пациенти. Броят е достатъчно показателен за недостига на този вид услуги, вземайки предвид, че зависимите от хероин само в София надвишават 10 000. Метадоновото поддържане в държавните програми е труднодостъпно дори за местните жители, тъй като капацитетът им е запълнен и не приемат повече пациенти. Платените програми, там където съществуват, са достъпни само за тези, които могат да си позволят разноските – което обикновено не включва най-маргинализираните групи (бездомни, социално слаби, хора с рисково поведение и лошо здраве). Хората, намиращи се извън посочените градове, нямат достъп до тези услуги, без значение от финансовите им възможности. Поради този факт не е изненадващо, че заместващите

²³ Интервю с Елена Янкова, изпълнителен директор на фондация „Инициатива за здраве“, септември 2007

²⁴ Търсене на лечение и бариерите за достъп до лечение на зависимости сред проблемно употребяващите наркотици в България, Националният фокусен център за наркотици и наркомании, фондация „Инициатива за здраве“, 2007г., непоплицуван

²⁵ Цвета Райчева, директор на Национален център по наркомании (2007). Лечението на наркоманиите в България, презентация на обществен дебат „Лечение на наркомании – възможности и проблеми“, юни 2007г.

програми са най-желаните за лечение от проблемните наркомани (за 46%), според изследване за търсенето на лечение, 2007г., посочено по-горе. Въпреки развитието си през последните години, метадоновото лечение все още не обслужва нуждите на употребяващите хероин в България.

Що се отнася до ХИВ-позитивните наркозависими, трябва да се подчертае, че те се приемат лесно и без формалности в държавните метадонови програми, веднага след откриване на положителния им статус. Това поставя и въпроса за запазване правото им на поверителност, тъй като е добре известно сред групата на ИВН, че бърз и лесен достъп е възможен за ХИВ-позитивните и бременните жени.

1.3. Рехабилитационни програми

Както вече беше споменато, дългосрочната рехабилитация много рядко е налице след лечението, предоставяно в рамките на здравната система в страната. Причината за това не е, че такива програми не съществуват, а че наличните рехабилитационни програми - терапевтични общности и дневни центрове – обикновено се предлагат от НПО или частни фирми, които не са пряко свързани със здравните заведения. Държавните здравни програми не разполагат със средства за поддържане на подобна дългосрочна рехабилитация. По данни на Националния център от юни 2006 г. съществуват 125 възможни места за рехабилитация на наркозависими (доста под нужните) в рамките на 7 различни програми. Две от тези програми, с по 15 места, са присъединени към държавни болнични детоксификационни програми – една в София и една във Варна. Другите пет функционират самостоятелно и са администрирани главно от НПО. Както много други здравни и социални услуги, предоставяни от НПО в страната, те също не разполагат със стабилно държавно финансиране, което прави оцеляването им трудно и неустойчиво, въпреки факта, че обикновено предлагат качествени услуги и наблюдават по-скоро на психичноздравните проблеми, отколкото на медицинската страна на проблема със зависимостта. Всички са принудени да търсят заплащане от страна на клиентите за услугата като основен начин за осигуряване на финансова стабилност. Това ги прави недостъпни за всеки нуждаещ се и трудни за координиране с безплатните държавни детоксификационни програми като последваща интервенция.

1.4. Програми за намаляване на здравните щети

През 2007 г. съществуват 10 програми за намаляване на здравните щети за наркозависимите в страната - София, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен, Благоевград, Русе, Пазарджик, Перник и Кюстендил. Всички те са управлявани от НПО и на този етап се финансират от МЗ по Компонент 4 от Програмата за превенция и контрол на ХИВ/СПИН, финансирана от ГФБСТМ (виж част IV.1).

Програмите за намаляване на здравните щети са въведени в страната сравнително рано за този регион на Европа. Първата от тях стартира през 1999 г. в София от фондация „Инициатива за здраве“ с финансовата и методологична подкрепа на Институт „Отворено общество“. През следващата година същият донор предлага финансиране за три други програми – в Бургас, Пловдив и Плевен – и за период от няколко години това са единствените програми в страната, получаващи финансова подкрепа само от чуждестранен донор.

Ситуацията се променя значително през 2004 г., когато проект на ГФБСТМ направи възможно първо разширяването на този вид интервенции в 10 града и второ подsigури значителна финансова стабилност чрез петгодишно финансиране от страна на държавата.

Всички програми предлагат аутрич подход с целева група ИВН, а към пет от тях допълнително са разкрити дропин центрове. Програмите предлагат стерилно оборудване и принадлежности (спринцовки, игли, котлони, филтри, дезинфектиращи кърпички, кремове и др.), разпространяват презервативи, събират и унищожават

спринцовки, разпространяват информационни материали на здравна тематика, предлагат консултиране и насочване към подходящи здравни услуги. Четири от тези програми са оборудвани с мобилни медицински звена и предлагат на място кръвно изследване за ХИВ, хепатит В и С и сифилис. Всички програми са безплатни и анонимни, което ги прави достъпни.

