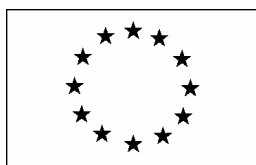


**Стационарната  
психиатрична помощ  
и правата на човека  
в България  
през 2005 г.**



**Български хелзински комитет  
София, 2005 г.**



Тази книга е изготвена с финансовата помощ на Европейската общност. Изложените в нея възгледи са на Български хелзинкски комитет и по никакъв начин не може да се смята, че отразяват официалното мнение на Европейската комисия.

Български хелзинкски комитет

Автори:

Д-р Георги Банков, Станимир Петров,

Славка Кукова, д-р Савка Савова

Коректор: Анка Стефанова

Дизайн и предпечат: *VLL*

Печат: *МП 2000*

ISBN: 954-9738-22-1

София, 2005

## Съдържание

Съкращения .....	4
Увод .....	5
1. Общ преглед на системата на стационарната психиатрична помощ в България и обхвата на принудителните медицински мерки.....	6
2. Процедура по настаняване на пациентите на задължително и принудително лечение .....	11
3. Материални условия в психиатричните стационари.....	56
4. Медикаментозна терапия в българските психиатрични болници и диспансери. Смъртни случаи. Информирано съгласие .....	64
5. Други видове терапии, достъпни за потребителите на психичноздравни услуги в психиатричните болници .....	77
6. Изолиране и имобилизация .....	84
7. Хранене.....	96
8. Кореспонденция, достъп до телефон, свиждане и домашен отпуск .....	104
9. Персонал .....	112
10. Инспекции .....	118
11. Препоръки.....	120
Приложение № 1. Оценка на риска (медицински стандарт „Психиатрия“) .....	125
Приложение № 2. Списък на държавни психиатрични болници и диспансери, посетени от екипа на Български хелзинкски комитет през периода май-август 2005 г. ....	128

## Съкращения

- БПА – Българска психиатрична асоциация  
БХК – Български хелзинкски комитет  
ДПБ – Държавна психиатрична болница  
ЗЗ – Закон за здравето  
ЗНЗ – Закон за народното здраве  
ИЗ – История на заболяването  
ИССИ – Институт за социални и синдикални изследвания  
ИТ – Инспекция по труда  
КНСБ – Конфедерация на независимите синдикати в България  
КПИ – Комитет против изтезанията  
МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение  
МВР – Министерство на вътрешните работи  
МЗ – Министерство на здравеопазването  
МС – Министерски съвет  
НЗОК – Национална здравноосигурителна каса  
НК – Наказателен кодекс  
НПК – Наказателнопроцесуален кодекс  
НРД – Национален рамков договор  
НЦЗИ – Национален център за здравна информация  
ОДПЗС – Областен диспансер за психично здраве – стационар  
ОПЛ – общопрактикуващ лекар  
ПАБ – Противопожарна и аварийна безопасност  
ПУДЛЗСПП – Правилник за устройството и дейността на лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения  
РП – Районна прокуратура  
РПУ – Районно полицейско управление  
РС – Районен съд  
РЦЗ – Регионален център по здравеопазване  
ХЕИ – Хигиенно-епидемиологична инспекция  
ЦСМП – Център за спешна медицинска помощ

## Увод

Настоящото изследване на БХК е резултат от наблюдение на 11 държавни психиатрични болници и 8 областни диспансера за психично здраве в България. Наблюдението бе проведено през периода май-август 2005 г. от екип на БХК в състав: д-р Георги Банков, Станимир Петров, Славка Кукова, д-р Савка Савова, а в някои от посещенията се включи и адвокат Анета Мирчева. Фокусът на изследването бе положението на пациентите, настанени в психиатричните стационари на задължително лечение по реда на новия Закон за здравето, както и на пациентите, настанени на принудително лечение по реда на Наказателнопроцесуалния кодекс (НПК). В рамките на едnodневни посещения във всеки стационар изследователите на БХК събраха данни относно практиката по настаняване на пациенти на задължително и принудително лечение в психиатричните стационари, материалните условия, храненето и лечението на пациентите, осигуряването на достъп до външния свят, мерките за изолация и имобилизация, достъпа на пациентите до информация, механизма за подаване на жалби от страна на пациентите, положението на персонала и инспекциите, които държавни органи извършват в психиатричните стационари. Изследователите на БХК предварително се запознаха с настоящото законодателство относно задължителното и принудително стационарно психиатрично лечение, както и разработиха въпросник за събиране на данни, който улесни обобщаването им. В психиатричните стационари те интервюираха някои от настанените на лечение и персонала. На 2 ноември 2005 г. екипът на БХК представи предварителна версия на настоящата публикация на подбрана група психиатри. Редица бележки, направени на това обсъждане, впоследствие бяха отразени в публикацията. Подобно наблюдение БХК осъществи за втори път след 2001 г., когато екип на БХК заедно с представители на Българска психиатрична асоциация посетиха същите стационари и извършиха наблюдение там. В края на настоящата публикация БХК отправя препоръки, които се основават на установените от наблюдението недостатъци и нарушения на националното и международното законодателство.

## 1. Общ преглед на системата на стационарната психиатрична помощ в България и обхвата на принудителните медицински мерки

В България към 2004 г. има 11 държавни психиатрични болници с 2750 легла и 12 диспансера за психични заболявания с 1524 легла. Към тях се добавят десет психиатрични отделения към многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ) с около 338 легла<sup>1</sup> и седем психиатрични клиники към пет медицински университета, военномедицински институт и национални центрове с общо около 617 легла<sup>2</sup>, които обаче останаха извън обсега на настоящото изследване на БХК. Броят на леглата в психиатричните болници е намалял с 10 % от 3075 през 2000 г. на 2750 през 2004 г., а броят на леглата в диспансерите е намалял с 5 % от 1604 през 2000 г. на 1524 през 2004 г.

Статистическите данни относно хоспитализациите на психиатрично болни пациенти имат множество недостатъци<sup>3</sup>. От събираните данни от Националния център за здравна информация (НЦЗИ)<sup>4</sup> не е възможно да се направят изводи за броя на пациентите, които преминават средногодишно през психиатричните стационари, а само за броя хоспитализации на година. Не е възможно да се установи и съотношението между броя на хоспитализираните пациенти срещу броя епизоди на обслужване, нито броят на рехоспитализираните пациенти годишно, което би спомогнало за оценка на качеството на процеса на лечение. Освен това липсва и единен информационен протокол за обработка на данните.

Все пак според статистически данни на НЦЗИ броят на хоспитализациите в различни психиатрични институции през последните години е както следва:

---

<sup>1</sup> Към 2003 г. според *Икономически аспекти на стационарната психиатрична помощ в Република България*, Анна Бедрозова, Иван Герджиков, Рецептгор, Български психиатричен журнал, брой 1, 2005 г.

<sup>2</sup> Пак там.

<sup>3</sup> Мнение, изразено от група български психиатри на среща с изследователски екип на БХК, 2.11.2005 г.

<sup>4</sup> <http://www.nchi.government.bg/>

	ДПБ	ОДПЗС	Отделения и клиники	Общо
1999 г.	9308	14 728	11 644	35 680
2000 г.	9463	14 007	11 284	34 754
2003 г.	9787	15 384	11 060	36 231
2004 г.	9861	16 977	13 902	40 740

Анализът на данните от таблицата показва, че относителният дял на хоспитализациите преди стартирането на *Националната програма за психично здраве* в ДПБ и ОДПЗС от общия брой хоспитализирани в стационари е около 67 %. Останалите 33 % хоспитализации са за лечение в стационари на отделения към МБАЛ, в клиники към медицински университети, Военномедицински институт и Национален център по наркомании. Пет години по-късно, през 2004 г., относителният дял на хоспитализациите в ДПБ и ОДПЗС от общия брой хоспитализации в психиатрични стационари е около 66 %, т.е. намалението, в противовес на целите на Националната програма за психично здраве, е незначително. Още повече че броят на хоспитализациите само в ДПБ към края на програмата не намалява, а леко се увеличава, за което обаче би могло да има поне две обяснения. Възможно е поради тенденцията за намаляване на средния престой на пациентите увеличението на хоспитализациите да се дължи на по-голям брой хоспитализации на един болен. Възможно е и самите пациенти да са се увеличили като брой.

От общия брой психиатрични хоспитализации тези, които са на лица, постъпили на задължително лечение през 2003 г., са били 1966, а през 2004 г. те са 2389. През 2003 г. техният дял е бил 5,4 %, а през 2004 г. – 5,9 % от всички хоспитализации. Тук отново е възможно това увеличение да се дължи на неколкочратно хоспитализиране на едни и същи пациенти за една година, а не на подчертана политика за увеличаване на броя пациенти на задължително лечение. В сравнение с 1999 г. и 2000 г. делът на настанените на задължително лечение през 2003 и 2004 г. се е увеличил с един процент.

Психиатричните болници и диспансери отчитат най-висок среден престой на пациент за 2003 г. в сравнение с другите болнични заведения – 47,9 дни. Според данни на НЦЗИ към 2003 г. 2967 от всеки 100 000 души от населението на България са били под диспансерно наблюдение заради психично заболяване, което е с 271 души повече в сравнение с данните от 2000 г.

Изследването на БХК от май-август 2005 г. в психиатричните стационари включи оценка на изпълнението на някои елементи от политиката на Министерство на здравеопазването за психичното здраве на Република България 2004–2012 година<sup>5</sup>. Тя е насочена към хората с тежка психична болест и в нея като основни приоритети са зададени, наред с други, и „борба със стигмата и дискриминацията на психичноболните, гарантиращи снижаването на икономическото и социалното бреме на психичната болест“ и „осигуряване на равен и адекватен достъп до психичноздравни грижи на всички хора с психични проблеми“. Тази политика, с цялата си критичност, не се различава особено в концептуално отношение от приетата от Министерски съвет през 2001 г. *Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2001–2005 година*. И последната включваше изграждане на един социално-здравен подход към лечението на психичноболните за разлика от дотогавашния медицински подход. Системата от мерки, предлагана в програмата, включваше съкращаване на много от досега съществуващите заведения за стационарна психиатрична помощ и изграждане на стационари към многопрофилните болници; предлагане на услуги на територията на общността и доставяне на грижи в дома на болния; въвеждане на модерни медицински технологии; създаване на регионални програми за психично здраве и тяхното обвързване с другите елементи на социалната среда на психичноболните, както и зачитане на техните човешки права, и разработване на нормативна уредба, регламентираща горепосочените мерки. Така зададени програмите са базирани и съобразени с *Принципите за защита на лица с психична болест и за подобряване на психичноздравната помощ*, приети е Резолюция 46/119 от Генералната асамблея на ООН на 17.12.1991 г.

Трябва да се отбележи, че най-значимият резултат от програмата от 2001 г. бе разработването на нова законодателна уредба на проблемите на психичното здраве в новия *Закон за здравето*<sup>6</sup> и догълващите го наредби. В закона се определят като основни носители на задължението за осигуряване на дейности за опазване на психичното здраве държавата, общините и неправителствени организации. Всички те би трябвало да осигуряват на лицата с психични разстройства достъпна и качествена медицинска помощ, грижи и подкрепа, необходими за живота им в семейството и в общността, да защитават психичното здраве при рисковите групи (деца, учащи се, възрастни хора, лица, пребиваващи в социални заведения, воен-

---

<sup>5</sup> [http://www.mh.government.bg/program\\_and\\_strategies.php](http://www.mh.government.bg/program_and_strategies.php)

<sup>6</sup> Обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 1.01.2005 г.



нослужещи, задържани и лишени от свобода); да провеждат активна профилактика на психичните разстройства; да подкрепят обществените начинания в областта на психичноздравната помощ; да провеждат специализирано продължаващо обучение на лицата, които осъществяват дейности по опазване на психичното здраве; да изпълняват програми за обучение по укрепване и опазване на психичното здраве на лицата, които преподават, извършват лечебна дейност, социална адаптация, организация и управление, опазване на обществения ред; да осигуряват обществена информираност по проблемите на психичното здраве<sup>7</sup>.

Специално общините имат задължение да „осигуряват условия за провеждане на психосоциална рехабилитация и за подкрепа с финансови и материални средства, включително предоставяне на жилища на лицата с психични разстройства“<sup>8</sup>.

Прогресивна е и заложената в закона визия за основните принципи при лечението на лица с психични разстройства. Сред тях са: минимално ограничаване на личната свобода и зачитане правата на пациента; намаляване на институционалната зависимост на лицата с психични разстройства от продължително болнично лечение, при условие че това не противоречи на утвърдените медицински стандарти; изграждане на широка мрежа от специализирани заведения за извънболнична психиатрична помощ и приоритет на грижите в семейството и социалната среда; интегрираност и равнопоставеност на психиатричната помощ с останалите медицински направления; спазване на хуманитарните принципи и норми при осъществяване на лечебния процес и социална адаптация; стимулиране на самопомощта и взаимопомощта и осигуряване на активна обществена и професионална подкрепа на лицата с психични разстройства; специализирано обучение, професионална подготовка и преквалификация на лицата с психични разстройства с цел тяхната социална адаптация; участие на хуманитарни неправителствени организации в процеса на лечение и социална адаптация<sup>9</sup>.

Според политиката за психично здраве от 2004 г. „основен принцип при провеждането на психичноздравна политика е спазването на човешките права на потребителите на психиатрични услуги“<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Чл. 145, ал. 1 от Закона за здравето (33).

<sup>8</sup> Чл. 145, ал. 2 33.

<sup>9</sup> Чл. 148 33.

<sup>10</sup> Политика на Министерство на здравеопазването за психичното здраве на Република България 2004–2012 година, [http://www.mh.government.bg/program\\_and\\_strategies.php](http://www.mh.government.bg/program_and_strategies.php).

За съжаление, по време на наблюдението си през 2005 г. в държавните психиатрични болници и диспансери БХК не попадна на информация или впечатления за съществуването и функционирането на някои от набелязаните мерки. Макар и да са налице няколко дневни центъра за психосоциална рехабилитация (например „Адаптация“, друг – в процес на изграждане в гр. Благоевград), както и защитени жилища за хора с психични разстройства (например жилища на бивши пациенти на ДПБ – Нови Искър)<sup>11</sup>, те съвсем не са в състояние да отговорят на нарастващите потребности на психичноболните хора в България и доколкото съществуват, са разположени в големите градове и имат крайно недостатъчен капацитет и ограничен диапазон на дейност. Тревожно е, че единственото защитено жилище за психичноболни лица в София, което бе финансирано съвместно от фондация „Отворено общество“ и МЗ, не успя да функционира и бе закрито. Доколкото предоставянето на психичноздравни услуги все още е концентрирано в психиатричните стационари и диспансери, то се осъществява в разрез с набелязаните реформаторски мерки и ако е налице някаква промяна, тя е непоследователно провеждана и нееднакво споделяна от единната общност на психичноздравните работници.

Тъй като основните концепции в психичноздравната политика от програмата от 2001 г. са запазени в новата политика и вероятно ще залегнат и в програмата за психично здраве на гражданите на Република България 2006–2012 г., то БХК изразява своята загриженост относно смисъла и ефекта от разработване на стратегически и политически документи, регулиращи бъдещата политика в тази сфера, чиито приоритети не биват реализирани, както сочи опитът от последните четири години.

Все пак положителен елемент в областта на психичноздравната политика е, че тези официални правителствени документи са свидетелство за разпознаване на проблемите, критичното им оценяване и набелязване на адекватни мерки за разрешаването им.

---

<sup>11</sup> Отчети за дейността на Национален център по опазване на общественото здраве по Националната програма за психично здраве от 2001 г.

## 2. Процедура по настаняване на пациентите на задължително и принудително лечение

Изследването на БХК на държавните психиатрични болници и психодиспансери<sup>12</sup> беше фокусирано главно върху състоянието на правата на пациентите, настанени на задължително и принудително лечение, като не пренебрегна и настанените на доброволно лечение. В предходното си наблюдение, осъществено през 2001 г., БХК набеляза основни пропуски в българското законодателство, регламентиращи процедурата по настаняване на задължително лечение в психиатрично заведение, които бяха в остро противоречие със съществуващите международни стандарти за справедлив процес. По-конкретно, тези пропуски се състояха в липсата на правна регламентация за предварителна преценка от медицински експерт на психичното състояние на лице, което се задържа дори за експертиза в психиатрично заведение, липсата на изрично формулирани в закон акт правомощия на прокуратурата да задържа лица в лечебни заведения за експертиза, липсата на възможност за обжалване законността на задържането пред съд от задържаното лице.