За период от три години и половина (януари 2004 г. – юни 2007 г.) програмата обхваща 7033 ИВН²⁶.

Важно е да се отбележи, че въпреки общата законодателна ситуация, свързана с употребата на наркотични вещества в страната (виж част IV. 3), от 2000г. МЗ регулира програмите за обмен на игли. По този начин те могат да работят законно, без да са обезпокоявани от полицията. По отношение на интервенциите за намаляване на здравните щети все още в някои градове (Варна, Стара Загора) има сигнали за сериозни проблеми от страна на полицията.

Основните проблеми, свързани с този вид интервенции са, че те все още не са достъпни в цялата страна; прилагани са само от НПО, няма болници за наркозависими или метадонови програми, които предлагат стерилни спринцовки; финансирането им не е сигурно след 2008 г., когато проектът на ГФБСТМ приключва.

2. Здравни услуги за ХЖХС

2.1. Услуги за доброволно консултиране и изследване

През септември 2007 г. съществуват 19 стационарни центъра за доброволно консултиране и изследване за ХИВ, намиращи се в големите градове в страната. Те предлагат безплатно и анонимно пре- и пост- тестово консултиране, изследване за ХИВ, хепатит В и С и сифилис, насочване към медицински и социални услуги, според нуждите, а в някои от тях диагностика и лечение на предавани по полов път инфекции. Над 50 000 хора в България са използвали услуги за ДКИ в периода от 2003г. до юни 2007г.²⁷

Инициативата за мобилна подкрепа започва през 90-те години на 20 век, когато в рамките на програмата СОРОС се създават 6 мобилни медицински звена, оборудвани и специализирани за работа със секс работници в София, Варна, Русе, Пловдив, Хасково и Бургас. Всички те функционират под покровителството на МЗ. Поддръжката на този вид услуги е делегирана на няколко НПО, а медицински персонал е осигурен от местни клиники по ППИ. Това дава възможност на тези звена да играят ролята на мост между секс работници, клиники за ППИ и други обществени здравни и социални служби.



В рамките на програмата „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“ през 2005г. са създадени 12 мобилни медицински звена (ММЗ), предоставящи безплатно и доброволно консултиране и изследване за ХИВ и опериращи в различни градове на страната сред уязвими групи – ИВН, секс работници и ромско население, сред които се провеждат аутрич дейности. ММЗ предлагат услуги за всички маргинализирани целеви групи.

²⁶ Министерство на здравеопазването, програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, <http://www.aidsprogram.bg/>

²⁷ Министерство на здравеопазването, програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, <http://www.aidsprogram.bg/>

Мобилните звена предлагат консултиране с цел здравно образование/ намаляване на риска и превенция, както и изследване за ХИВ, сифилис и хламидия. Грижите, предоставяни в тях, наблягат на превенцията, образованието, консултирането и изследването, психо-социална подкрепа, управление на опортюнистичните инфекции и АРТ. Тези звена са предназначени да насочват хора, които имат положителен ХИВ статус към други институции за последващо дългосрочно консултиране, лечение и подкрепа.

На ММЗ е предоставено подходящо оборудване, включващо гинекологичен стол, медицински инструменти, приспособления за взимане на кръв, лекарствени средства за лечение. По време на индивидуалните сесии на подходящо място (улицата, аутрич кола, кафе, ММЗ) аутрич работници и медицински персонал предоставят интерактивно здравно образование и консултиране за ХИВ/СПИН, ППБ, контрацепция, безопасен секс, употреба на подходящи презервативи и лубриканти, практики за безопасно инжектиране и други важни за психичното здраве теми. Чрез оборудване, медикаменти и допълнителни средства те предоставят ДКИ и АРТ на клиенти, зачитайки правото им на анонимност.

Всяко мобилно медицинско звено разполага с мултидисциплинарен екип от поне двама души – медицински професионалист, лице, което извършва изследването и евентуално психолог, аутрич или социален работник. Здравните услуги, предлагани в ММЗ както за осигурени, така и за неосигурени ИВН, секс работници и ромското население са доброволни, анонимни и безплатни. Те включват ДКИ за ХИВ и ППБ, медицински прегледи, разпространение на презервативи, лубриканти, стерилни принадлежности за инжектиране, адаптирано образование и информационни материали. Тези звена подсилват действията на МЗ в борбата срещу ХИВ в незащитените райони и правят по-лесен достъпа до услугите за ДКИ от страна на обществото.

ММЗ следват редовен месечен маршрут, за да предоставят грижи и подкрепа на клиенти, намиращи се на определени позиции, като всяка от тях се посещава два пъти в месеца от ММЗ. Освен това тези звена изграждат капацитет в общността относно групите за подкрепа и придържане към лечението.

2.2. Антиретровирусна терапия

Българското правителство предлага безплатно АРВ лечение за всички ХЖХС. То е платено изцяло от държавата и не е свързано със здравноосигурителната система, което го прави достъпно за всички граждани, без значение от техния социален и икономически статус. Здравни грижи за ХЖХС се предлагат в болниците за инфекциозни болести, към момента в три града – София, Варна и Пловдив. Министерство на здравеопазването планира да отвори още три нови звена за лечение на ХИВ/СПИН – в Плевен до края на 2007г. и в Стара Загора и Бургас – през следващата година²⁸. В момента болницата в София предоставя медицинско наблюдение на 300 ХИВ-позитивни хора и АРТ на 180. Броят на хората под наблюдение в Пловдив е 25, а във Варна – 15. Конфиденциалността им е гарантирана, въпреки че лечението не може да е анонимно.

Фондация „Каспар Хаузер“ управлява един от малкото центрове за психина и социална грижа за ХЖХС²⁹. Услугата се предлага в рамките на болницата за инфекциозни болести в София – място, на което основната част от ХЖХС в страната получават помощ. Екипът на организацията се състои от психолози и социални работници. Услугите се предлагат на всички пациенти, посещаващи болницата заради своя ХИВ статус. Фондацията осигурява „класическо водене на случаи“, както те го наричат, което включва: специализирани терапевтични интервенции за справяне с първоначалния шок след откриване на ХИВ статуса; консултиране за членове на семействата и партньорите на засегнатите; подкрепа за справяне с медицинската

²⁸ Интервю с Павел Малинов, председател на фондация „Каспар Хаузер“, август 2007г.

²⁹ Цялата информация за дейностите на фондация „Каспар Хаузер“ е получена в интервю с председателя и членове на организацията през август 2007г.

терапия; подкрепа за получаване на помощи от социалната система – пенсии и др. Услугите са безплатни, но не са анонимни, не защото не може да са анонимни, а защото до този момент клиентите си предоставят имената. В момента 228 хора поддържат постоянен контакт с тази организация.

Съществува още един подобен център, управляван от НПО, който предлага програми за АРВ лечение във Варна. Към момента „Каспар Хаузер“ е финансирана от МЗ чрез проект на ГФБСТМ. Развива се като независима организация и доста дълго време е финансирана само от чужди донори. За съжаление ХИВ/СПИН не е признат за социален проблем в страната и Министерството на труда и социалната политика не планира да вземе участие в развитието на програми за предоставяне на грижи на ХЖХС.

Трудно е да се предостави точна информация за броя на наркозависимите, които се лекуват чрез АРТ, дори и само поради факта, че не е необходимо те да обявяват своята зависимост. По данни на „Каспар Хаузер“, организацията поддържа контакти с 11 от клиентите си, които са наркозависими. Членовете на екипът обаче споделят, че не са обучени да работят с лица, употребяващи наркотични вещества и това представлява голямо предизвикателство за тях. Според техните наблюдения, наркозависимите са добре приети в болницата и не са обект на дискриминация, но въпреки това липсват някои специализирани услуги. Например тези, които са на метадоново поддържане и трябва да се хоспитализират в отделенията за хора с ХИВ, не могат да получат дозата от метадон в болницата и трябва да излизат често (всеки ден), за да продължат метадоновата програма за лечение. Не е ясно обаче, дали това се дължи на лошо управление от страна на болницата за инфекциозни болести или от страна на метадоновите програми, които често изискват всекидневни посещения.

2.3 Психичноздравни грижи за ХЖХС

Извън организации, подобни на „Каспар Хаузер“, които предлагат основно социална и психологическа подкрепа, не съществуват специализирани служби за психичноздравни грижи за ХЖХС. Психичноздравните проблеми на ХЖХС могат да се лекуват в рамките на общата здравна система. Въпреки това няма информация за психиатри и институции, предоставящи психичноздравни грижи, специално обучени за работа с ХЖХС. Екипът на „Каспар Хаузер“ организира обучения за тези институции, но не за психичноздравни специалисти. Фондацията дори съобщава за случай на лице с ХИВ, на което му е отказано хоспитализиране в психиатрична клиника, поради положителния му ХИВ статус.

Професионалисти от правителствени и неправителствени организации, предоставящи психичноздравни услуги в Благоевград признават, че им липсва обучение и информация за предаване на ХИВ и специфични грижи за хора с двойна диагноза (психиатрични проблеми и ХИВ). До този момент в месния психиатричен диспансер не е имало случай на пациент с ХИВ. Персоналът там има известни тревоги по отношение на работа с такъв пациент и те също признават липсата на координация между отделните институции и служби, работещи с различните страни на проблема³⁰.

³⁰Фокус група с професионалисти, предоставящи психичноздравни услуги в Благоевград, Май 2007г.

VI. ПСИХИЧНОЗДРАВНИ НУЖДИ НА ХЖХС, които са ИВН

Имайки предвид, описаната по-горе ситуация, става ясно, че на ИВН, които са ХИВ-позитивни, са подsigурени основни услуги, но все са налице доста неудовлетворени нужди.