Новият *Закон за здравето* съдържа различно организиран модел на процедура за настаняване на задължително лечение в сравнение с предходния, който адекватно регламентира гаранции срещу произвол при настаняването. Новата уредба съдържа задължение за взимане на експертно становище за психичното състояние на лицето, чието задържане се иска, и опасността, произтичаща от него. Процедурата от самото ѝ начало се провежда пред съд и се дава възможност на лицето да обжалва решението за настаняване на задължително лечение. Освен това се въведе задължителна правна защита на настанявания по време на съдебното производство, определена се максимални срокове за изготвяне на експертиза, за насрочване на съдебните заседания и се намали срокът на задължителното лечение от шест на три месеца.

Според 33 задължителното лечение се осъществява в лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ и психиатрични диспансери, в психиатрични отделения или клиники на многопрофилните болници и в лечебни заведения за специализирана психиатрична извънболнична помощ<sup>13</sup>. При посещенията на психиатричните болници и диспансери се уста-

---

<sup>12</sup> Виж Приложение № 2 в края на публикацията.

<sup>13</sup> Чл. 156, ал. 2 ЗЗ.

нови, че има болници, където задължително лечение не се осъществява поради установена практика. Например в психиатричната клиника в Александровска болница в гр. София не се приемат пациенти на задължително лечение, а в диспансерите такива се настаняват само за период от няколко часа (ОДПЗС – София) до 20 дни (останалите диспансери) или въобще не се приемат (ОДПЗС – Велико Търново). Така задължително лечение по-дълго от месец се продължава в най-близката психиатрична болница.

По време на посещенията си наблюдателите на БХК установиха, че относителният дял на настанените на задължително лечение пациенти спрямо тези на доброволно лечение е много различен за различните болници, както и че делът на тези пациенти в болниците е значително по-висок от този в диспансерите. В болниците задължително настанените на лечение са от 7 до 30 % от всички пациенти, като най-висок бе делът на тези пациенти в ДПБ – Нови Искър, ДПБ – Карвуна, ОДПЗС – Добрич, и ОДПЗС – Враца – около 30 %. В останалите болници този дял е от 10 до 25 % от всички болни, като в ДПБ – Ловеч, ДПБ – Раднево, и ДПБ – Кърджали, този дял е най-нисък. По време на събиране на информацията се установи, че във всички психиатрични заведения настанените на задължително и на доброволно лечение не се разделят освен ако това не се налага от режима, на който се поставят. Така в отделните заведения не се водеше ясна статистика за задължително и доброволно постъпилите пациенти. БХК одобрява практиката на съвместно лечение на пациенти на доброволно и задължително лечение, но смята, че е нужно да се води отделна статистика за пациентите на задължително лечение на вътреболнично ниво.

Според интервюираните лекари след промените в ЗЗ все по-рядка практика е да се настаняват пациенти на задължително лечение и към нея се прибегва само в краен случай. Според голяма част от медицинския персонал в болниците и диспансерите новата процедура е потромава и изисква повече усилия от тяхна страна и затова е налице стремеж за избягването ѝ чрез убеждаване на пациента за доброволно лечение до няколко дни след задържането или принудителното му довеждане в болницата/диспансера.

## 2.1. Оценка на риска

Обект на задължително настаняване и лечение според новия ЗЗ<sup>14</sup> са „лицата по чл. 146, ал. 1, т. 1 и 2, които поради заболяването си могат да

---

<sup>14</sup> Чл. 146, ал. 1, т. 1 и 2 ЗЗ.

извършат престъпление, което представлява опасност за близките им, за околните, за обществото или застрашава сериозно здравето им". Това са психичноболни лица с установено сериозно нарушение на психичните функции (психоза или тежко личностно разстройство) или с изразена трайна психична увреда в резултат на психично заболяване и лица с умерена, тежка или дълбока умствена изостаналост или съдова и сенилна деменция. За да бъдат настанени на задължително лечение, за тези лица трябва да бъде доказано, че е налице вероятност да извършат **престъпление** поради заболяването си. Така формулиран, текстът на разпоредбата стеснява значително кръга от прояви на тези лица, които могат да служат като основание за настаняване на задължително лечение. Той освен това задължава прокуратурата в съдебното производство да докаже *вероятността за извършване на престъпление*, а не само актуалната опасност на лицето, произтичаща от неговото заболяване (което беше една от възможностите на чл. 36, ал. 3 от отменения ЗНЗ). Предходната формулировка (чл. 36, ал. 3 ЗНЗ) на основание за настаняване на задължително лечение беше по-широка и допускаше да е налице само опасност на лицето поради заболяването му за близките му или за околните, или застрашаваща сериозно здравето му<sup>15</sup>. БХК бе поканен да участва в работната група, създадена към Министерство на здравеопазването за разработване на законопроект на Закона за здравето в частта му относно задължително лечение и настаняване. В предложенията от тази работна група законов текст се предвиждаше като основание за настаняване на задължително лечение и настаняване опасното за собственото здраве и живот и за тези на околните поведение, което се дължи на психично заболяване. През някой от следващите етапи на обсъждане на този текст в Народното събрание, обаче, той придоби много различен вид. Така настоящата формулировка на чл.155 ЗЗ не допуска задължителна хоспитализация поради опасност за себе си, освен при извършено престъпление. За съжаление новата законова формулировка на зависимостта между наличието на психично заболяване и обусловената от него опасност от извършване на престъпление не е по-ясна от формулировката на ЗНЗ. Разбира се, това способства за

---

<sup>15</sup> Закон за народното здраве, ДВ, бр. 88 от 6.11.1973 г., в сила от 1.01.1974 г., чл. 36, ал. 3 (Изм. – ДВ, бр. 15 от 1991 г., бр. 12 от 1997 г., бр. 62 от 1999 г.) На задължително лечение в държавно или общинско лечебно заведение, постановено по съдебен ред, подлежат и болни от шизофрения, параноя, циклофрения, епилепсия, от сенилни, пресенилни, травматични, съдови и органично-мозъчни психични разстройства, от инфекциозни, соматогенни, психогенни и интоксикационни психози, от олигофрения и тежка психопатия, които поради заболяването си могат да извършат престъпления от значителна обществена опасност или представляват опасност за близките си или за околните, или застрашават сериозно здравето си.

продължаване на порочната съдебна практика, която съвсем не кореспондираше на законовата разпоредба в миналото. Сега тя води до задължително настаняване на лица, които са опасни за здравето си или за околните, без обаче да се доказва на практика вероятността от извършване на престъпление от тези лица. Сега е необходимо, за да бъде настанено лице на задължително лечение, да е вероятно то да осъществи състав на престъпление по Наказателния кодекс на Република България. Да се прецени това, разбира се, е почти невъзможно и би трябвало при правилно прилагане на новия закон настаняванията за задължително лечение да са изключително нисък брой, и то само в случаите, когато деянието, извършено от лицето, е например побой, подпалване, телесна повреда и др. Деяния като скитане или ровене в кофите за боклук обаче не би трябвало да бъдат тълкувани като основание за задължително лечение. От друга страна, новият закон пропуска да уреди задължителното лечение като средство за защита на лицето от увреждане на собственото си здраве, защото единствено основание за задължително настаняване и лечение е опасността от извършване на престъпление.

Все пак разработеният медицински стандарт „Психиатрия“<sup>16</sup> значително подпомага практическата оценка на риска и опасността на едно лице с установено психично заболяване. Той задава понятие за рисковото поведение – „болестно обусловено поведение, застрашаващо пациента или околните“. Според него „пациентът е опасен за себе си, когато е налице риск от самоубийство или самонараняване, не е способен без надзор и съдействие да задоволява свои жизнени нужди и може да си причини значителни имуществени вреди“. А е опасен за околните, „когато пациентът застрашава или уврежда личността, правата на гражданите, собствеността, установения от Конституцията правов ред в Република България или други интереси, защитени от правото“<sup>17</sup>. Но по силата на новия закон това понятие за опасност не може да стане основание за задължително лечение.

Рисковото поведение на лицата с психични разстройства се оценява според стандарта в три степени – висока, средна и ниска. Високата степен на риск се определя от две групи прояви на пациента: когато пациентът е извършил опасни действия, преценени като общественоопасно деяние, или когато интензивни болестни синдроми (императивни халюцинации, интензивни налудни синдроми, обърканост, страх, витална

---

<sup>16</sup> Наредба № 24 от 7.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“, издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 78 от 7.09.2004 г. (накратко – медицински стандарт „Психиатрия“).

<sup>17</sup> Медицински стандарт „Психиатрия“, глава 8, точка 1.1. и следващи.

застрашеност, паратимия, кататонни прояви, епилептични еквиваленти и др.) изцяло владеят поведението му и го стимулират да извърши опасни действия (хипотетична обществена опасност). Средна степен на риск се приема, когато пациентът е извършил общественоопасни действия, непреценени като тежки правонарушения, или при наличие на болестни синдроми, влияещи върху поведението му, но несвързани с опасност от непосредствено покушение срещу човек или върху себе си. Ниска степен на риск се приема, когато извършените общественоопасни действия са преценени като леки или когато влиянието на болестните синдроми върху поведението на пациента е ограничено и незначително.

При преценката на рискови тенденции в поведението на психиатричен пациент стандартът задължава да се преценяват съвкупно четири основни фактора, които го формират. Това са: „а) психопатологични стимули (позитивни болестни синдроми); б) промени в реактивността и поведението вследствие на личностова промяна (негативни болестни синдроми); в) преморбидни личностови параметри, и г) фактори от микро- и макросоциалната среда (социализиращи и десоциализиращи).“ Стандартът подчертава изрично, че „личностовата промяна е свързана по-непосредствено с опасността от извършване на общественоопасни действия поради импулсивността на решенията и действията на пациента и поради етичната деформация, при която той престава да се съобразява с моралните и нормативните правила“.

Медицинският стандарт „Психиатрия“ обръща специално внимание на проблема с преценката за вероятно извършване на престъпление от страна на лице с диагноза според чл. 146, ал. 1 ЗЗ, като подчертава, че „оценката на потенциалната обществена опасност (третирана по ЗЗ) е вероятностна, с много висок процент грешка“<sup>18</sup>. Значително поулеснена е преценката на психиатъра според стандарта, когато оценка на риска трябва да се извърши на пациент, който е на принудително лечение (по реда на НК и НПК), тъй като „пациентът се е проявил ан-

---

<sup>18</sup> В стандарта се доизяснява, че „Предметът на тази оценка е комплексен и често компетентността на психиатъра не е достатъчна. Психиатърът може да се окаже подложен на натиск от институциите за социален контрол (правоохранителни и правораздавателни органи, социални служби и др.), които се стремят да го ангажират в невъзможна категоричност в отговора на въпросите относно риска. Психиатърът като експерт на общественоопасното поведение неизбежно попада в конфликта между социалните си роли на хуманист и строг гражданин. Основно задължение на лекаря е да съблюдава строго клиничната си компетентност и да не се оставя да бъде увличан прекомерно в социалния контрол.“

тисоциално и единствената му перспектива е настаняването на лечение (когато не подлежи на друга санкция)“.

Явно с цел структуриране и унифициране на практиката по преценката на рисковото поведение в стандарта са зададени критерии за първоначална оценка на риска (виж Приложение № 1). Както самият стандарт уточнява, тези критерии имат указателен характер и се преценяват индивидуално за всеки пациент съобразно източника на информация и неговата надеждност, необходимостта от консултации и от прилагането на специфични интервенции.

И тук стандартът задава ясен алгоритъм за задължителна спешна хоспитализация, когато е налице *„агресивно или автоагресивно поведение, психомоторна възбуда, обърканост, помрачение на съзнанието“*. При общ сбор от 35 и повече точки при оценка на риска се приема, че рискът от опасни прояви е висок, и пациентът се настанява по спешност. При общ сбор между 20 и 34 се приема, че рискът е от умерена степен и се прави предложение за принудително/задължително лечение. Под 20 точки се обсъжда провеждане на лечение без принуда, със съдействието на близките на пациента.

Наблюдението на БХК показва, че на практика изпълнение на този стандарт е налице само в някои психиатрични стационари – ОДПЗС – Враца, ОДПЗС – Русе, ДПБ – Карлуково, ДПБ – Раднево. В ДПБ – Раднево, и ДПБ – Церова кория, се прилагат оценки за суициден риск и агресивност при прием на пациент и се отразяват в документ, който се прилага към история на заболяването. В прегледаните лични досиета на пациенти в останалите болници и диспансери изследователите на БХК не установиха наличие на оценка на риска при прием. Възможно е там такава и да се е извършвала, но да не е била съобщена на изследователите и регистрирането ѝ да не е било налично. Доколкото обаче стандартът въведе унифицирана форма за оценяване на рискови пациенти, които подлежат на задължителна хоспитализация, буди тревога фактът, че очевидно при оценяване на риска на пациент се използват различни подходи, които не изключват възможността за произволно настаняване по преценка само на приемащия лекар, без обективирани мотиви за това.

## **2.2. Спешна хоспитализация**

Тъй като оценката за риска може да доведе до спешна задължителна хоспитализация, тук е мястото да се спомене, че БХК се натъкна на



различни тълкувания на понятието „спешно състояние“ по смисъла на чл. 154, ал. 1 ЗЗ. Последният регламентира възможност за ръководителя на лечебно заведение, в което е доведено лице по чл. 146, ал. 1, т. 1 и 2 ЗЗ, да вземе решение за настаняването му за лечение за срок не по-дълъг от 24 часа, ако състоянието на лицето налага продължаване на лечението след овладяване на спешното състояние. Оказа се, че няма единно мнение сред интервюираните психиатри относно същността и продължителността на спешното състояние. И този проблем не се изяснява от закона и стандарта „Психиатрия“.

Според *Закона за здравето* „спешната психиатрична помощ е съвкупност от медицински правила и дейности, които се прилагат спрямо *лица с очевидни признаци за психично разстройство, когато поведението или състоянието им представлява пряка и непосредствена опасност за собственото им здраве или живот или за здравето или живота на други лица*“. Тя се оказва от психиатричните диспансери, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ, психиатричните отделения или клиники към многопрофилните болници и центровете за спешна медицинска помощ съгласно утвърдените медицински стандарти<sup>19</sup>.

Според медицински стандарт „Психиатрия“ насочването на психиатричния пациент за спешна хоспитализация става от специалист психиатър при установяване на висока степен на риск. Настаняването в психиатричен стационар се извършва от специализирани спешни психиатрични екипи или от центровете за спешна и неотложна медицинска помощ. При необходимост те търсят помощ от органите на МВР. Според стандарта „спешният екип уведомява съда/прокуратурата за насочването на пациента към психиатричен стационар“, което противоречи на *Закона за здравето*, доколкото той допуска ръководителят на лечебното психиатрично заведение, където се настанява пациент по спешност, да уведоми съда и прокуратурата и да поиска лицето да бъде задържано по силата на чл. 154, ал. 2 и 3 ЗЗ. БХК не се натъкна на подобни уведомления от спешния екип. По изключение други лица или органи (близки, полиция, други) довеждат пациента до психиатричния стационар. Спешната психиатрична помощ включва диагностични и лечебни процедури. Диагностичните процедури изискват спешно изясняване на състоянието на пациента и свързаните с това рискове за него и околните. За временно овладяване на спешното болестно състояние и за предотвратяване на непосредствения риск преди настаняването на пациента в стационара при необходимост могат да се

---

<sup>19</sup> Чл. 153 ЗЗ.

прилагат краткотрайни интервенции и лечение, определени от специалист психиатър, при зачитане правата на пациента и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика. Спешното настаняване в психиатричен стационар представлява ограничаване на правата и свободите на пациента в интерес на неговото здраве и сигурност и за гарантиране на здравето и сигурността на околните. След постъпване на пациента в психиатрично отделение приемащият лекар предприема незабавни диагностични и лечебни мерки за изясняване и овладяване на състоянието му и за преодоляване на риска, при зачитане на неговите права и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика. При необходимост лекарят търси съдействие от органите на МВР и разпорежда да се прилагат временни ограничителни мерки. Той уведомява незабавно близките на пациента за приемането му. След спешно настаняване на пациент в психиатрично отделение без негово съгласие, до изтичането на 24 ч ръководителят на болничното заведение организира клинична конференция за изясняване на състоянието и третирането на пациента и уведомява съда/прокуратурата за спешното настаняване с медицинска справка, формуляр за която е приложен в стандарта. Тя съдържа подробно описание на болестните прояви на пациента и свързания с тях риск за него или за околните. В нея се изразява мнение относно необходимостта от разкриване на процедура за задължително/принудително лечение. Медицинската справка следва да бъде доставена в съда/прокуратурата от нарочен куриер, който незабавно да получи обратно становище. БХК не намери данни за провеждане на такава практика в посетените стационари. При невъзможност за своевременно изпращане на медицинската справка болничното заведение уведомява съда/прокуратурата чрез факс или по телефона. Текстът на факса или уведомяването по телефона се регистрира в ИЗ. БХК се натъкна на приложения към ИЗ справки за уведомяване.