Основният проблем на ХЖХС в страната е лошото икономическо положение, в което се намират. Много често те напускат работното си място след като разберат своя ХИВ статус поради психологически шок и невъзможност да се справят с работата; заради здравословни проблеми; поради дискриминиране и необходимост да крият статуса си, докато по същото време трябва да излизат от работа често, за да могат да посещават болницата. Някои от тези хора, но само с тежки здравословни проблеми, получават инвалидна пенсия, която обаче е твърде ниска (85 лева)³¹. Проблемът е много по-сериозен за тези, които не разполагат с подходящо лечение в населеното си място или в близост до него и трябва да пътуват до болницата в София (или на друго място). Съществува наредба, която урежда заплащането на тези транспортни разходи от страна на социалната система, но тя не се прилага ефективно от много години. От февруари 2007 г. Министерството на финансите започва редовно да отпуска финансиране на общините за заплащане на пътни разходи на хора, които имат нужда от лечение, предлагано в други градове, така че проблемът е решен, макар и много често съпътстван с бюрократични пречки³².

Проблемът с услугите, предлагани в други градове на страната изглежда една от основните пречки за наркозависимите, живеещи с ХИВ. В градове като Благоевград и Бургас – големи градове със сериозен проблем по отношение на употребата на наркотични вещества – няма програми за метадоново поддържане и лечение на ХИВ. И в двата града се наблюдава дефицит на професионалисти, обучени да работят с пациенти със зависимости и ХИВ³³. ИВН, живеещи с ХИВ в тези градове са изпращани в София или Варна (за тези от Бургас) за медицинско лечение. Това до известна степен не им позволява да търсят лечение главно поради липса на средства, с други думи централизирането на услугите представлява бариера пред достъпа до тях³⁴.

В София и Пловдив, където и двата вида услуги са достъпни, пречките са свързани главно с някои бюрократични изисквания, които са трудни за изпълнение от страна на наркозависимите.

„Нашата програма дава възможност за мобилно изследване на кръвта на наркозависимите, което прави тази услуга достъпна за голяма част от тях и през последните години успяхме да достигнем до наркозависими, живеещи с ХИВ. Нашият основен проблем е, че много от тях не се връщат за резултатите си и ние дори не можем да ги информираме за техният ХИВ статус. Друг проблем е, че някои от клиентите, които имат ХИВ и получават посттестово консултиране, отказват последващи услуги. След като са изследвани в нашите мобилни звена, те трябва да посетят Националната потвърдителна лаборатория за официално потвърждаване на резултатите, след това болницата за инфекциозни болести и метадоновата програма – всичките те ситуирани в различни градове. За някои от тях, които са слабо образовани и социално изолирани (доста често дори бездомни), това е доста трудна стъпка и те отказват, дори когато ние предлагаме да ги придружим. Изключително трудно е за хора от ромските квартали, които рядко напускат общността. По-добре ще е ако можем да предложим услуги за тях

³¹Интервю с Павел Малинов, председател на фондация „Каспар Хаузер“, август 2007г

³² „Човек, живеещ с ХИВ в Бургас понякога трябва да чака дълго и да събере пет подписа от различни общински представители за да получи средства за пътни разходи за лечение“ – интервю с Антоанета Радева, изпълнителен директор на асоциация „Доза обич“, септември 2007

³³ Интервю с Антоанета Радева, изпълнителен директор на асоциация „Доза обич“ и Марияна Станкова, председател на сдружение „Адаптация“, септември 2007

³⁴ Фокус група с професионалисти, предоставящи психичноздравни услуги в Благоевград, Май 2007г.

в общността – поне метадонова програма, тъй като тя се посещава редовно”, казва Елена Янкова, изпълнителен директор на фондация „Инициатива за здраве” – София. „Сериозна трудност за наркозависимите, живеещи с ХИВ в Пловдив представлява недостатъчният брой на места, предвидени за тях в метадоновата програма към Регионалния психиатричен диспансер. Липсата на документи за самоличност е непреодолима бариера за приемането им в програмата. Консултирането, предоставено от службите за ХИВ (център за ДКИ, Дерматологичен диспансер и Болница за инфекциозни болести) не е адаптирано към особеностите на ХИВ-позитивните роми, особено към тяхната социална, етническа и религиозна принадлежност. Консултирането след изследване трябва да е „преведено” на разбираем за тях език. Съществува липса на индивидуален подход и понякога дори открито дискриминиране на роми.” Тези впечатления са споделени от Ася Стоянова, директор на фондация „Панацея” – неправителствена организация, която предлага услуги за намаляване на здравните щети и консултиране и изследване на наркозависими в Пловдив.

Проблемите, свързани с бюрокрацията и дискриминирането са потвърдени по време на интервю с анонимен 30-годишен наркозависим, който е ХИВ-позитивен и живее в София³⁵. Неговият положителен статус е открит през 2005 г. от мобилния екип на фондация „Инициатива за здраве”. Скоро след това той е приет в програмата за метадоново поддържане в държавната болница за зависимости. „Преди това чаках дота дълго в списъка. Когато ме приеха, казах на доктора: „Беше ли необходимо да се заразя, за да ме приемете най-накрая?” Като цяло пациентът е доволен от програмата. Въпреки това той никога не е посещавал болницата за инфекциозни болести, в която се провежда АРТ, въпреки че е доста мотивиран да го направи с помощта на социални работници от „Инициатива за здраве” и медицинската сестра, която е водещ на случая в метадоновата програма. „Срамувам се да отида там, защото имам рани и възпаления на крака си в следствие от инжектиране. В миналото потърсих помощ в „Пирогов” и „ИСУЛ”³⁶, където се отнасяха много зле с мен, защото съм наркоман, нямах лична карта и здравна осигуровка.” Очевидно лошият опит със здравната система е сериозна пречка за този човек да търси лечение за ХИВ, въпреки че му е обяснено, че няма нужда от здравна осигуровка или други средства. Друг проблем е, че дори в момента той няма лична карта, което прави невъзможно приемането му в каквито и да е програми, докато отдалечеността на болницата не представлява проблем за него. Когато го попитахме за нуждите му, той отвърна, че ще е добре ако му е отпусната пенсия и това може да го мотивира да търси програми за лечение.

³⁵ Проведено през септември 2007.

³⁶ Големи болници в София.

VII. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Могат да бъдат посочени следните **положителни страни**, свързани с психичноздравните проблеми на ХЖХС, които са ИВН в България:

1. Съществува добре развита и формулирана Национална политика за ХЖХС и наркозависимите чрез националните програми за СПИН и наркотични вещества. Дейностите по превенция и програмите за подкрепа са приети на всички нива от стратегическото планиране.
2. Налице е сравнително добре развита система за превенция на ХИВ сред наркозависимите (намаляване на здравните щети), както и ДКИ, което гарантира спазването на човешките права (въпреки законодателството, здравната система гарантира анонимност и поверителност и не се прилагат задължителни мерки за регистриране на наркозависимите).
3. АРВ лечението е достъпно и гарантирано от държавните фондове за всички, които се нуждаят от него.
4. Разработени са добри практики в специализирани програми за социална и психологична подкрепа на ХЖХС. Пример за това е програмата, управлявана от фондация „Каспар Хаузер“.
4. В последните четири години превенцията, консултирането, изследването и психо-социалните програми се финансират с подкрепата на Министерство на здравеопазването, което е индикатор за ролята на правителството и засилва устойчивостта на тези програми.

На фона на това съществуват и слабости, които е необходимо да се посочат:

1. На националните политики не винаги е предоставено необходимото финансиране. Такъв пример е националната програма за наркотиците.
2. Лечението на наркотични зависимости не е развито добре и често е труднодостъпно за много наркозависими, особено за тези с най-нисък социален статус (социално слабите, които нямат здравни осигуровки, необразованите, и др.), които в същото време имат рисково поведение и са уязвими към заразяване с ХИВ.
3. Ограничителното законодателство по отношение на наркозависимите затруднява мерките по превенция и спомага за лишаването от свобода, което е допълнителен фактор за разпространението на инфекции, предавани по полов и кръвен път.
4. Медицинските грижи за ХЖХС са все още доста централизирани, поради което са и труднодостъпни за много хора.
5. Очевидно проблемът с ХИВ е възприеман и лекуван главно като медицински, но не и като социален проблем. Социалната политика на страната и съответните структури (Министерство на труда и социалната политика) не играят никаква роля в програмите за ХЖХС. Това засилва социалните проблеми, с които се сблъсква тази група (безработица, бедност и др.).
6. Програмите за психо-социална подкрепа за ХЖХС са доста ограничени и изпитват трудност да работят с наркозависими поради липса на обучения. Подходящ пример за това е програмата на фондация „Каспар Хаузер“.
7. Няма служби, които да са подготвени за работа с наркозависими с ХИВ (например да съчетават АРВ лечението с метадоновото поддържане), което на този етап може да бъде обяснено с малкия брой на ХИВ-позитивните наркомани, но това може да е причина за сериозни проблеми, ако този брой се увеличи чувствително.
8. Съществуващите програми за предоставяне на грижи обикновено изискват средства и затова са труднодостъпни за социално изолирани групи.

Добри **възможности** за бъдещо развитие биха могли да са:

1. Ниският процент на заразените с ХИВ сред ИВН, както сред населението като цяло като най-основната и важна възможност. Това предимство трябва да се използва за по-широко прилагане на ефективна и обхватна превенция, лечение, грижа и подкрепа.
2. Плановете за разширяване обхвата на АРВ лечението (виж част V. 2.2) са обещаващи с оглед на сегашните трудности, свързани с централизирането на услугите.
3. Моделите, разработени от НПО в сферата на превенция и грижа за наркозависимите и ХЖХС може да се използват и мултиплицират за по-широко разпространение в страната.