Ако здравното заведение не получи становище от съда/прокуратурата за задържане и освидетелстване на пациента, след овладяване на болестните прояви, предизвикали спешното настаняване, той следва да бъде освободен освен ако не изрази желание да се лекува доброволно. По-нататъшното третиране на пациента, приет по спешност, е съобразно правния му статус.

Изследването на практиката по прилагане на така описана процедура по приема на спешни пациенти в закона и стандарта показва, че тя е много разнообразна. Най-напред във всички болници и диспансери се съобщаваха за спешни случаи, които са били транспортирани

до заведението от полицаи, често придружавани от екип на ЦСМП или само от медицински фелдшер. Но голяма част от тях според медицинския персонал биват убедени да подпишат съгласие за доброволно лечение още по време на първите 24 часа от престоя си в психиатричния стационар.

От 35 пациенти, приети по спешност за период от седем месеца на 2005 г. в ОДПЗС – Русе, само 6 пациенти за задържани по реда на чл. 154 ЗЗ. Това разминаване се обяснява с неясното тълкуване на „овладяване на спешно състояние“ в чл. 154 ЗЗ, което прокурори и съдии в Русе разбират като период с продължителност от шест часа до няколко дни. Самата директорка на диспансера обясни, че според нея е възможно то да продължи и седмица. Затова процедура за настаняване на задължително лечение не се стартира. В ОДПЗС – Русе, това тълкуване бе довело до отказ на съда да приеме искане за продължаване на лечението на спешен пациент, изпратено от ръководителя на диспансера, защото тълкува спешното състояние като период от няколко дни, в които се редуцира постепенно опасността и агресивността на пациента. Така задържането за няколко дни на такъв пациент, който не желае да се настани доброволно за лечение, на практика е незаконно. В този смисъл БЖК смята, че е необходимо да се установи единно схващане относно същността и продължителността на спешното състояние, което също да бъде регламентирано в медицинския стандарт „Психиатрия“.

След преминаване на спешното състояние пациентът обикновено подписва информирано съгласие за доброволно лечение. Разбира се, има и примери на убеждаване на пациент за подписване на съгласие за доброволно лечение в продължение на седем и повече дни, през който период не се стартира процедура за задължителното му лечение, а се „изчаква формиране на съгласие“, както обясниха медицинските служители (ОДПЗС – Русе). Това бе обяснено от медицинския персонал като изпълняване на молба на роднини на пациента. В ДПБ – Карлуково, за шест месеца през 2005 г. са били приети 22 пациенти по спешност, от които 20 са дали информирано съгласие за доброволно лечение в рамките на 24 часа от задържането и не се е наложило стартиране на процедура за задължително лечение.

В ДПБ – Нови Искър, постъпват пациенти в спешно състояние, макар да е установена практика за първоначално обработване на пациента от ОДПЗС – София. Спешни пациенти се транспортират най-напред до ОДПЗС – София, и оттам се подава искане до съда за задържане за 48 часа

и след това най-често за задължително лечение. През това време пациентът се транспортира от диспансера до болницата и така се причинява объркване в назначаването на експерти и изпращането на писма от съда до двете лечебни заведения. Това е станало повод за отправяне на писмо от директора на ДПБ – Нови Искър, до председателя на Районен съд – гр. София<sup>20</sup>, в което се описва горепосоченият проблем. Според отчет на остро мъжко отделение в болницата за 2004 г. при постъпващите с уведомителни писма по чл. 36 на отменения ЗНЗ обикновено се постига съгласие за лечение в първите 10–15 дни от настаняването, с което отпада необходимостта от разкриване на процедура за задължително лечение.

В ДПБ – Карвуна, не се приемат спешни пациенти. Такива се приемат от ОДПЗС – Добрич, и МБАЛ – Варна, Клиника по неврология и психиатрия, и след изготвяне на експертизата им по процедурата по задължително лечение те се изпращат в ДПБ – Карвуна. В нея обаче не бяха открити документи, изпратени от съда в отговор на исканията за задържане за 24 и 48 часа на спешни пациенти, изпратени съответно от ОДПЗС – Добрич, и МБАЛ – Варна, Клиника по неврология и психиатрия. От тези две заведения се изпращат само епикризи, в които се споменава за това как съответното лице е било доведено в болницата от полицаи, но дори не се споменава дали е започната процедура по задължително лечение. В досиетата на пациентите рядко има и експертизи и не може да се установи как и кога е стартирала процедура по освидетелстване и задължително лечение.

В ДПБ – Бяла, за първите пет месеца на 2005 г. нямаше случаи на внасяне в съда на мотивирано искане за провеждане на задължително лечение от директора на болницата. Това е така според директора, защото болните подписват декларация за доброволно лечение. Завеждащите на отделенията и медицинските сестри в ДПБ – Бяла, също разказаха, че при постъпване на болен винаги се опитват да го убедят да подпише съгласие за доброволно лечение и обикновено успяват.

В ДПБ – Церова кория, за първите пет месеца на 2005 г. е имало десет случая на спешни пациенти, в осем от които е получено съгласие за доброволно лечение след изтичане на 24-часовия период на първоначално задържане, по данни на директорката.

---

<sup>20</sup> Писмо на д-р Иван Герджиков с изходящ номер 217 от 17.02.2005 г., от ДПБ „Св. Иван Рилски“ – гр. Нови Искър.

В ДПБ – Царев брод, дежурният лекар в деня на посещението на БХК е обяснил, че при постъпване по спешност в болницата на пациента първо се предлага да подпише декларация за доброволно лечение и ако не се съгласи, се пристъпва към процедурата за задължително настаняване. Според дежурната в деня на посещението сестра в остро женско отделение от десет жени, приети по спешност в болницата, две-три отказват да подпишат декларация за доброволно лечение. Останалите подписват декларация и остават на доброволно лечение, което всъщност не е такова. За първите пет месеца на 2005 г. са били приети по спешност около 20 пациенти и около 80 % от тях са подписали декларации за информирано съгласие за доброволно лечение.

В ДПБ – Кърджали, по данни на директора и преглед на досиета около 50–60 % от пациентите, пристигнали в болницата по спешност, подписват в рамките на първите 24 часа от престоя си в болницата информирано съгласие за доброволно лечение. В ДПБ – Ловеч, около 50 % от настанените по спешност подписват съгласие за доброволно лечение, като част от тях го правят веднага след настаняването им в болницата, а други – дни след това. В ДПБ – Паталеница, значително по-малка част от пациентите, постъпили по спешност, се убеждават да продължат престоя си доброволно. В ОДПЗС – Враца, обикновено спешните пациенти са придружени от полицаи или полицаи се обаждат на диспансера, за да помолят медицинско лице от там да дойде по местоживеенето на болния или на мястото, където той се държи агресивно и заплашва с поведението си себе си или околните. Директорката на диспансера се оплака от това, че често полицаите не се ангажират да доведат болния до диспансера. След първоначален разговор с приемащите лекари обаче пациентите биват убедени да останат за кратко на доброволно лечение. Често доведените пациенти са в активна психоза и поради това се налага да се отправят писмени искания за задържане от директора на диспансера до съда. Спешен пациент се задържа от директора на диспансера, ако е налице умерено висок риск в резултат на оценката на риска. Оценката се извършва от един психиатър, който е дежурен към момента на пристигане на пациента. В ОДПЗС – Добрич, около 30 % от настанените по спешност пациенти отказват да дадат информирано съгласие за лечение. Полицаите от общината не желаят да оказват съдействие при транспортирането на болни в криза, защото смятат, че това не е част от техните задължения.

Тези констатации лесно отвеждат към проблема за механизма за взимане на информирано съгласие за доброволно лечение от пациенти,

които се намират в психотично или друго състояние, непозволяващо им да дават съгласие. Но този проблем е подробно изяснен в отделна глава в настоящата публикация. Тук е достатъчно да се спомене, че на практика с цел да се спести процедурата за задължително лечение, в държавните психиатрични болници и диспансери се задържат незаконно пациенти, които не са дали съзнателно и наистина информирано съгласието си, което противоречи на основните принципи на лечение на психиатрични пациенти, прогласени в новия *Закон за здравето*.

Смисълът на оценката на риска в едно производство по задължително настаняване и лечение е в това, че тя обуславя задържането на едно лице в психиатрично заведение при наличие на несъгласие от негова страна да се лекува при стационарни условия. Факт е обаче, че при прегледа на искания на ръководители на психиатрични заведения за продължаване на лечението с още 48 часа съгласно чл. 154, ал. 2 ЗЗ след овладяване на спешното състояние екипът на БХК не видя цитирани резултати от оценката на риска, които да обуславят задължителна хоспитализация. БХК не видя оценка на риска и в по-голямата част от експертните, които се изготвят в хода на производството за задължително лечение пред съда. Затова у изследователите на БХК се наложи впечатлението, че подробно регламентирани критерии за оценка на риска на практика се прилагат по-скоро рядко от психиатричните стационари в страната.

### **2.3. 24-часово задържане**

За БХК интерес представляваше как се отразява документално решението на ръководителя на психиатрично заведение за задържане на пациент съгласно чл. 154, ал. 1 ЗЗ, тъй като законът не налага конкретна форма. Само в ДПБ – Церова кория, е разработена бланка – решение за задържане за 24 часа. В повечето психиатрични заведения медицинският персонал обясни, че това се извършва със запис в история на заболяването на пациента. Такива изрични записи в историите на заболяването на пациентите не бяха открити. В историите на заболяването обикновено се отразява, че съответното лице е прието по спешност и се записват датата и часът на прием, както и кратко обяснение на проявите му, довели до спешна хоспитализация. Според някои от интервюираните психиатри практиката е ръководителят на психиатричното заведение да задържи психиатричен пациент по спешност за 24 часа, а според други – всеки психиатър на дежурство може да направи това (ОДПЗС – Враца, ОДПЗС – Русе). Прегледът на документацията показва,

че това задържане се осъществява от дежурния психиатър, който е приел пациента.

#### 2.4. 48-часово задържане

Въпреки че законът дефинира като изключение еднократното продължаване на срока на първоначално задържане за 24 часа с 48 часа с разрешение на районния съд<sup>21</sup>, това се оказва честа практика. Искането, което различните болници отправят до съда, съдържа различни реквизити и няма унифицирана форма. Това не позволява при преглед на документите в едно досие да се установи какви точно са били обстоятелствата, наложили продължаване на съответното задържане. Например в ДПБ – Паталеница, в досиетата на пациентите на задължително лечение се съдържаха неподписани и недатирани такива искания със следния формат:

##### **„Искане**

**Относно: Продължаване срока за временно настаняване за лечение след овладяване на спешно състояние на лицето. ... (трите имена, ЕГН и адрес) по повод остър психотичен епизод и поведение, което го прави опасен за себе си и околните, е хоспитализиран в ДПБ – Паталеница.“**

В ДПБ – Церова кория, текстът на искането включва кратко описание на болестните симптоми, от които да е видно, че състоянието на лицето представлява опасност. В същата бланка е оставено място и за разрешението на съда.

В ОДПЗС – Враца, бяха установени много детайлно мотивирани искания, в които се изясняваха причините за продължаване на задължителна хоспитализация с 48 часа, с описание на действията и поведението на пациента и се упоменаваше резултат от оценката на риска. Съхраняваха се и определенията на съда за продължаване на задържането, като в тях изрично се упоменаваше часът, от който да се отчита началото на срока от 48 часа. Определения на съда, оформени по сходен начин, можеха да се намерят и в ДПБ – Паталеница.

В ОДПЗС – Русе, бе споделена практика, изискана от районната прокуратура и съд, за писмено уверение от диспансера за отсъствието на спешно състояние за продължаване задържането на пациент с 48 часа след първите 24 часа и за принудително настаняване за експертиза.

---

<sup>21</sup> Чл. 154, ал. 2 ЗЗ.

В ДПБ – Кърджали, искането за продължаване на задържането за 48 часа става първо по телефона и след това писмено. В повечето посетени болници и диспансери изследователите на БХК не намериха искания за продължаване на задържането с 48 часа, приложени в история на заболяването.

Изследователите на БХК се опитаха да намерят писмени отговори на съда относно изпращаните искания за продължаване на задържането за 48 часа и намериха такива само в досиетата на пациентите в някои болници и диспансери (ОДПЗС – Враца, ДПБ – Кърджали, ДПБ – Паталеница, ОДПЗС – Пловдив). Това налага извода, че не е практика те да се прилагат в личното досие на пациента, дори и да се получават в заведението. Всички отговори се съобразяват изцяло с предложенията на лекарите.

## **2.5. Искане за задържане за задължително лечение**

Новият закон разграничава два варианта за започване на процедура за задължително настаняване и лечение на лица с психични заболявания. Единият вариант е процедурата да се инициира от прокурор, до който са стигнали сигнали за психотично мотивирано поведение на определено лице, и след извършване на проверка от страна на полицията се установява, че вероятно престъпното поведение на лицето се дължи на психическо заболяване. Тази процедура се запази от стария ЗНЗ, макар да беше изменена съществено. Другият възможен вариант е стартиране на процедура за задължително настаняване и лечение да бъде искано от ръководител на лечебно заведение, където лице с психично заболяване е вече настанено. БХК установи, че преобладаващата част от пациентите на задължително лечение през 2005 г. се настаняват по искане на ръководителите на психиатричните заведения, където вече са настанени. Вероятно обяснението е, че тази процедура е по-бърза и по-ефективна от гледна точка на ситуацията, която налага задължително хоспитализиране на психиатричен пациент. Удачен пример за илюстриране на това обяснение е случаят на жена, настанена в ОДПЗС – Русе. Н.Б.И. е настанена на 13.07.2005 г. и още в деня на постъпването си е подписала декларация за информирано съгласие. Процедурата за настаняването ѝ на лечение е започнала с подадена от баща ѝ жалба до Районна прокуратура – Русе, на 15.02.2005 г., а на 3.05.2005 г. той е подал жалба и до директора на ОДПЗС – Русе. По жалбата до РП – Русе, е образувана преписка 837/2005 г. Докладна записка на полицай, който е проверил случая, е налице от 29.03.2005 г. Според нея И. не се води



на отчет към психодиспансера, рови по кофите за боклук, тормози децата си, живее в лоши битови условия, буйства и е агресивна към съседите и близките си. На 18.03.2005 г. 1-во РПУ – Русе, отправя запитване до диспансера относно това дали И. се води на отчет. На 22.04.2005 г. РП – Русе, е поискано от ОДПЗС становище за психичното състояние на И. ОДПЗС изпраща писмо до И. с покана за явяване на преглед на 12.05.2005 г. На 21.06.2005 г. диспансерът изпраща писмо до РП – Русе, в което се казва, че няма данни И. да е била лекувана в диспансера. На 11.07.2005 г. прокурор от РП – Русе, издава постановление И. да се отведе принудително за преглед, да се прегледа от главен лекар и да се процедира, ако е необходимо по чл. 154 ЗЗ. За целта е трябвало И. да бъде отведена със съдействието на органите на МВР до диспансера. Това е било извършено. На 13.07.2005 г. тя е дала информирано съгласие за лечение.

Независимо как е започнала процедурата за задължително настаняване, тя завършва с постановяване на решение на районния съд или по местоживеене на лицето, или по местонахождение на заведението, където лицето е настанено<sup>22</sup>. При положение че прокуратурата е поискала настаняване на лице на задължително лечение, съдът е длъжен да изпрати препис от искането за задължително настаняване и лечение на лицето, чието настаняване ще се разглежда, и то може в 7-дневен срок да направи възражение и да посочи доказателства<sup>23</sup>. Тази разпоредба не се прилага, когато лицето е настанено в психиатрично заведение и ръководителят на заведението е поискал задължително настаняване. Тогава лицето се запознава с искането за задължително лечение и останалите доказателства в съдебното заседание, а ръководителят на лечебното заведение осигурява явяването на лицето<sup>24</sup>. В този случай съдебно заседание се насрочва незабавно.

Според ЗЗ при необходимост от вземане на решение за провеждане на задължително лечение за пациент, който е настанен по спешност, ръководителят на лечебното заведение незабавно внася в съда мотивирано искане за това, придружено със становище за психичното състояние на лицето, изготвено от психиатър<sup>25</sup>. Законът не урежда специална форма и реквизити за това искане, затова то често е в свободен формат. За изпълнението на това изискване на закона бяха намерени най-много документи в посетените психиатрични заведения. Обикновено тези ис-

---

<sup>22</sup> Чл. 156, ал. 1 ЗЗ.

<sup>23</sup> Чл. 158, ал. 1 ЗЗ.

<sup>24</sup> Чл. 158, ал. 3 ЗЗ.

<sup>25</sup> Чл. 154, ал. 3 ЗЗ.

кания бяха подавани в срок, но не всички заведения наистина изпълняваха изискването за мотивирането им. Типичният текст на такова искане включва трите имена на пациента, кога е приет в болницата и причината за спешната му хоспитализация.

В ОДПЗС – Добрич, искането има следния формат: „... **настанен за временно лечение с наш акт №... от ..., удължен срок за временно настаняване с акт на РС (не е отбелязан в нито един от документите)... Моля РС – Добрич, да постанови решение за задължително настаняване в ОДПЗС и лечение на ... от...**”

В ДПБ – Паталеница, искането за настаняване на задължително лечение беше със следното съдържание: „ **Предлагам при условията на чл. 158, ал. 3 ЗЗ да бъде проведено задължително лечение на лицето (трите имена, ЕГН, адрес), настанен по спешност в ДПБ – Паталеница, по смисъла на чл. 154 ЗЗ. За същото е искано продължаване по чл. 154, ал. 2 ЗЗ.**” Към предложението се прилага становище на психиатър, което отново е бланково оформено: „**Прегледах лицето (трите имена, ЕГН, адрес) и установих следното: (диагноза). Поведението му е опасно както за него, така и за околните и това налага лечение в лечебно заведение за стационарна психиатрична помощ.**”

В ДПБ – Севлиево, е въведен документ, който е наименован „решение на комисия от специалисти психиатри”, пълният текст на който е: „**Съгласно изискванията на чл. 146, ал. 1 и чл. 155 ЗЗ уведомяваме, че лицето... страда от психично заболяване... В състоянието, в което се намира в момента, може да извърши престъпление със значителна обществена опасност, представлява опасност за близките си и застрашава сериозно здравето си. Комисията от специалисти психиатри обсъди психичното състояние на лицето и взе решение, че същото се нуждае от прилагане на принудителни медицински мерки и настаняване в ДПБ – Севлиево. Предлагаме да бъде образувана преписка за задължително лечение.**” Този документ се предвижда да се подпише от директора на болницата и дежурния лекар.

Към искането за настаняване на задължително лечение трябва да се приложи становище за психично състояние на лицето, изготвено от психиатър<sup>26</sup>. На практика този психиатър най-често е началникът на отделение или психиатър, който е приел пациента в болницата и има

---

<sup>26</sup> Чл. 154, ал. 3 ЗЗ.

преки впечатления от неговото състояние. Становището се изчерпва с упоменаване на диагнозата на пациента и опасността, която произтича от нея за околните и за здравето на самото лице (най-вече физическа агресия, автоагресия или непредсказуемо поведение), както и понякога факти от анамнезата, свързани с отказ на пациента да приема медикаменти или агресивно поведение дори по време на хоспитализацията.

При проведените интервюта с пациенти, настанени по гореописаната процедура по спешност в болници и диспансери, БХК не установи случаи на пациенти, които да са били запознати с искането за настаняването им на задължително лечение по време на съдебно заседание. Те освен това често обясняваха, че не са се чувствали добре по време на заседанието и не са разбрали неговата цел.

## **2.6. Насрочване и провеждане на първо заседание**

Повечето ръководители на психиатрични болници и диспансери не съобщиха за проблеми с комуникацията със съда по отношение насрочване на заседанието веднага след одобряване на искането за продължаване на задържането за 48 часа. В ОДПЗС – Добрич, заседание се насрочва до три часа след постъпване на искането. Ако искането постъпи следобед, заседание се насрочва на следващия ден. В ОДПЗС – Велико Търново, ДПБ – Бяла, ДПБ – Карвуна, няма практика по отправяне на искания за задължително лечение до съда.

В ДПБ – Севлиево, е съобщено, че за насрочване на заседания за двама пациенти се е чакало 10 дни. И в ОДПЗС – Русе, съдът не приема искане за настаняване, докато не получи писмено уверение, че спешното състояние на пациента е преминало. В ДПБ – Карлуково, бе съобщен проблем с комуникацията със съда относно двама пациенти, доведени от ОДПЗС – София, откъдето е изпратено искането за задължително лечение. В случая не беше ясно дали съдът е бил надлежно информиран от ОДПЗС, че пациентите се намират в друго психиатрично заведение. В ДПБ – Нови Искър, също е налице проблем с насрочване на заседанията на Районен съд – гр. София, в срок, защото има и допълнителен проблем с транспортиране на пациенти, за които искане е подал ОДПЗС – гр. София, и веднага след това са били приведени в болницата.

Целта на първото заседание по дела за настаняване на задължително лечение е да се установи дали са налице обстоятелствата, посочени в чл. 155 ЗЗ – наличие на психично състояние от изброените в чл. 146, ал.

1, т. 1 и 2 и обусловена от него вероятност за извършване на престъпление, опасно за настанявания, близките му, околните или за обществото или застрашаващо здравето им<sup>27</sup>. Това се установява с разпит на самото лице, разпит на психиатър, който се произнася относно вероятното наличие на психично разстройство на лицето, евентуални свидетели. Ако се установи наличие на гореописаните обстоятелства, съдът назначава задължително съдебно-психиатрична експертиза.

Относно личното явяване в съдебно заседание на лицето, чието настаняване се решава, нямаше споделени проблеми нито от страна на персонала на психиатричните заведения, нито от самите пациенти. Само в ДПБ – Нови Искър, се получи оплакване от медицинския персонал относно воденето на пациенти до съда във връзка с наличието на една линейка, която изцяло е ангажирана само с това транспортиране. Очевидно съдилищата в България спазват тази разпоредба и придобиват непосредствено впечатление от лицето, чието настаняване се решава. Този извод обаче се отнася само за лицата, които са били настанени в психиатричен стационар по спешност. Честа практика се оказва лица, които са били призовани за първо заседание, да не се явят и делата им да бъдат отложени. А след това да не е възможно те да бъдат доведени принудително на следващите заседания, поради това, че не пребивават на постоянния си адрес. Това бе и причина за невъзможността БХК да следи в Районен съд – гр. София дела за задължително настаняване на такива лица.

Отделно внимание заслужава проблемът за това какво е психическото състояние на тези лица по време на първото съдебно заседание и доколко съдът успява да вземе под внимание изразената от тях позиция. За съжаление много малко бяха интервюираните от БХК пациенти, които помнеха и можеха ясно да предадат впечатленията си от първото съдебно заседание по задължителното им настаняване. Общото впечатление беше, че те приемат това производство като осъждане и предварително имат нагласата за това, че както и да се опитат да се намесят в хода на заседанието, съдът ще вземе предвид основно тезата на психиатъра и прокурора, участващи в заседанието.

БХК установи, че не е наложена практика за извършване на посещения на съда в болниците и диспансерите, когато е налице невъзможност на пациента да присъства лично на заседанието. Според медицин-

---

<sup>27</sup> Чл. 159, ал. 1 33.

ския персонал това не се налага поради факта, че няма пациенти, които да се намират в подобна невъзможност. В никоя от посетените болници лекарите не споделиха такова посещение да е отказано при налична невъзможност на пациента да се яви пред съда. В ДПБ – Паталеница, ДПБ – Церова кория, и ДПБ – Царев брод, макар и рядко, има случаи на провеждане на заседания на съда в болниците.

Трябва да се отбележи, че някои от пациентите и персонала съобщаваха за това, че лицето, чието настаняване се решава, не е присъствало на второто заседание, което често е и последно по делото. За съжаление това не се отразява в текста на решението и не може да се проследи адекватно в документацията в стационарите. Все пак БХК смята, че присъствието на лицето на второто заседание, където обикновено съдът се произнася с решение, е от изключителна важност. Още повече че решението на съда може да се обжалва. Разбира се, сравнително често, макар пациентите да присъстват на второто (последното) заседание, те рядко са в състояние да разберат възможността си да обжалват решението и още по-рядко я ползват.

Една от най-съществените нови разпоредби на закона е, че участието на психиатър и защитник в това заседание е задължително.<sup>28</sup> От прегледа на протоколи от съдебни заседания, приложени в досиетата на пациентите, могат да се направят няколко извода.

Първо, винаги се назначава служебен защитник на настанявания (с малки изключения в ДПБ – Карвуна, например). Той обаче не гради никаква защитна теза и често участието му в заседанието се изчерпва с това да се съгласи да се назначи съдебно-психиатрична експертиза на клиента му. По-тревожно е поведението му обаче, когато той рязко се разграничава от позицията на клиента си и изразява искания, които са в остро противоречие с исканията на клиента му и понякога с тези на прокурора. Пример в това отношение е дело, което БХК наблюдава в РС – Карлово, където защитник поиска стационарна форма на задължително лечение за пациент, който изрази готовност да се лекува амбулаторно, и прокурорът изрази също мнение, че амбулаторно лечение е по-добрият вариант. Както и интервю с пациент от ДПБ – Кърджали, който заяви пред БХК, че защитничката му въобще не е поискала да разговаря с него преди заседанията. Той е изразил готовност да се лекува стационарно в съдебно заседание, но не в предполагаемата болница

---

<sup>28</sup> Чл. 158, ал. 4 ЗЗ.

поради това, че е лекар и ще бъде унизително за него. Според решението прокурорът се е поинтересувал защо се налага стационарно лечение в ДПБ, а не в диспансер в града по местоживеене на пациента, и експертката е отговорила, че причината са по-добрите материални условия. Тук защитничката отново е поддържала тезата, че е по-желателно клиентът ѝ да се лекува в ДПБ. Тези ситуации, абсурдни по своя характер, поставят и сериозния въпрос относно качеството на предоставяната защита в подобен род дела и смисъла от съществуването ѝ в този вид. БХК, изразявайки категоричното си неодобрение на тази порочна практика, смята, че е необходимо защитниците, които обикновено се явяват по дела за задължително настаняване, да преминават специално обучение и акредитация във връзка с изпълняването на функциите на служебната защита.

Второ, присъствието на психиатър се осигурява винаги. За съжаление невинаги може да се установи как точно се избира психиатърът, който участва в заседанието, а и законът не задава механизъм за избора му. Това в повечето случаи на настанени по спешност пациенти е съответният лекуващ лекар или негов колега от същото отделение. В някои болници лекарят, който е дал мнение в съда, след това изготвя и експертизата. В други е наложена практиката тези двама експерти да са различни поради финансови съображения – за равно разпределяне на средствата от експертизи, които лекарите в една болница получават. Директорите на болниците и диспансерите също явно взимат участие в първите заседания. В ДПБ – Кърджали, се получи информация за това, че РС – гр. Кърджали, не поема пътните разходи на експертите и не им заплаща за явяване на първото заседание, когато дават мнение.

Интерес представляват изказванията на лекарите на тези съдебни заседания. В част от случаите те мотивират предположението си, че е налице психично заболяване с конкретните прояви на настаняваното лице, а в други свързват съвсем директно наличието на установено и датиращо от години психично заболяване с непосредствена опасност от извършване на престъпление. Всъщност само някои от психиатрите, участващи в тези заседания, разбират, че тяхната функция се изчерпва с това да установят *„вероятно налице на психично разстройство“*<sup>29</sup>, а не да определят още към този момент опасността, която произтича от него. За илюстрация на действителното поведение на психиатрите в съдебно заседание служи следният пример на мнение, изразено от един

---

<sup>29</sup> Чл. 159, ал. 1 33.

от директорите на психиатрични болници в страната по време на първо заседание: „*П. страда от параноидна шизофрения, халюцинаторно-параноиден синдром. Това го прави личност, опасна за себе си и околните. Предлагаат да му бъде извършена експертиза.*“ В същото заседание пациентът, запитан дали иска да се лекува, е заявил „*съгласен съм с предложението да ми се направят изследвания*“. Това заседание се е състояло в рамките на 14 минути, според текста на протокола от него. Същият психиатър за друг пациент в първо заседание е заявил: „*К. страда от параноидна шизофрения с пореден психотичен пристъп. Заболяването представлява опасност за близките и за същия.*“

Трето, в хода на съдебното заседание се изслушват свидетели (най-често близки роднини на настанявания), които излагат описание на проявите на настанявания. А те са: преустановяване на приема на лекарства и последвалите прояви на вербална агресия, отправяне на заплахи за убийство, хвърляне на камъни по хора, чупене на мебели, палене на покъщнина, безразборно изхвърляне на предмети от дома, безпокоене на съседни през нощта с високо говорене и крещене, самонараняване. Все пак беше установено, че в някои от заседанията свидетели не участват.

## 2.7. Назначаване на експертиза

В края на първото заседание, след като установи, че лицето вероятно има психическо разстройство и поради това е налице опасност за него, околните, близките и обществото, съдът назначава извършването на експертиза, като определя нейната форма (амбулаторна или стационарна)<sup>30</sup>, лечебното заведение и вещото лице за провеждане на експертизата, както и срока за извършването ѝ, който не може да е по-дълъг от 14 дни, и насрочва следващото заседание по делото, което се провежда не по-късно от 48 часа след завършване на експертизата<sup>31</sup>.

Практиката показва, че съдът се съобразява с предложената от психиатъра форма на експертизата почти винаги. Само в ОДПЗС – Враца, бе съобщено за случай, при който съдът е постановил да се извърши амбулаторна експертиза, въпреки че лицето било прието след опит да убие свой роднина и според лекувания го психиатър не било адекватно лицето да бъде върнато в семейството си така скоро след сериозен инцидент.

---

<sup>30</sup> Чл. 159, ал. 1 ЗЗ.

<sup>31</sup> Чл. 159, ал. 2 ЗЗ.

По отношение определянето на лечебното заведение, в общия случай съдът се произнася съобразно заведението, където вече лицето е настанено по спешност, или извън този случай – в най-близкия диспансер или болница по местоживеене на лицето.

Определянето на вещото лице е процедура, която протича различно в различните съдилища. В Районен съд – гр. София, се назначават експерти по списък. Това според директора на ДПБ – гр. Нови Искър, е проблем, защото пациентите се довеждат в болницата през периода, когато трябва да им бъде изготвена експертиза от експерти от ОДПЗС – гр. София. И обратно.

В други съдилища (РС – Пазарджик, РС – Добрич, РС – Ловеч, РС – Плевен, РС – Троян, и др.) се назначава като експерт психиатърът, който е присъствал на първо съдебно заседание и е дал мнение за изготвянето на експертизата. В случай че така назначеният психиатър откаже да извърши експертиза в първото съдебно заседание, се назначава друг. Според главния лекар на ДПБ – Ловеч, експертизата не бива да се изготвя от един лекар, а от трима, защото иначе се поема прекалено голяма отговорност. Той даде пример с Районен съд – гр. Левски, който за разлика от съдилища в Ловеч, Плевен, Троян, Луковит винаги назначава тройни експертизи. От преглед на документите в болницата се установи, че в РС – гр. Ловеч, мнение за настаняване се изпраща в сравнително висок брой от случаите от директора на болницата, който след това се и назначава за експерт от съда.

В ДПБ – Севлиево, и ДПБ – Царев брод, психиатърът, който извършва експертизата, се определя от главния лекар. В ДПБ – Царев брод, при разпределението на експертизите има вътрешна лоялност между лекарите и директорът се опитва да разпределя справедливо техните явявания пред съда. Например, ако даден лекар се е явил на заседание, за да даде мнение за наличие на психична болест при делата за задължително настаняване за експертиза (15 лв.), друг изготвя експертизата по делото за настаняване на задължително лечение (30 лв.). Имало е и случаи, в които устно се дава експертиза в съда за настаняване на задължително лечение още в хода на заседанието за задължително настаняване за експертиза, например когато пациентът е добре познат на психиатъра и се води на отчет. В тези случаи пациентът директно се настанява в болницата на задължително лечение.



Сроковете за изготвяне на експертиза са 7 или 14 дни. Някои съди-лица не определят срок (РС – Габрово, РС – Севлиево, и др.), а насрочват заседание две седмици след първото и това естествено определя срока на експертизата. Впечатлението на БХК от интервютата с психиатри е, че те намират за достатъчен и оптимален този срок. Според някои психиатри дори експертиза може да бъде изготвена за познати, хронични и многократно хоспитализирани пациенти за 4 до 7 дни. В ОДПЗС – София, БХК получи информация, че на първо съдебно заседание се определя както срокът за изготвяне на експертиза (от 3 до 10 дни), така и датата и часът на следващото съдебно заседание. В ОДПЗС – Добрич, съдът дава около седмица за изготвяне на експертиза. Единствената причина, поради която понякога срокът не може да бъде спазен, е, когато експертизата е амбулаторна и пациентът не се явява. В тези случаи, ако срокът, определен за извършване на експертизата, се окаже недостатъчен, по изключение съдът може в открито заседание да го удължи еднократно, но с не повече от 10 дни<sup>32</sup>. БХК не попадна на такива случаи.