Възможни **заплахи** са:

1. Въпросът за устойчивостта във времето на програмите за превенция и грижи. Освен медицинското лечение, всички останали програми в този момент се финансират от държавата благодарение на ГФБСМТ до края на 2008 г. Все още няма индикации, че държавата или общините са готови да подпомогнат програмите с финансови средства. В същото време чуждестранните донори се оттеглят от страната поради напредналото икономическо развитие.
2. Лечението и услугите за предоставяне на грижи не са добре подготвени за работа със социално изолирани групи – например неграмотни, бездомни, без документ за самоличност и т.н. – което може да е причина за много проблеми ако броят на ХИВ-позитивните се увеличи рязко.

От тези изводи могат да бъдат изведени следните препоръки:

Държавните институции и вземащите решенията да:

1. Осигурят достатъчно и устойчиво финансиране за изпълнението на националните програми за СПИН и наркотици.
2. Подпомагат системата за лечение на наркотичните зависимости, да осигурят няколко възможности за лечение, които са достъпни за всички лица, употребяващи наркотични вещества.
3. Преосмислят ползите и негативните последици от ограничителната политика по отношение на наркотиците и да предложат реформи.
4. Развиват програмите за метадоново поддържане като инструмент за ефективна и обхватна превенция на ХИВ. Програмите трябва да се разработват с по-широк обхват и да се адаптират към различни целеви групи. Леснодостъпни програми са нужни за изолираните общности (ромските квартали), пригодени към техните характерни черти и нужди.
5. Децентрализират медицинската грижа за ХЖХС и да ги ситуират в цялата страна за по-ефективно географско покритие.
6. Поощряват социалните програми за ХЖХС – включване на ХЖХС сред приоритетните групи. Финансирането на програмите за предоставяне на грижи на ХЖХС трябва да се подсигури от Министерството на труда и социалната политика.
7. Подготвят подходящи услуги за пациенти с двойни проблеми – наркотични зависимости и ХИВ. Това трябва да включва обучение на персонал, възможно най-малко бюрокрация и осигуряване на двустранни услуги едновременно (например АРТ и метадоново поддържане).

Неправителствените организации и служби да:

1. Проучат и мултиплицират съществуващите модели на специализирани програми за социална и психологическа подкрепа на ХЖХС.
2. Организируют проучване за пречките и бариерите, които стоят пред услугите за ХИВ от гледна точка на ХИВ-позитивните наркозависими.
3. Сътрудничат активно със здравните служби за осигуряване на по-добър достъп и условия за социално изолираните групи.

4. Използват съществуващите програми за социална подкрепа за предоставяне на социални услуги за ХЖХС и да насърчават внедряването на проблемите на ХЖХС сред приоритетите на социалната политика.

Екипът на ГИП да:

1. Проведе проучване сред психичноздравните специалисти за тяхното разбиране на проблема и готовността им за работа с ХЖХС.
2. Обучат и увеличат чувствителността на основните психичноздравни специалисти на теми, свързани с ХИВ/СПИН.
3. Предоставят обучение относно програми за психо-социална подкрепа на ХЖХС и работа с наркозависими.
4. Проведат проучване и оценка на нуждите на ХЖХС по отношение на психичноздравни им проблеми.

Приложения

Приложение 1

Въпросник 1

Ася Стоянова, Елена Янкова, Тони Милева

1. Колко ИВН получават терапия за ХИВ (ако данните са в цифри, моля посочете дали са официални или са според Вашата лична преценка)? Те включени ли са и в метадоновата програма? Как пациентите успяват да комбинират двете програми?
2. Кои са основните трудности за ХЖХС и ИВН във Вашия град? Кои са службите, които работят с тях?
3. Кои са основните нужди на ХЖХС и ИВН във Вашия град? Кой може да се счита за агент на промяната?

Въпросник 2

Антоанета Радева и Мариана Станкова

1. Къде и какъв вид услуги получават ХИВ-позитивните и ИВН във Вашия град?
2. Какви са основните проблеми и трудности пред ХЖХС и ИВН във Вашия град?
3. Кои са основните нужди на ХЖХС и ИВН във Вашия град? Кой може да се счита за агент на промяната?

Въпросник 3

Целеви групи

1. Какви услуги получавате от както сте открили положителния си статус и къде ги получавате?
2. Доволни ли сте от услугите, които получавате?
3. Какви са причините, поради които не търсите терапия за ХИВ? Бихте ли започнали да търсите такава, ако се намира по-близо до Вас или е на същото място, където се осъществява метадоновата програма?
4. Какви да нуждите Ви?

Въпросник 4

Павел Малинов, председател на фондация, работеща с ХЖХС – „Каспар Хаузер“

1. Какъв вид услуги за ХЖХС предоставя Вашият център? Има ли други подобни програми в страната?
2. По какъв начин държавата подкрепя програми за психологични грижи и услуги за ХЖХС?
3. Какви са Ви взаимоотношенията със системата за психичноздравни грижи във Вашата страна? Предоставяли ли сте някога обучение за работа с ХЖХС на психиатри?
4. Вашата програма работи ли с хора, употребяващи наркотични вещества? По какъв начин тези хора са лекувани в държавните болници?

5. Кои са основните нужди и проблеми на ХЖХС в България?

Въпросник за фокус групата с професионалисти, работещи с ХЖХС:

1. Според Вас, кои са най-сериозните проблеми на ХЖХС?
2. Според Вас, какви са обществените нагласите по отношение на ХЖХС?
3. Според Вас, предприети ли са действия за:
 - Борба със стигматизирането и дискриминацията;
 - Интегрирането на ХЖХС.
4. Има ли хора, които разполагат с достатъчно информация за ХИВ/СПИН?
5. Според Вас, кои са начините за подобряване информираността на обществото?
6. Вашата организация работи само в сферата на ХИВ/СПИН или развивате и други дейности?
7. Според Вас, в каква посока трябва да започнат промените?
8. Знаете ли каква е ситуацията в България и колко са заразените с ХИВ/СПИН до момента?
9. Считате ли, че можете сами да инициирате дейности или предпочитате да сте част от дейностите в общността с цел предотвратяване разпространението на ХИВ?
10. Разполагате ли с информация относно националната политика за превенция на разпространението на ХИВ; за дискриминирането на ХЖХС?
11. Ако член на семейството Ви се зарази с ХИВ, ще се съгласите ли да се грижите за него/нея във Вашия дом?
12. Ако разберете, че продавачът в магазина е ХИВ-позитивен, ще продължите ли да пазарувате от там?
13. Ако учител е заразен с ХИВ, считате ли, че ще му/й бъде разрешено да продължи работата си в училище?
14. Ако член на семейството Ви е заразен, бихте ли пазели това в тайна?

Приложение 2

Списък с интервюирани лица:

1. Елена Янкова – изпълнителен директор, фондация „Инициатива за здраве“, София - пряко интервю
2. Ася Стоянова – изпълнителен директор, фондация „Панацея“, Пловдив – интервю по електронен път
3. Тони Милева – председател, фондация „За по-добро психично здраве“, Варна – интервю по електронен път
4. Антоанета Радева - изпълнителен директор, сдружение „Доза обич“, Бургас - интервю по електронен път
5. Марияна Станкова – председател, сдружение „Адаптация“, Благоевград - интервю по електронен път
6. Павел Малинов – председател, фондация „Каспар Хаузер“, София и екипа на организацията - пряко интервю
7. Анонимен ХИВ-позитивен наркозависим от София, участник в аутрич програма на фондация „Инициатива за здраве“ – пряко интервю
8. Фокус група с професионалисти в сферата на ХИВ/СПИН в България

Използвани материали:

1. Годишен доклад по проблемите на наркотиците и наркоманите в България за 2006г., Националният фокусен център за наркотици и наркомании, 2006г.
2. Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите.
3. Национална програма по превенция, контрол и рехабилитация на наркотичните зависимости в Република България за периода 2001-2005г.
4. Национална програма за профилактика и контрол на ХИВ/СПИН и ППБ за периода 2001-2007г., Министерство на здравеопазването, 2002г.
5. Национална стратегия за борба срещу наркотиците за периода 2003-2008г.
6. Отвъд бариерата. Инжекционна употреба на наркотици: състояние, тенденции, рискове, фондация „Инициатива за здраве“, 1998г.
7. Проект „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН и туберкулоза сред най-рисковите групи в България 2003-2007“, Национален координационен комитет за борба срещу СПИН и туберкулоза.
8. Наредба №30 / 20.12.2000г., Министерство на здравеопазването.
9. Пазарът на наркотици в България, Център за изследване на демокрацията, 2003г.
10. Тихомир Безлов, Кас Барендрехт, Инжекционно употребяващите наркотици в България – Профил и рискове, фондация „Инициатива за здраве“, 2004г.
11. Тихомир Безлов, Хероиновите потребители една година след отпадането на „личната доза“ в България, фондация „Инициатива за здраве“, Институт „Отворено общество“, София 2005г.
12. Търсене на лечение и бариерите за достъп до лечение на зависимости сред проблемно употребяващите наркотици в България, Националният фокусен център за наркотици и наркомании, фондация „Инициатива за здраве“, 2007г., непубликуван.