## 2.8. Изготвяне на съдебно-психиатрични експертизи

Относно изготвянето на експертизите, законът разпорежда само те да се провеждат по ред, определен с наредба на министъра на здравеопазването и министъра на правосъдието<sup>33</sup>, да не се провежда лечение, докато се изготвят, освен при спешни състояния или след изразено информирано съгласие от лицето<sup>34</sup> и едновременно с експертизата вещото лице да даде становище за способността на лицето да изразява информирано съгласие за лечение, да предложи лечение за конкретното заболяване и да препоръча лечебни заведения, в които то може да се проведе<sup>35</sup>.

На 13.05.2005 г. бе издадена наредба от министъра на здравеопазването и министъра на правосъдието относно изготвянето на съдебно-психиатрични експертизи за задължително лечение<sup>36</sup>. В нея се изясняват основните задачи на подобна експертиза, а именно: 1. необходимостта от задължително настаняване и лечение на лицето, което се нуждае от

---

<sup>32</sup> Чл. 159, ал. 3 ЗЗ.

<sup>33</sup> Чл. 160, ал. 1 ЗЗ.

<sup>34</sup> Чл. 160, ал. 2 ЗЗ.

<sup>35</sup> Чл. 160, ал. 3 ЗЗ.

<sup>36</sup> Наредба № 16 от 13.05.2005 г. за съдебно-психиатричните експертизи за задължително настаняване и лечение на лица с психични разстройства, ДВ, бр. 45 от 31.05.2005 г. (накратко Наредба № 16).

специални грижи; 2. необходимостта от прекратяване или продължаване на задължителното му настаняване и лечение.

Компетентен да извърши експертиза е лекар с призната специалност по психиатрия и само по изключение, ако в населеното място няма такъв специалист, като експерт може да се назначи лекар, работил най-малко две години в лечебно заведение за стационарна психиатрична помощ<sup>37</sup>. По отношение на малолетни и непълнолетни съдебно-психиатричната експертиза за задължително настаняване и лечение се извършва в присъствие на психолог.

Съдебно-психиатрична експертиза за прекратяване или продължаване на задължителното лечение се извършва на всеки три месеца от лечебното заведение, като въз основа на нея районният съд по местонахождението на заведението служебно се произнася за прекратяване или продължаване на лечението с решение<sup>38</sup>. По отношение на тази разпоредба се наблюдава противоречие със закона, който предвижда такава експертиза да се изготвя, когато се прекратява предсрочно задължителното лечение, а не във всички случаи на прекратяването му. Именно това поражда вероятно объркване сред психиатрите и води до схващането, че е нужно да се изготвя експертиза в края на постановения срок на задължително лечение за всеки пациент. Доколкото законът има по-висша сила, то би следвало да се спазва неговата разпоредба, а не тази на наредбата.

Реквизитите и формата на експертизата се уреждат подробно в чл. 14 от наредбата. Тя трябва да е писмена и се състои от увод, данни от психиатричното изследване, експертно обсъждане и заключение. Уводът включва: име, длъжност и служебен адрес на лицето, което е било назначено да извърши експертизата, съответно на лицата, ако експертите са няколко; име и адрес на лицето, за което е било отправено искането за задължително настаняване и лечение в лечебно заведение; на какво основание е извършена експертизата; къде е извършена; форма на провеждане на експертизата; задачи на експертизата<sup>39</sup>.

Данните от психиатричното изследване включват: анамнезни сведения с посочване на източника им; сведения от всички допълнително

---

<sup>37</sup> Чл. 5 от Наредба № 16.

<sup>38</sup> Чл. 8 от Наредба № 16.

<sup>39</sup> Чл. 14, ал. 2 от Наредба № 16.

събрани документи, особено за здравословното състояние на лицето; резултатите от цялостното телесно, неврологично и психично изследване, от проведените лабораторни и апаратни изследвания и консултации с други специалисти; данни за поведението на лицето по време на експертизата; данни за проведеното лечение, ако е имало такова<sup>40</sup>.

Експертното обсъждане съдържа подробни научнообосновани анализи: на семейната, включително наследствената, и социалната анамнеза, на цялостното биологично, психично и социално развитие на лицето, на миналите заболявания и сегашното му здравословно състояние; диагноза на личността и на когнитивния капацитет; анализ на психичното състояние на лицето и оценка на вида и степента на риска, свързан с евентуалното заболяване; диагнозата на психичното заболяване и отражението на установената болест върху критериите за разбиране и ръководене на постъпките с оглед поставените задачи на експертизата; комплексен анализ на биопатографските, клиничните и психологичните обстоятелства, които имат отношение към поставените пред експертизата задачи<sup>41</sup>.

В заключението се отразяват: научнообоснованите изводи по поставената задача – окончателна, ясно формулирана диагноза и съдебнопсихиатрична оценка; отговорите на допълнително поставените пред експертизата въпроси; становището за способността на лицето да изразява информирано съгласие за лечение; предложението за лечение на конкретното заболяване при съобразяване с основните принципи, установени в чл. 148 от Закона за здравето, и лечебните заведения, в които то може да се проведе<sup>42</sup>.

Наредбата разпорежда и всички съдебно-психиатрични експертизи по тази наредба да се регистрират в специално създаден за целта журнал, като копията от тях се съхраняват в архива на съответното лечебно заведение за срок от 10 години<sup>43</sup>.

Изследователите на БХК нямаха възможност да видят съдебнопсихиатрични експертизи във всички посетени болници и диспансери поради това, че те не се съхраняваха в личните досиета на пациентите. Може да се заключи, че не е налице нито единно законово изискване,

---

<sup>40</sup> Чл. 14, ал. 3 от Наредба № 16.

<sup>41</sup> Чл. 14, ал. 4 от Наредба № 16.

<sup>42</sup> Чл. 14, ал. 5 от Наредба № 16.

<sup>43</sup> Чл. 17 от Наредба № 16.

нито унифицирана практика по съхраняване на експертизите след изготвянето им. Например в ОДПЗС – Русе, ДПБ – Паталеница, и ДПБ – Раднево, можеха да се видят експертизи в досиетата на почти всеки от пациентите на задължително лечение, докато в ДПБ – Нови Искър, например не беше видяна нито една<sup>44</sup>, а за съдържанието им се съдеше от съдебните решения, които ги преразказват в някои части. От гледна точка на формата БХК не установи разнообразие при изготвяне на експертизите за задължително лечение. Така зададените от наредбата форма и реквизити бяха налични във всички посетени стационари. В някои от експертизите не се предлагаше срок за лечение, но това бяха единични случаи. Все пак нововъведеното изискване за преценка на способността на пациента да дава информирано съгласие явно предизвикваше трудности за повечето психиатри. Затова в това отношение се наблюдаваха различни практики.

В посетените стационари се спазваше изискването за произнасяне по отношение на информираното съгласие на пациента от експерта, който извършва експертизата. Макар да е неясно как точно се извършва тази преценка, се наблюдават различни заключения от психиатри от различни болници при сходни ситуации и пациенти. Например в ДПБ – Церова кория, само за един пациент от преминалите през първите 5 месеца на 2005 г. е дадено мнение, че може да дава информирано съгласие за лечение. В ОДПЗС – Враца, и ДПБ – Кърджали (пациенти с експертизи от ОДПЗС – Хасково), ДПБ – Нови Искър, ДПБ – Карлуково, също се преценява, че пациентите не могат да дават информирано съгласие и за тях предимно такова е присъдено да дават родители и представители на общините. В едно от съдебните решения в ДПБ – Кърджали, беше предадено заключението на съдебно-психиатричната експертиза относно способността за даване на информирано съгласие твърде неясно: *„съществува информирано съгласие за това дали лицето иска да се лекува и какво ще е лезието, но към настоящия момент не може да изразява информираност и няма съзнание за болест“*. В ДПБ – Паталеница, беше изработена шаблонна фраза, която се повтаряше във всички прегледани експертизи и тя е: *„след тридневен престой пациентът даде съгласие за лезието с невролептици и може да изразява информирано съгласие“*. Там всички пациенти на задължително лечение бяха преценени като способни да дават информирано съгласие за лечение. В заключенията от експертизите бе записано, че за съответния па-

---

<sup>44</sup> По-късно в разговор с д-р Герджиков бе установено, че те се съхраняват в една канцелария в болницата и няма практика да се прилагат към досиетата.

циент *„се предлага задължително легение в ДПБ – Паталеница, в съответствие с правилата на добрата медицинска практика и медицински стандарти за легение на психични заболявания“*. В някои от съдебните решения, базирани на тези експертизи, няма изричен запис за лицето, което да дава информирано съгласие за лечение на настанявания. В ДПБ – Царев брод, експертите също преценяват, че пациентите предимно могат да дават съгласие за лечението си.

В ДПБ – Карвуна, за съжаление, в част от съдебните решения не ставаше ясно кой трябва да дава информирано съгласие за лечение на задължително настаняваните. Дори когато съгласие трябваше да дава лице от общината, такова не беше назначено и съгласие или не бе дадено, или бе дадено от самия пациент в противоречие на постановеното от съда. Не ставаше ясно и как експертът преценява способността на пациента за даване на информирано съгласие, но се налагаше изводът, че вероятно това има връзка най-вече с критичността на пациента към заболяването му. Впечатление правеше, че въпросът за възможността за даване на информирано съгласие въобще не фигурира в заключенията на прегледаните експертизи, изготвени в ДПБ – Карвуна, за продължаване срока на задължителното лечение, а органът, постановил експертизата, също бе поискал отговор на този въпрос в постановлението. Воден от този формат на експертизата, Районният съд в гр. Балчик например, също не коментираше в съдебните решения въпроса за информираното съгласие. В прегледаните съдебни решения от други съдилища този проблем не съществуваше.

В прочетените експертизи (там, където бяха налични и достъпни в досиетата на пациентите) БХК забеляза, че нерядко експертите прокарват причинно-следствена връзка между нежеланието на пациента да даде информирано съгласие и липсата на възможност да дава такова, т.е. *„отказва да дава информирано съгласие, следователно не може да дава информирано съгласие“*. БХК намира тази практика за порочна и незаконосъобразна.

## **2.9. Лечение в периода на изготвяне на експертиза**

Въпреки че законът и наредбата ясно определят при какви условия може да се извършва лечение на пациент, настанен за експертиза през периода, в който му се изготвя такава, в психиатричните стационари се наблюдава донякъде арогантната практика пациенти да бъдат убеждавани да приемат медикаменти, без да са в т.нар. спешно състояние. Не

бяха открити случаи на прилагане на лечение на такива пациенти в ДПБ – Церова кория, ДПБ – Царев брод, ДПБ – Нови Искър. В ОДПЗС – Добрич, това се прави само при спешни състояния, в ДПБ – Карвуна, няма пациенти за експертиза, а в останалите психиатрични болници и диспансери пациентите се подлагат на лечение, докато им се изготвя експертиза.

## 2.10. Насрочване и протичане на второ заседание

В повечето болници и диспансери БХК не установи проблеми с насрочване на заседание след изготвяне на експертизата. В някои случаи това става незабавно, а в други – до 48 часа след получаване на експертизата. Само в ДПБ – Церова кория, последващото съдебно заседание след изготвяне на експертизата се насрочва до три дни. Проблем възниква, когато съдът отмени заседанието поради болест на съдията, нередовно призоваване и др. В такива случаи следващото заседание е не по-рано от седмица и не по-късно от две седмици.

Определението на съда за назначаване на експертизата подлежи на обжалване с частна жалба или протест в тридневен срок. Обжалването спира провеждането на експертизата освен ако съдът постанови друго<sup>45</sup>. Окръжният съд се произнася в открито заседание. Само в ДПБ – Церова кория, е имало един случай на обжалване на определение за назначаване на експертиза. В останалите болници и диспансери не бе съобщена такава практика.

Обикновено при редовно призоваване на страните делата за задължително настаняване и лечение протичат в две заседания. На второто и последно заседание съдът, след като изслуша лицето относно заключението на съдебно-психиатричната експертиза, трябва да се произнесе по делото с решение въз основа на събраните доказателства<sup>46</sup>.

Макар и да не бяха споделени и установени просрочвания (освен в ДПБ – Карлуково, и ДПБ – Нови Искър, относно РС – София) или други проблеми за определяне на датата и провеждане на второто заседание, все пак интервюта с пациенти показаха, че има такива, които не са присъствали на тях. Така те не са разбрали за съдържанието на експертизата, за съдържанието на решението и за възможността да го обжалват,

---

<sup>45</sup> Чл.161, ал. 1 ЗЗ.

<sup>46</sup> Чл.162, ал. 1 ЗЗ.

ако не са съгласни с него. Но дори и тези пациенти, които споделиха, че са били на заседанията, както и тези, които изследователи на БХК видяха при наблюдение на такива заседания, бяха в състояние, което не им позволяваше да разбират и да участват в хода на заседанието. Те не приемаха и назначения служебен защитник като техен защитник и често дори по време на заседанието не общуваха помежду си. Нещо повече, когато настаняваният правеше някакъв коментар или отговаряше на въпроси на съдията, те нямаха никакво значение, а в някои заседания съдии проявяваха открито патерналистично или враждебно отношение към пациента.

По време на съдебните заседания експертизите не се поясняват на участващите в заседанието, а се предполага, че те са запознати с тях предварително. Така пациентът, а нерядко и защитникът научават за тях в заседанието и изслушват само заключението. След това защитниците, както и прокурорите поддържат становището, че е наложително задължително лечение на пациента „в негов интерес“. Тук е мястото да се спомене, че в решението на съда рядко се записват подробно разпитаните свидетели и техните показания. Единствено се използва шаблонната фраза: *„от разпита на свидетели и представената съдебно-психиатрична експертиза се установи следното:...“*. Ясно е обаче, че в много от делата не се разпитват свидетели и ако това става, те се разпитват от останалите участници в заседанията, но не и от настаняваните лица. Освен това не бяха видени на посетените заседания и в прегледаните решения свидетели, които да бъдат посочвани и призовавани от настанявания или неговия защитник. В решенията се отразяват само заключенията на експертизите и някои от по-фрапиращите прояви на настанявания, довели до хоспитализацията. Всички прегледани решения се съобразяват с предложеното от експертизата лечение. Само лекарите в ОДПЗС – Русе, съобщиха, че съдът в четири случая за 2005 г. не е уважил мнението на експертите за настаняване на задължително лечение.

### **2.11. Решение за настаняване на задължително лечение**

С решението съдът се произнася по необходимостта от задължително настаняване, определя лечебното заведение, както и наличието или липсата на способност на лицето за изразяване на информирано съгласие. Съдът определя срока на настаняването и лечението, както и формата на лечението – амбулаторно или стационарно<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Чл. 162, ал. 2 ЗЗ.

Относно спазването на реквизитите на съдебното решение изследването на БХК установи много и тревожни резултати.

На първо място, БХК смята за особено проблематична практиката в някои съдебни решения от 2005 г. все още да се прилага отмененият *Закон за народното здраве*. В самите решения бе записано, че „лицето се настанява на задължително лечение по чл. 36 ЗНЗ“. Това е практика, която през първата половина на 2005 г. се наблюдава в решения на **Районен съд – гр. Балчик**, **Районен съд – гр. София**, **Районен съд – гр. Своге**, **Районен съд – Каварна**. Например пациентът Д.К.М. е доведен в ДПБ – Карвуна, на 17.01.2005 г. и същия ден му е била извършена експертиза, в която е записано, че подлежи на задължително лечение по чл. 36 ЗНЗ, без да се посочва срок и способност да дава информирано съгласие. РС – Балчик постановява така предложеното от експерта задължително лечение по чл. 6 ЗНЗ.

Д.Ц.М. е настанен в ДПБ – Карлуково, на 21.04.2005 г. с решение на РС – Своге, от 6.04.2005 г. на задължително лечение по чл. 36 ЗНЗ. Основание за настаняването е диагнозата – шизофрения, и фактът, че пациентът скитал (което не е престъпление), което е доказано от трима свидетели. По предложение на ДПБ – Карлуково, съдът дори е продължил това лечение, но вече по силата по чл. 164, ал. 1 ЗЗ с решение от 23.06.2005 г. Пациентката Ю.Д.Н. е настанена в ДПБ – Карвуна, по чл. 59 ЗНЗ с решение на Районен съд – гр. Каварна, от 9.03.2005 г. (съдия Живко Георгиев).

При прегледа на преписката със съда на ОДПЗС – София-град, изследователите на БХК установиха, че настаняванията по чл. 36 ЗНЗ от Районен съд – гр. София, са продължавали включително до март 2005 г. БХК видя много подобни решения на следните съдии от Районен съд – гр. София: Камен Димитров (7-и състав), Вера Цветкова (20-и състав), Иво Хинов (11-и състав), Петя Кънчева (4-ти състав), Виолина Джиджева (състав 100), Мария Динева (94-ти състав). Тази практика според завеждащ съдебно-психиатричен кабинет в диспансера може да се обясни с факта, че повечето от делата са били заведени още през 2004 година и съдиите са предпочели за завършат процедурата по стария закон, независимо че новият *Закон за здравето* вече е бил в сила. Други съдии са предпочели да прекратят преписките по ЗНЗ и да започнат такива по ЗЗ, откъдето идват разминаванията между отделните състави на СРС.



Решенията на съда обикновено се произнасят по необходимостта от задължително лечение, като я обуславят от свидетелските показания за опасно поведение на настанявания и най-вече от заключението на експертизата. БХК обърна специално внимание на процеса по доказване на опасно за себе си и околните поведение на настанявания. Най-често в решенията се упоменава преустановяване на приемане на лекарства, което е довело до агресивно поведение на пациента – обиди, заплахи за физическо насилие, безпокоене на съседни през нощта, хвърляне на камъни, причиняване на палежи, изхвърляне на вещи от дома, скитане, неоказване на грижа за децата (особено при жените) в семейството. Впечатление прави, че в повечето случаи решения за задължително лечение се постановяват за общественоопасно или потенциално общественоопасно поведение и не толкова в случаи, когато е налице опасно за самия настаняван поведение. Според съдебното решение от Районен съд – Пловдив, пациентката се настанява на задължително лечение, защото е *„опасна за агресивни действия, защото възприема средата като заплашваща, поведението ѝ е непредсказуемо и представлява потенциална опасност за околните“*. В друго решение на същия съд от 25.04.2005 г. се посочва, че причина за стационарно лечение е *„обостряне на заболяването ту, което е пригинено от факта, че не приема редовно лекарствата си“*. То е базирано на експертиза, в която се казва, че пациентът е *„в обострен стадий на заболяването „биполарно разстройство“ и представлява опасност поради това, че има мисли за повишени възможности, мотивирани със себеутвърждаващо съдържание, има и гневно-конфликтен облик“*. Тревога буди това, че нередко в решенията просто се цитира експертизата, според която поради психичното си заболяване и факта, че не е критичен към него, пациентът трябва да бъде настанен на задължително лечение (Районен съд – Сливен). Законът е категоричен по отношение на това, че е нужно да бъде установена причинно-следствена връзка между психичното заболяване на лицето и опасността от извършване на престъпление, опасно за околните и за самото лице. Самата некритичност към заболяването не обуславя опасно поведение.

Встрани от законовите разпоредби и наложената в други съдилища практика е тази на съдилищата в Балчик, Каварна, Добрич. В съдебните решения за настаняване на задължително лечение оттам, намерени в ДПБ – Карвуна, често се срещаха копирани от експертизите изречения, показващи, че както експертите, така и съдът вземат предвид два критерия за настаняване – социален и медицински. Социалният критерий се изчерпваше с това, че лицето няма къде на живее, защото поради агре-

сия, която проявява към близките, те не желаят да живеят с него, или не може да се грижи сам за себе си поради липса на близки. В някои експертни и съдебни решения за настаняване или продължаване на задължителното лечение бе постановено, че въпреки изпълнените медицински критерии и желанието на пациента да напусне болницата, лечението се продължава поради неизпълнение на социалните критерии (липса на дом, работа, „подкрепяща среда“). Интервюираните психиатри в ДПБ – Карвуна, бяха на мнение, че съдът трябва да постановява и решения за съдбата на пациента след изписване от болницата в името на неговото благополучие и че целта на експертната е да реши въпроса и за социалните проблеми на пациента. Разбира се, тази концепция и формулировка на експертите намира продължение и израз в съдебните решения.

В решението съдът трябва да се произнесе за лечебното заведение, в което да се извърши задължителното лечение. Това задължение обикновено се спазва. Все пак не се взима предвид желанието и възможността пациентът да получава свиждания. Например един от пациентите, настанен в ДПБ – Кърджали, обясни как в РС – Хасково, е поискал от служебната си защитничка да пледира за амбулаторно лечение и той лично е поискал това по време на съдебното заседание. Самият той е лекар и е мотивирал искането си с факта, че би било унижително за него да бъде настанен на стационарно лечение в ДПБ. Защитничката така и не представила неговото искане в съда. Прокурорът по делото обаче попитал вещото лице защо се налага той да се лекува в ДПБ, а не в диспансер, намиращ се в града, в който живее пациентът, макар и на стационарно лечение. Вещото лице обяснило, че в ДПБ материалните условия били по-добри. Така лицето е настанено в ДПБ. Друг пациент от гр. Пловдив е заявил в съдебно заседание, че се съгласява да се лекува, но не в ДПБ – Раднево. В крайна сметка все пак е настанен там.

Районните съдилища поставят различни срокове за задължителното лечение. Те най-общо варират от един до шест месеца. Има и решения, в които срок не е определен. Районен съд – гр. Берковица, е определил в решения от 7.04.2005 г. и от 5.05.2005 г. срок за лечение **„не по-малък от 6 месеца“**. Районен съд – гр. Монтана, в решение от 25.05.2005 г. е постановил: **„настанява се на задължително лечение по чл. 157 във връзка с чл. 156 ЗЗ за 6 месеца“**. Районен съд – Враца, е постановил решение на 28.06.2005 г. за лечение **„за два месеца, считано от датата на привеждане на решението в изпълнение“**, друго решение **„за не по-малко от един месец“**, трето **„за три месеца“**. В РС – Севлиево, и РС – Габрово, например се оказва, че решенията постановяват задължител-

но лечение „за неопределен срок“, като в тези случаи психиатрите в ДПБ – Севлиево, изготвят експертизи на всеки три месеца. Понякога Районен съд – гр. София, също не определя срок на лечението в решенията. В районните съдилища в Мездра, Пловдив, Велико Търново, Пазарджик, София се постановяват решения, в които предимно се определя срок на лечение от три месеца или до три месеца. В РС – гр. Хасково, бяха постановени решения със срок „не по-дълъг от два месеца“, в РС – Добрич – предимно два месеца, а в РС – Ловеч, винаги се постановява по предложение на експертите срок от шест месеца, като на всеки три месеца се изготвят експертизи. Най-разнообразна е практиката на районните съдилища в Шумен, Разград, Търговище – там сроковете са от 20 дни до четири и повече месеца. В решение на РС – Пловдив, от 21.03.2005 г. беше определен срок от четири месеца.

Според 33, когато приеме липса на способност на лицето, съдът постановява задължително лечение и назначава лице от кръга на близките на болния, което да изразява информирано съгласие за лечението. При конфликт на интереси или при липса на близки съдът назначава представител на общинската служба по здравеопазване или определено от кмета на общината лице по седалището на лечебното заведение, което да изразява информирано съгласие за лечението на лицето<sup>48</sup>. Това е разпоредбата на закона, която по наблюдения на БХК се нарушава най-често както от съдилищата, така и от психиатрите в психиатричните стационари. Като се изключат случаите, в които съдът въобще не се произнася относно информираното съгласие (което не е често явление и се наблюдава сред прегледаните решения на РС – Балчик, РС – Варна, РС – Пазарджик), може да се направи заключението, че съдът определя кой да дава информирано съгласие за лечение. Това обаче често става в нарушение на 33, защото, когато близките са иницирали процедура за задължително лечение и ясно изразяват желанието си по време на съдебните заседания да настанят техен роднина в психиатричен стационар, именно те трябва да дават и информирано съгласие за неговото лечение, при установена негова неспособност за това. Още повече че когато болният бъде настанен, такава съгласие от близките въобще не се взима и самият пациент на практика го подписва. Разбира се, подобна практика въобще обезсмисля взимането на информирано съгласие за лечение. Тя се наблюдава в ОДПЗС – Враца, ДПБ – Раднево, ДПБ – Кърджали, ДПБ – Карвуна, ДПБ – Карлуково. В първо женско отделение в ДПБ – Кърджали,

---

<sup>48</sup> Чл. 162, ал. 3 ЗЗ.

А.А.Ю. и З.С.М. бяха подписали декларации за информирано съгласие, въпреки че роднините им са определени за това в съдебните решения за задължително лечение. В.Г.Х. в ДПБ – Кърджали, според решение на РС – Харманли, от 26.05.2005 г. не може да дава съгласие и такова трябва да бъде дадено от баща му, но той сам е подписал декларацията в болницата. В ДПБ – Раднево, информирано съгласие за пациента Я.Я. е трябвало да даде сестра му, но такова бе подписано от медицински фелдшер, който е придружавал пациента от ОДПСЗ – Пловдив. Пак в ДПБ – Раднево, З.В.С., С.Г.Н. и Г.К. са подписали декларации за информирано съгласие, въпреки че съдебните им решения постановяват такова да бъде дадено от сестрите им. За пациента Д.Е.Б. Районният съд в Пловдив е определил майка му да дава информирано съгласие, като в решението се посочват две лица с различни имена за майка на пациента. В декларацията за информирано съгласие се е подписал самият той. В решение от 28.03.2005 г. на РС – Девня, е определен бащата на пациента Д.Х.Д. в ДПБ – Карвуна, да дава съгласие, а бланката е подписана от „Красимира“. Неговото лечение дори е продължено поради „социални причини“ от 15.07.2005 г. с решение на същия съд и отново нито съдът, нито експертът коментират въпроса с информираното съгласие. За така описаното положение лекарите в болниците даваха обяснение с това, че не могат да издирят роднините на пациентите, за да вземат съгласие от тях.

Представители от общината бяха определени да дават съгласие за пациенти в болниците в Ловеч, Карвуна, Бяла, Царев брод, Кърджали, Церова кория и ОДПЗС – Враца, Раднево. Но само в ОДПЗС – Враца, и Кърджали, екипът на БХК видя такива декларации. В диспансера във Враца обаче те не бяха датирани, а бяха подписани от представител на общината. В някои досиета в ДПБ – Кърджали, БХК установи, че представителите на общината подписват декларация за информирано съгласие, но не вписват имената си поради страх от саморазправа. В досието на И.С.А. в ДПБ – Кърджали, имаше декларация за информирано съгласие без дата и подписана от лице – представител на общината. За пациента Г.Я.Д. от ДПБ – Карвуна, в решение от 3.06.2005 г. се постановява, че за неговото лечение съгласие ще дава лице от община Добрич, но такова не е било излъчено и информирано съгласие не е дадено, а лечение се провежда. За пациентката М.Х.Х. в същата болница съгласие е трябвало да даде лице от община Балчик според решение от 9.06.2005 г. на Варненски районен съд, но тя сама е подписала декларация. За П.А.К. според решение от 7.04.2005 г. на Варненски районен съд съгласие е трябвало пак да даде лице от община Балчик,

но от ДПБ – Карвуна, е било изпратено писмо до общината три месеца след получаване на решението за назначаване на такова лице и пациентката е била лекувана без съгласие. За пациентката К.С.Т. в ДПБ – Раднево, информирано съгласие е трябвало да даде представител, определен от кмета на гр. Раднево, но такъв не е бил определен и тя се лекува без информирано съгласие. БХК се опита да разбере как представителите на общините се информират за евентуалното лечение на пациента и как извършват преценка, за да дадат съгласие. В ДПБ – Ловеч, ОДПЗС – Враца, и ДПБ – Кърджали, бе съобщено, че това става още по време на съдебните заседания, където представителят на общината присъства.

В ДПБ – Нови Искър, нямаше декларации за информирано съгласие и се считаше, че на пациентите на задължително лечение не се взима информирано съгласие. Затова не можеше да се прецени дали постановеното от решенията се спазва. В ДПБ – Паталеница, също няма декларации за информирано съгласие, въпреки че в експертните е записано, че лицата са дали съгласие за лечение и могат да изразяват съгласие. В ДПБ – Царев брод, не се взима информирано съгласие от пациенти на задължително лечение.

По време на разговорите с пациенти изследователите на БХК рядко установяваха случаи, в които те да познават и разбират статута си в болницата и произтичащите от това права и задължения. Тъй като пациентите на задължително и на доброволно лечение никъде не се насъстват в различни отделения или сектори, а и дори доброволните пациенти често се обръщаха с молба към изследователите да бъдат освободени, БХК остана с впечатление, че малко се разясняват процедурите и възможностите за пациенти на задължително лечение във връзка с техния статут. Често и персоналет не можеше да определи кой в отделението е на задължително и кой на доброволно лечение. В ДПБ – Раднево, един от пациентите на доброволно лечение поиска от изследователите да бъде освободен и твърдеше, че не е подписвал декларация за задължително лечение. Декларацията бе намерена в досието му, но действително подписът на нея се различаваше от този, който той демонстрира по време на разговора. Той написа молба за освобождаване, въпреки че би следвало пациентите на доброволно лечение да могат да напускат лечебното заведение, когато пожелаят. Същия ден директорът на болницата стартира процедура за задължително лечение на този пациент и той беше задържан там още два месеца след посещението. Останалите пациенти в остро мъжко отделение също поясниха, че ма-

кар да са на доброволно лечение, се наблюдава тенденция да бъдат убеждавани от лекуващите ги лекари да престояват в болницата поне три месеца, както се случва и с пациентите на задължително лечение. Запитани, лекарите в отделението обясниха, че курсът на лечение на пациентите изисква този престой да има такава продължителност, за да се постигне най-добър ефект от него.

Все пак БХК разговаря и с пациенти, които бяха наясно с възможността си да обжалват решението за задължително лечение и които бяха поискали да направят това, но бяха срещнали трудности от различен характер. При обхождане на остро мъжко отделение на ДПБ – Ловеч, един от пациентите поиска да предаде на изследователите написана от него жалба до Окръжен съд. Той обясни, че се е опитал да я изпрати сам, но първо не са му били предоставени лист и химикалка, а след като той успял да си набави средства за писане, персоналят в отделението му отказал да пусне жалбата, защото завеждащият отделението бил в отпуск. Така той бе изпуснал срока за обжалване. Молбата му беше написана на бланка „История на заболяването“ и той нямаше откъде да закупи марка и шпик за нея.

Изследователите на БХК установиха в много болници и диспансери, че пациентите не разбират по време на последното заседание по делото им за настаняване на задължително лечение, че могат да обжалват решението на първоинстанционен съд. Тъй като съдът се произнася с решение в това заседание, от този ден започва да тече и срокът за обжалването му. Дори и когато това не е така, поради отсъствие на настанявания в залата, той се уведомява за решението писмено. Но дали пациентите успяват да се информират за текста на решенията, не можеше да се установи. По-вероятно е те да не са били запознати изобщо с тях или да са запознати само формално. Според 33 решенията на съда може да се обжалва от заинтересованите лица в 7-дневен срок от постановяването му и окръжният съд се произнася в 7-дневен срок с решение, което не подлежи на обжалване<sup>49</sup>.

БХК смята, че е абсолютно задължително документите, свързани с настаняването на задължително лечение, да бъдат предоставяни на пациентите и те да имат постоянен достъп до тях. В някои болници пациенти споделиха, че когато се интересуват от възможностите за обжалване на решенията, лекуващите ги лекари им разясняват, че

---

<sup>49</sup> Чл. 163, ал. 1 ЗЗ.

така техният престой ще се удължи и е в техен интерес да не пристъпват към обжалване. Вероятно поради тези причини случаите на обжалване на решения за настаняване на задължително лечение са само единични. За такива БХК научи в ОДПЗС – Враца, ДПБ – Ловеч, ДПБ – Нови Искър, ДПБ – Царев брод, ДПБ – Церова кория, ДПБ – Бяла, ОДПЗС – Русе, ДПБ – Карвуна. За съжаление само за един от тези случаи е известно какъв е бил резултатът – пациентът е бил освободен от болницата.

Обжалването на решението за задължително настаняване и лечение спира неговото изпълнение освен ако първата или въззивната инстанция постанови друго<sup>50</sup>. В голяма част от прегледаните съдебни решения не се споменава нищо относно спирането на изпълнението по време на обжалването, но за пациентите, приети по спешност и за които бе започнала процедура за задължително лечение, се практикуваше задържането им в болницата и през срока за обжалване.

## 2.12. Прекратяване на задължителното лечение

Проблемът за това кога се прекратява задължителното лечение се оказва много дискуссионен. Психиатри и ръководители на психиатрични заведения изказваха различни тълкувания. Според ЗЗ задължителното лечение се прекратява с изтичането на срока, за който е постановено, или с решение на районния съд по местонахождението на лечебното заведение<sup>51</sup>. Би следвало след изтичане на постановения в решението срок пациентът да бъде освободен. Разбира се, това не се отнася за случаите, в които съдебното решение не определя срок, а оставя той да бъде преценен от лекаря. Тогава някои лекари тълкуват, че той може да бъде максимално три месеца, а други – шест месеца. Все пак по-разпространено бе схващането, че пациент на задължително лечение не може да бъде освободен без решение на съда (ДПБ – Кърджали, ДПБ – Нови Искър, ДПБ – Бяла, ДПБ – Царев брод).