Психично здраве и ХИВ/СПИН

Въпросите за психичната болест са сложно преплетени с темата за ХИВ/СПИН. Психичната болест може да е както причинен фактор, така и последствие. Психичноздравното лечение и подкрепата на хора, живеещи с ХИВ/СПИН, е ключът както към подобряване на живота им, така и към предотвратяването на по-нататъшно разпространение на инфекцията. Това е тревожен въпрос особено в Централна и Източна Европа и новите независими държави, където епидемията се разпространява бързо и броят на хора с психична болест нараства, а намирането на ресурси и средства за лечение е голямо предизвикателство.

Да се изправим пред нуждите

„Психично здраве и ХИВ/СПИН в страните от Централна и Източна Европа и бившите съветски републики“ е проект на Глобална инициатива в психиатрията, който е адресиран към често омаловажаваната връзка между психично здраве и ХИВ/СПИН. Създадената по този проект мрежа, подкрепя усилията да се подобри качеството на живот и да се намали страданието на хора, живеещи с ХИВ/СПИН. Мрежата се стреми към подобряване на знанието за взаимоотношението между психичното здраве и ХИВ/СПИН и спомага за развитието на обширна система от психичноздравна помощ за хора, заразени с ХИВ. Освен това се подкрепят усилията за повишаване на разбирането у здравните професионалисти и обществото като цяло и намаляване на стигмата, свързана с психичното здраве и ХИВ/СПИН. Тази мрежата се реализира чрез местни ресурсни центрове, които съсредоточават работата си върху проучвания и обучения, застъпничество и формиране на съзнание, изграждане на мрежа и многообразие от други интервенции.

Глобална инициатива в психиатрията

Глобална инициатива в психиатрията се стреми да промоцира хуманна, етична и ефективна психичноздравна помощ по целия свят и особено в страни, в които психичноздравните грижи са под нормалните стандарти и често се нарушават човешките права на потребителите. Работата се базира на основните ценности, според които всеки човек трябва да има възможността да реализира своя пълен потенциал като човешко същество, въпреки индивидуалните слабости или обстоятелствата на живот. Всяко общество има специално задължение да изгради обширна, цялостна система за предоставяне на етично, хуманно и индивидуално лечение, грижи и рехабилитация, и да противодейства на стигмата и дискриминацията срещу хора с психична болест или преминали психиатрично лечение.

Проект „Психично здраве и ХИВ/СПИН в страните от Централна и Източна Европа и бившите съветски републики“

Изпълнението на този новаторски проект е възложено на Глобална инициатива в психиатрията от Министерство на външните работи на Кралство Холандия. Основната му цел е да подобри качеството на живот и да намали страданието на хората от региона, живеещи с ХИВ/СПИН, които имат и психичноздравни проблеми, както и на хората, които се грижат за тях, партньори и семейства. ХИВ/СПИН е голям проблем в страните, които са цел на проекта - той или придобива размери на епидемия, или заплахва да се превърне в такава. Често липсват висококачествени грижи и нововъведения в лечението, естеството и тежестта на заболяването нерядко води до сериозни психични проблеми сред засегнатите, както и сред техните партньори, семейства и приятели. ХИВ-позитивните хора с депресия или други психологични проблеми, като злоупотреба с наркотични вещества и алкохол, са по-малко склонни да следват лечебен или превантивен режим и по-склонни към рисково поведение. В допълнение на това, при хора с психично заболяване или с интелектуални затруднения, рискът да бъдат заразени е по-голям. Този сбор от взаимодействащи си проблеми изисква специално внимание, но в повечето случаи се пренебрегва по целия свят. Поради двойната стигма и недостига на ресурси в целевите страни, в момента помощта може да бъде задействана единствено с външен опит и финансиране. В основата на проекта, действащ между 1 януари 2005 и 31 декември 2008, е създаването на мрежа от ресурсни центрове по психично здраве и ХИВ/СПИН в региона. Страните от първа фаза са Грузия, Киргизстан и Молдова, а страните от втора фаза са Армения, Азербайджан, България, Казахстан, Сърбия и Таджикистан.

Основната роля на централите е да:

- * да провеждат епидемиологични изследвания и оценки на нуждите на различните целеви групи по проекта;
- * да развиват и внедряват програми за дестигматизация и обучение за хора с ХИВ/СПИН, за тези, които се грижат за тях, за семействата им и за обществеността като цяло;
- * да обучават професионалисти в психичноздравните аспекти на ХИВ/СПИН;
- * да разработват ефективни начини за справяне със свързаните с ХИВ/СПИН психичноздравни проблеми;
- * да функционират като ресурсни центрове с лесен достъп до необходими публикации и учебителни материали.

Този доклад се издава в рамките на проект „Психично здраве и ХИВ/СПИН в страните от Централна и Източна Европа и бившите съветски републики“, с финансовата подкрепа на Външно Министерство на Кралство Холандия и Институт „Отворено Общество“.

ИНФОРМАЦИОНЕН ЦЕНТЪР ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

2700 Благоевград
ул. „Иван Михайлов“ №66 ет.2
тел./факс: 073/835921
e-mail: info@mh-center.info

<http://mh-center.info>