*Законът за здравето* задължава районния съд по местонахождението на заведението служебно да се произнася на всеки три месеца въз основа на представената от лечебното заведение съдебно-психиатрична експертиза с решение за прекратяване на задължителното настаняване и лечение или за продължаване на задължител-

---

<sup>50</sup> Чл. 163, ал. 2 ЗЗ.

<sup>51</sup> Чл. 164, ал. 1 ЗЗ.

ното настаняване и лечение. Интервюираните психиатри смятаха, че не е възможно, без да се премине през тази процедура да освободят пациент на задължително лечение след изтичане на определения в решението срок, въпреки че тя изрично определя само два случая, в които е възможно пациент да се освободи предварително или да се задържи за по-дълъг от определения срок. Така около две седмици преди да изтече срокът на лечението, преди да се изпише пациент на задължително лечение, лекуващите го психиатри изготвят експертиза и я изпращат в съда. Според психиатрите около 14-дневен е срокът, в който изчакват насрочване на заседание. След като се проведе заседание и съдът постанови, че пациентът трябва да бъде освободен, пациентът се изписва. Това е една ненужна и незаконна процедура, която излишно отнема ресурс. БХК смята, че тази практика трябва да се преустанови, тъй като освен всичко останало тя забавя и просрочва престоя на тези пациенти.

При отпадане на предпоставките за задължително настаняване и лечение, преди да е изтекъл определеният срок, задължителното настаняване и лечение могат да бъдат прекратени от съда по искане на лицето, прокурора или ръководителя на лечебното заведение<sup>52</sup>. Тази разпоредба на закона се ползва в ДПБ – Ловеч, ДПБ – Церова кория (където една трета от пациентите се освобождават по искане на лекуващия ги лекар и изготвена от него експертиза и съдебно дело), ДПБ – Царев брод, ОДПЗС – Добрич (масова практика), ДПБ – Нови Искър, където не се преминава към освобождаване на лицето по законовия ред (явно поради мудното отреагиране на съда), а лицето се премества в дневен стационар и така се наблюдава редовно от лекарите и живее в семейната си среда.

### **2.13. Привеждане в изпълнение на решение за задължително лечение**

Влязлото в сила решение за задължително настаняване и лечение, както и определението на съда за назначаване на съдебно-психиатрична експертиза се привеждат в изпълнение от съответните лечебни заведения при необходимост със съдействието на органите на Министерството на вътрешните работи<sup>53</sup>. Най-сериозен проблем с изпълнение на решения за задължително и принудително лечение бе констатиран в

---

<sup>52</sup> Чл. 164, ал. 3 ЗЗ.

<sup>53</sup> Чл. 165, ал. 2 ЗЗ.



ДПБ – Ловеч. Според директора на болницата д-р Митев Плевенски или Никополски районни съдилища настаняват лица в болницата, но не ги привеждат в нея и болницата трябва да ги издирва и транспортира, а има само две линейки и не може да си позволи да ангажира персонал за толкова много време. Освен това директорът посочи, че управляваната от него болница приема пациенти от цялата страна, което прави невъзможно финансирането на транспортирането на пациенти (по смисъла на чл. 165 (2) ЗЗ). Според него проблемът не е само финансов, а е свързан и с разпределението на човешкия ресурс на болницата. Той призна, че тази година по искане на ДПБ – Ловеч, бюджетът за транспорт от МЗ е бил увеличен еднократно, но според него това не е решение на проблема. Д-р Митев смята, че не е задължение на болницата да се грижи за това пациентите с влязло в сила решение на съда за задължително настаняване и лечение, както и тези с определение за съдебно-психиатрична експертиза, да се привеждат в изпълнение от съответните лечебни заведения.

ДПБ – Бяла, уведомява пациентите от Русенска област за влязло в сила решение за задължително лечение. Ако те не се явят, администрацията трябва да ги издири и задържи. От прокуратурата и полицията на областта са отказали да съдействат. С пациенти от други области този проблем не съществува. Те се довеждат в ДПБ от екип на ЦСМП, придружен от полицаи. В ДПБ – Раднево, и ДПБ – Кърджали, бе установено, че пациентите се транспортират от диспансерите в Пловдив и Хасково и самите диспансери извършват това, ако лицето е било настанено, докато се постанови решението му там. В ДПБ – Кърджали, директорът поясни, че издирването и задържането на пациента от лекар от болницата заедно с органите на МВР може да повлияе отрицателно на терапевтичната връзка, която би трябвало да се изгради впоследствие, и това би могло да влияе пагубно на самото лечение. Като цяло психиатрите намираха за неудачно и неприсъщо за техните функции задължението на лечебните заведения да привеждат в изпълнение решенията. Но в повечето болници и диспансери бе изработена система за уреждане на този процес на базата на преговори и бе постигнато добро функциониране.

Единствен особен пример в това отношение отново е ДПБ – Карвуна. През 2005 г. от болницата са разпратени уведомителни писма до пациенти, за чието задължително лечение са пристигнали решения през периода 2003–2005 г., но самите пациенти не са били издирени и не са се явили в болницата. Те се поканват да се явят за лечение в болница-

та. В деня на посещението на БХК един от така поканените пациенти бе пристигнал. Той беше неграмотен и обясни, че е разбрал, че е поканен за преглед поради вероятно започнало предварително наказателно производство срещу него. Неговото решение бе от 2003 г. БХК намира тази ситуация за абсурдна с оглед същността и целите на задължителното лечение.

В хода на наблюдението на БХК бе разкрита и друга порочна практика. В случаите, когато има решение за настаняване на задължително лечение, което е дошло влязло в сила в болницата и трябва да се „приведе в изпълнение“ от нея със съдействието на органите на МВР, но лицето не може да бъде издирено месеци наред, след като бъде издирено (когато и да е това), се транспортира до болницата и се лекува задължително. В ДПБ – Раднево, имаше случай на млада жена, Р.И.И., която е трябвало да бъде настанена за експертиза още в края на 2004 г. в изпълнение на постановление на Районна прокуратура – Бургас, от 9.12.2004 г. Издирвана е за експертиза и лечение, но не е била открита няколко месеца. Решение за настаняване на задължително лечение за три месеца е постановено от Районен съд – гр. Бургас, на 8.03.2005 г. Тя е била хоспитализирана на 6.06.2005 г.

Доколкото смисълът на процедурата по настаняване на задължително лечение е да се лекува лице, опасно за себе си и околните, не би трябвало дори и след няколко месеца или даже години то да бъде настанявано за лечение, за да се изпълни формално съдебното решение, а да е налице механизъм за нова преценка на необходимостта от лечение, който да дава гаранции срещу произволно задържане и лишаване от свобода. В случая законът не дава яснота относно адекватното поведение на органите на МВР и психиатричните стационари при издирване на лице месеци след влизане в сила на решението за задължително лечение.

## 2.14. Просрочване

БХК установи, че дори когато лицето, за което е постановено настаняване на задължително лечение, е преминало през лечението и трябва да бъде освободено, то често бива задържано в болницата по различни причини. В много от случаите приемащият екип в болницата склонява лицето да подпише декларация за доброволно лечение или за да бъдат решени негови социални проблеми, като настаняване в социален дом например (ДПБ – Карвуна, и ДПБ – Ловеч), или за да бъде продължен курс на лечение, който без подкрепяща среда извън болницата

ще бъде прекъснат (ДПБ – Ловеч, ДПБ – Раднево). Запитани защо не позволяват на пациенти на задължително лечение да напуснат болницата след изтичане на срока за задължително лечение, лекуващите лекари даваха различни отговори. Понякога се оказваше, че според тях е нужно лечението да бъде продължено и те са изпратили експертиза за това в съда, но все още очакват насрочване на заседание. БХК обаче не видя такива експертизи и те със сигурност не се съхраняваха в личните досиета на пациентите. Самите те също не знаеха за извършването на експертизи и за това, че лечението им ще бъде продължено и отправяха запитвания в този смисъл към изследователите на БХК. Все пак особено в ДПБ – Ловеч, след проведен разговор с един от завеждащите отделения лекари пациентите, чийто престой в болницата превишаваше определения от съда срок на лечение, бяха освободени при следващите посещения на БХК в същата болница.

## **2.15. Настаняване на принудително лечение**

Принудителното лечение е регламентирано от българския Наказателен кодекс (НК), а процедурата за неговото изпълнение – от Наказателнопроцесуалния кодекс (НПК). По силата на член 89 от Наказателния кодекс по отношение на лице, извършило общественоопасно деяние в състояние на невменяемост или изпаднало в такова състояние преди постановяване на присъдата или през време на изтърпяване на наказанието, съдът може да постанови предаване на близките му, ако те поемат задължение за грижи и лечение (чл. 89, б. „а”); принудително лекуване в обикновено психо-неврологично заведение (чл. 89, б. „б”) или принудително лекуване в специална психиатрична болница или в специално отделение на обикновено психо-неврологично заведение (чл. 89, б. „в”). Принудителното лекуване в обикновено психо-неврологично заведение може да бъде постановено от съда по отношение на душевноболен, който с оглед на неговото психическо състояние и на характера на извършеното общественоопасно деяние се нуждае от болнични грижи и лекуване по принудителен ред<sup>54</sup>. Принудителното лекуване в специална психиатрична болница или в специално отделение може да бъде постановено от съда по отношение на душевноболен, който с оглед на своето психическо състояние и на характера на извършеното общественоопасно деяние се явява особено опасен за обществото или за

---

<sup>54</sup> Чл. 90, ал. 1 НК.

своите близки. В тези случаи лицето се държи под усилен надзор, изключващ възможността то да извърши ново общественоопасно деяние<sup>55</sup>.

В хода на изследването си БХК се опита да проследи практиката по настаняване на пациенти на принудително лечение по чл. 89 НК. В почти всички посетени болници и диспансери се настаняваха пациенти по този ред (с изключение на ОДПЗС – София-град, и ДПБ – Паталеница, където не бе получена информация за такива пациенти). Пациентите, настанени на принудително лечение, са единици. Събраните данни за пребиваващи по време на посещенията на БХК пациенти на принудително лечение сочат, че в болниците в Ловеч, Севлиево, Царев брод, Бяла и Кърджали през 2005 г. са били настанени пациенти по чл. 89, б. „в“ НК. А в ОДПЗС – Враца, ДПБ – Карлуково, ДПБ – Раднево, ДПБ – Церова кория, ОДПЗС – Добрич, ОДПЗС – Русе, ДПБ – Нови Искър, и ДПБ – Карвуна, са били настанени пациенти по чл. 89, б. „б“ НК. БХК се опита да установи дали има някакво профилиране на болниците по зададените от НК параметри, но не успя да намери нормативен акт, в който са е указано в кои болници се изпълняват съответните мерки по чл. 89 НК. В повечето ДПБ психиатрите бяха на мнение, че мярката по чл. 89, б. „в“ НК се изпълнява само в ДПБ – Ловеч, в т.нар. съдебно-психиатрично отделение, но се оказа, че такива пациенти се настаняват и в други болници, в които явно съдът е счел, че има специално отделение за принудително лечение. Безспорно беше мнението на интервюираните психиатри, че единствено ДПБ – Ловеч, и Клиника по съдебна психиатрия и съдебна психология към Университетска специализирана болница за активно лечение по неврология и психиатрия „Св. Наум“ в София отговарят на термина „специална психиатрическа болница“ по смисъла на чл. 89, б. „в“ НК. Освен това явно изборът на психиатричното заведение за изтърпяване на принудително лечение зависи и от степента на обществена опасност на пациента. Така вероятно пациентите по чл. 89, б. „в“ НК са преценени като по-опасни от съда. В ДПБ – Ловеч, съдебно-психиатрично отделение, според прегледаните досиета на пациенти основанията за настаняване бяха извършено престъпление и установена невменяемост по време на извършването му поради наличие на психично заболяване. Повече от 90 % от настанените в това отделение са пациенти, извършили хомоцидни актове, а останалите 10 % – блудства, кражби и грабежи. Обикновено пациентите са извършили престъпления спрямо близките си. Към момента на посещението на БХК в отделението бяха настанени и двама пациенти, които бяха приведени от затвор. Те са лишени от свобода, ко-

<sup>55</sup> Чл. 90, ал. 2 НК.

ито са развили психично заболяване по време на изтърпяване на наказанието и се е наложило прекъсването му.

Предложение за принудително лечение могат да направят районният или окръжният прокурор<sup>56</sup>. Преди това прокурорът е длъжен да назначи експертиза и да разпорежи на следовател да изясни дали лицето представлява опасност за обществото<sup>57</sup>. Предложението за прилагане на принудителни медицински мерки се разглежда от районния съд по местоживеенето на лицето, а в случаите, когато такова се налага на лица, които изтърпяват лишаване от свобода – от окръжния съд по местоизтърпяване на наказанието<sup>58</sup>. За съдебното заседание се призовават лицето, спрямо което се иска прилагането на принудителни медицински мерки, неговите родители, настойникът или попечителят му и пострадалият<sup>59</sup>. Участието на защитник пред съда е задължително<sup>60</sup>. Тоест, ако лицето няма нает, съдът назначава служебен защитник. Присъствието на лицето, спрямо което се иска прилагане на принудителни медицински мерки, не е задължително, когато неговото здравословно състояние е пречка за това<sup>61</sup>. Във всички случаи съдът изслушва заключението на експерт-психиатър<sup>62</sup>. Съдът се произнася еднолично с определение<sup>63</sup>, което може да се обжалва или протестира, и въззивната инстанция, ако отмени определението, решава делото<sup>64</sup>. Доколкото в някои болници БХК успя да прегледа досиета на пациенти, настанени на принудително лечение, установи, че така регламентираната процедура се спазва.

Прекратяването и изменянето на постановената принудителна медицинска мярка става от съда, когато това се налага от настъпила промяна в състоянието на болния или от нуждите на неговото лекуване<sup>65</sup>. Във всички случаи след изтичане на шестмесечен срок от настаняването в лечебното заведение съдът се произнася за прекратяване, продължаване или заменяне на принудителното лечение<sup>66</sup>. Преди изтичане на шестмесечния срок от настаняването на принудително лечение, както

---

<sup>56</sup> Чл. 429, ал. 1 НПК.

<sup>57</sup> Чл. 429, ал. 2 НПК.

<sup>58</sup> Чл. 430, ал. 1 НПК.

<sup>59</sup> Чл. 432, ал. 1 НПК.

<sup>60</sup> Чл. 432, ал. 2 НПК.

<sup>61</sup> Чл. 432, ал. 3 НПК.

<sup>62</sup> Чл. 432, ал. 4 НПК.

<sup>63</sup> Чл. 433, ал. 1 НПК.

<sup>64</sup> Чл. 433, ал. 2 и ал. 3 НПК.

<sup>65</sup> Чл. 91, ал. 1 НК.

<sup>66</sup> Чл. 91, ал. 2 НК.

и в случаите по чл. 89, б. „а“ от Наказателния кодекс съдът може да замени или да прекрати принудителното лечение по предложение на прокурора. Съдът се произнася по продължаването, заменянето или прекратяването на принудителните медицински мерки в съдебно заседание, след като вземе мнението на съответното лечебно заведение и заключението на експерт-психиатър<sup>67</sup>. По мнение на интервюираните психиатри и от прегледаните досиета на пациенти на принудително лечение може да се направи заключение, че тази процедура се спазва стриктно от съда. Все пак тревожно е, че в ДПБ – Ловеч, в съдебно-психиатричното отделение в миналото е имало случай на пациент, който е бил на лечение повече от 10 години (по данни на завеждащия отделението психиатър). До две седмици преди посещението на БХК в отделението е имало и пациент, който е бил настанен през 1998 г., но е бил изпратен в ДПБ – Севлиево. Към деня на посещението на БХК – 9.06.2005 г., пациентът с най-дълъг престой в болницата на принудително лечение е бил настанен през 2000 година. Относно смяна на мерките по чл. 89 НК завеждащият отделението лекар в ДПБ – Ловеч, сподели, че през последните пет години (2000–2005 г.) само за пациенти с тежки соматични увреждания лекарите от отделението са препоръчвали смяна на мярката от чл. 89, б. „в“ на чл. 89, б. „а“ НК. Единият от тези случаи е бил на пациента, който е лекуван в болницата от 1998 г.

Друг пример за опит за промяна на мярката по чл. 89 НК е пациент в ДПБ – Нови Искър, Д.Д.К. е бил настанен там на 21.03.2005 г. Решението за настаняване на принудително лечение на Районен съд – гр. София, е по НЧД 11236/04 г. от 6.01.2005 г. Районният прокурор бе предложил да се премине от мярка по чл. 89, б. „б“ НК към чл. 89, б. „а“ НК. Но решението е в смисъл да се продължи принудителното лечение по чл. 89, б. „б“ НК – настаняване на принудително лечение в обикновено психоневрологично заведение в ДПБ – Нови Искър. Районен съд – гр. София, е изпратил решението в болницата чак на 17.02.2005 г. Според решението на РП – гр.София, служебният защитник и експертът са поискали в началото промяна на мярката, но поради това, че лицето е спряло да взима лекарства по време на дневен стационар и е променило поведението си, експертите и служебният защитник променят становището си и решават, че е нужно да се запази мярката по чл. 89, б. „б“ НК.

Принудителното лекуване на осъдените на лишаване от свобода се провежда през време на изгълнение на наказанието в психиатричната

<sup>67</sup> Чл. 434, ал. 2 НПК.

болница към Затвора в гр. Ловеч. За съжаление все още нейният статут не е изяснен (тя не е получила лиценз по *Закона за легтебните заведения*) и за дейностите, които се извършват в нея, освен че са незаконни, не може да се твърди, че отговарят на общия стандарт по психиатрично лечение. В отчет на самата болница до Министерство на правосъдието се посочва, че все още съществува порочната практика да се насочват за стационарно лечение от затворите пациенти почти изключително по социални или режимни съображения, както и такива с водещи соматични страдания. Освен това от началото на 2004 г. в голяма част от затворите здравните служби не разполагат с квалифицирани психиатри, служители в системата, тъй като поради различни причини тези специалисти са напуснали. Ползването на външни консултанти, които не са запознати със спецификата на средата и на самите пациенти, както и недостатъчната им ангажираност с цялостното решаване на проблемите им, които имат освен медицински и социален аспект, води до поставянето на „диагнози, меко казано неотговарящи на действителното състояние“. Пакетът с документи, с които лишеният от свобода пристига в болницата, има различен обем – понякога не съдържа никакви данни за предходни заболявания на пациента и за съответния повод за настаняване в отделението. Обикновено лишеният от свобода пациент пристига с направление от психиатъра в медицинския център на съответния затвор и медицинска справка от същия. Информирано съгласие от пациентите не се взема в затвора и затова поне веднъж месечно има по един пациент, който не желае да се лекува и не е психотичен, но е конфликтен. Така администрацията на затвора решава да се справи с проблемите, които той създава, като го изпрати на принудително лечение.

По отношение на привеждане в изпълнение на определения за принудително лечение очевидно също съществуват проблеми. В ДПБ – Нови Искър, имаше пациент (Р.М.Т.), настанен в болницата на 15.06.2005 г. за принудително лечение по чл. 89, б. „б“ НК по определение на Районен съд – гр. София, влязло в сила на 19.05.2005 г. В същата болница пациентът А.И.Б. бе настанен с епикриза от ОДПЗС – София, от 23.05.2005 г., а има определение за принудително лечение по чл. 89, б. „б“ НК от 11.10.2004 г.

### 3. Материални условия в психиатричните стационари

Както е известно, всички държавни психиатрични болници в България бяха лицензирани като лечебни заведения по смисъла на чл. 5 от *Закона за легейбните заведения* с Постановление № 20 на МС от 22.02.2000 г. Изискванията, на които трябваше да отговаря тяхната материална база и организация, за да бъдат лицензирани, се определят от *Наредба № 29 на Министерството на здравеопазването от 23.11.1999 г.*<sup>68</sup> Освен това медицинският стандарт „Психиатрия“ поставя определени изисквания най-вече във функционално отношение към материалната база в психиатричните стационари, които преди това бяха заложиени и в *Наредба № 29*.

Материалната база на психиатричните заведения, посетени от изследователите на БХК, е с малки изключения стара и въпреки че се ремонтира текущо, не е в състояние да отговори на горепосочените нормативни изисквания. Средствата, отделяни за поддръжката ѝ, са крайно оскъдни, а изпълнението на ремонтните дейности невинаги е контролирано адекватно. Финансирането на поддържането на материалната база е закономерен елемент от цялостното финансиране на стационарната психиатрична помощ, което засега се извършва извън общия ред за финансиране в системата на здравеопазването. Затова липсва все още система за остойностяване на услугите и развитието на предоставяните услуги не може да бъде адекватно планирано.

По-голямата част от сградния фонд е построена през 1950–1970 г. и през последните 35 години само се ремонтира текущо. Констатацията на БХК през 2001 г. беше, че въпреки че са лицензирани, в много от психиатричните заведения не са спазени общите хигиенни изисквания към строителството, оборудването, инсталациите, броя и размера на помещенията, площта на легло в стационарите, състоянието на санитарните възли и пр., така както са определени в приложението на *Наредба № 29*. Както и че в повечето от държавните психиатрични болни-

---

<sup>68</sup> Наредба № 29 от 23.11.1999 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи, издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 108 от 10.12.1999 г., изм., бр. 80 от 3.10.2000 г., бр. 61 от 10.07.2001 г., доп., бр. 99 от 11.11.2003 г.



ци не са обособени всички от изискваните от чл. 5 на *Правилника за устройството и дейността на легейните заведения за стационарна психиатрична помощ по тл. 5, ал. 1 от Закона за легейните заведения (ПУДЛЗСПП)*<sup>69</sup> структурни блокове: консултативно-диагностичен, стационарен, блок за дневни грижи, административно-стопански и болнична аптека (с изключение на ДПБ – Раднево, и ДПБ – Севлиево). През 2001 г. почти никъде в държавните психиатрични болници екипите на БХК и БПА не откриха и обособени вътре във всяко едно от отделенията сектори: за пациенти с висока степен на зависимост от грижи, за пациенти със средна степен на зависимост от грижи и за пациенти с ниска степен на зависимост от грижи. Това изискване следва от разпоредбата на чл. 6, ал. 4 ПУДЛЗСПП. При посещението си през 2005 г. БХК установи, че сектори съобразно разпоредбите на ПУДЛЗСПП и медицински стандарт „Психиатрия“ бяха обособени в ОДПЗС – Враца, ОДПЗС – Русе, ОДПЗС – Пловдив, ОДПЗС – Добрич, ОДПЗС – Велико Търново, като това разграничение беше направено предимно в острите отделения. В психиатричните болници в Севлиево, Церова кория, Царев брод, Кърджали, Нови Искър (в две отделения), Ловеч (в едно отделение) и Карвуна (по-скоро на функционален, а не териториален принцип) бяха обособени сектори.

През периода 2001–2005 г. не са били извършени сериозни ремонтни дейности, които да са довели до значителни преустройства в структурно и функционално отношение в психиатричните стационари. Ремонтни през този период са били извършени в няколко болници и диспансери. Най-сериозни са постиженията на ДПБ – Карлуково. Там изцяло бе ремонтирана една от сградите. В нея вече се помещава второ женско отделение. Болните са разположени по четири в стая. Сградата отговаря на високи стандарти за психиатрично обслужване. Баните, тоалетните, манипулационните, стаите за пациентите, трапезариите, кабинетите на лекарския и обслужващия персонал са в отлично състояние. Предстои завършването на отделението, в което ще бъдат настанени и мъжете. По време на посещението на БХК през юли 2005 г. сградата се населяваше само от 19 пациентки. Ремонтът беше осъществен със средства, отпуснати от МЗ, след посещението на Комитета против изтезания (КПИ) към Съвета на Европа през април 2002 г.<sup>70</sup> Според

<sup>69</sup> Издаден от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 63 от 1.08.2000 г.

<sup>70</sup> Report to the Bulgarian Government on the visit to Bulgaria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment from 17 to 26 April 2002, <http://www.cpt.coe.int/documents/bgr/2004-21-inf-eng.htm>

доклада на КПИ като се изключат някои стаи в остро мъжко отделение, в които са настанени 3 до 7 пациенти (стаите са с площ от 14 до 34 кв. м), в отделението има стаи по 60 кв. м, в които са настанени 12 до 14 пациенти. Такива помещения не успяват да предоставят задоволително ниво на лично пространство на пациентите. В този смисъл КПИ поиска да научи за плановете на ръководството на болницата за преграждане на тези огромни спални помещения на по-малки. БХК три години след посещението на КПИ не установи промяна на това положение в отделението. КПИ отбелязва крещящото положение на това отделение – падаща мазилка, разрушаваща се подова настилка, прозорци без дограма. Някои пациенти спели на голи и подмокрени дюшеци, а малкото наличен постелен инвентар (чаршафи, одеяла и понякога възглавници) били износени и мръсни. Носела се силна миризма на урина в стаите на пациентите, въпреки че прозорците и вратите били отворени. Атмосферата в отделението била крайно мрачна и безлична, почти не били видени лични вещи на пациентите. Освен това нямало никакви стаи за дневни занимания и затова пациентите се разхождали в коридора и седели на пейки в него. Санитарните възли били в много лошо материално и хигиенно състояние, като някои били запушени, а други не работели. Пациентите се къпели в друга сграда, защото нямало топла течаща вода в отделението<sup>71</sup>. Според писмо от българското правителство от 26.07.2002 г. до КПИ ще бъдат взети мерки за ремонтирането на 1-во, 3-то и 5-о отделение, на санитарните възли и ще бъдат отделени средства за храна и постелен инвентар.

Извън ремонтираната сграда, останалата база на болницата, в която са настанени по-голямата част от пациентите, е крайно амортизирана. Ръководството на болницата полага усилия за ремонтиране на различните отделения. Поради многото проливни дъждове през 2005 г. болницата е подала заявление до Комисията за бедствията и аварията за отпускане на средства за ремонт на покривите. Щетите се оценяват на 490 000 лв. Ремонтни дейности все пак са били извършени и в остро женско отделение, където атмосферата беше много по-приятна от тази при предишни посещения на БХК. По време на посещението от юли 2005 г. на БХК все още беше тревожно състоянието на острото мъжко отделение в болницата, което продължава да бъде едно от най-тежкото в материално отношение в страната. Стените там са с вече паднала мазилка, леглата и шкафчетата за лични вещи на пациентите са в ужасно

---

<sup>71</sup> Параграф 127 от доклада на КПИ.

състояние, подът се нуждае от нова настилка, постелният инвентар е крайно мръсен и недостатъчен.

Според данни, получени от самите болници, през 2004 г. са били извършени ремонти в девет от тях. В ДПБ – Севлиево, през 2004 г. е бил извършен ремонт за 12 000 лв. и са били закупени съоръжения за 8000 лв., в ДПБ – Бяла, е бил ремонтиран покрив за 90 000 лв., в ДПБ – Церовва кория, е бил извършен текущ ремонт за 10 000 лв., в ДПБ – Царев брод, е извършен ремонт за 20 976 лв., в ДПБ – Раднево, са били ремонтирани тоалетни, в ДПБ – Кърджали, са били извършени ремонти за 30 000 лв., които още не са изплатени от МЗ. В ДПБ – Ловеч, по данни на директора на болницата през 2003 г. са били поправени покривите на съдебно-психиатричното отделение, боядисани са били столовите и коридорите в мъжките отделения, както и болничните стаи на диспансера. През 2004 г. частично е бил ремонтиран женският блок, в женско отделение са отремонтирани самостоятелни стаи, направен е и ремонт на стълбището, както и на кухненския блок поради предписание на ХЕИ. За 2004 г. са били отделени 20 000 лв. за ремонтни дейности. Към момента на посещението на БХК през юни 2005 г. се ремонтираха санитарните възли на диспансера, както и на административния блок и кабинетите по физиотерапия. Не са ремонтирани още санитарните възли на остриите отделения. Предстоеше и ремонт на парната инсталация, защото има пробити топлообменници. В ДПБ – Нови Искър, през 2004 г. частично е била ремонтирана банята на първо женско отделение и е изграден декоративен водопад във фойето, във второ женско отделение е инсталирано централно парно отопление, освежена е била външната фасада, поставена е теракота на външните стълби, във второ мъжко отделение е извършено преобоядисване на цялото отделение (сумата за материалите е от спонсорство, а трудът е на санитари от отделението). За текущ ремонт на сградите за 2004 г. са изразходвани 70 193 лв.

В диспансерите във Враца, Русе, Добрич, София-град, Пловдив, Хасково през 2003–2004 г. са били извършени ремонти на манипулационни, стаи на болните, санитарни възли, диагностичните блокове и в ОДПЗС – Русе и Враца, тези дейности продължаваха. Трябва да се отбележи, че стационарите в диспансерите бяха в далеч по-добро състояние от тези в болниците. Особено добро цялостно впечатление правеха стационарите в Добрич, Русе, Хасково и Велико Търново.

В най-лошо цялостно материално състояние бяха психиатричните болници в Бяла, Ловеч и Паталеница. Успокояващо е, че в ДПБ – Пата-

леница, изследователите на БХК получиха уверение за това, че през ноември 2005 г. болницата ще се премести в бившата сграда на МБАЛ – Пазарджик, където се е извършвал ремонт през последните години и така пациентите ще получат значително по-качествено обслужване в сравнение с досегашното. В ДПБ – Бяла, обаче няма изгледи ситуацията в материалното положение да бъде променена. Най-старите сгради там са построени през 1912 г. и само през 2004 г. е бил ремонтиран покрив за 90 000 лв. Болницата е пренаселена и е с един от най-големите капацитети в страната – 290 легла. БХК отправя своя апел към МЗ да обърне специално внимание на острите отделения в болницата, които се намират в плачевно състояние. Болницата не може да осигури адекватно отопление и през зимата на 2004–2005 г. се е наложило да се ползват и печки на твърдо гориво. Постелен инвентар в остро мъжко отделение не бе видян от екипа на БХК и леглата, и общият облик на стаите бе занемарен и нехигиеничен. В ДПБ – Ловеч, в най-тежко състояние бяха съдебно-психиатричното и остро мъжко отделение. Хигиената в болничните стаи се поддържаше главно от пациентите и бе на много ниско ниво. Прозорците бяха с решетки, без пердета. Подът бе застлан с изпокъсан и износен балатум. В съдебно-психиатричното отделение болните бяха настанени по четирима в стая. Всяка стая имаше и четири шкафа за лични вещи, които не се заключват. Леглата и постелният инвентар бяха в много лошо състояние. Прави впечатление изключително лошият вид на стените. Мазилката бе изкърпена с гипс, но самите стени не са боядисани (по време на ремонта през 2004 г.). Стаите бяха влажни, със следи от течове, както и мухъл по стените. Вратите на помещенията нямаха брави и не се затваряха. Пациентите се оплакаха, че често има хлебарки, но все пак се взимат някакви мерки срещу това. Всички пациенти проявяваха чувствителност към материалните условия в болницата и се оплакваха от тях.

Няколко са психиатричните заведения, в които болните имат редовен целодневен и ежедневен достъп до топла вода – ДПБ – Севлиево, ДПБ – Церова кория, ДПБ – Кърджали, ДПБ – Карвуна, ОДПЗС – Враца, ОДПЗС – Русе, ОДПЗС – Добрич, ОДПЗС – Велико Търново. В останалите психиатрични стационари топла вода се осигурява по време на къпане, веднъж седмично, по график. Това затруднява прането на личните дрехи на пациентите, което навсякъде се извършва от самите тях, ако нямат роднини, които при свиждане да им донасят дрехи. Така в някои болници прането се извършва със студена вода. В масовия случай топлата вода, особено в летния сезон, се подгръва от електрически бойлери по специални поводи (баня, миене на съдове и др.). През сту-

дения период на годината тя се подгръва от локално парно. Най-сериозен проблем с осигуряването на отопление и подгръване на топла вода има ДПБ – Раднево. Той бе заявен още през 2001 г. и до посещенията на БХК през юни 2005 г. не беше решен. Болницата е с централно парно отопление. Използваното гориво е нефта, което представлява най-големият процент от разходите на болницата. Топлата вода по пътя ѝ до отдалечените отделения на практика изстива. Няма постоянно топла вода, тя се пуска в определени часове само в понеделник. Проект за газификация на болницата, който включва поставяне на отделни малки газови котлети за всеки корпус, е изработен отдавна. Това ще намали до възможния минимум топинните загуби, но все още не са намерени средства за изпълнението му. Според директора на болницата за отоплителния сезон 2005–2006 г. се планира да се въведат в употреба отново нафтовите печки. Това обаче ще остави нерешен въпросът с топлата вода в отдалечените отделения. Болните, които са настанени там, ще бъдат водени за къпане в корпусите, които нямат проблем с отоплението. В ДПБ – Карлуково, бе съобщен проблем, свързан с изплащането на топлоенергията. Според главния счетоводител на болницата бюджетното разпределение обикновено предвижда сума от 190 000 лв. за отопление, ел.енергия и вода. Само за отопление обаче на сезон се изразходват над 300 000 лв.

Проблемът с поддържането на хигиената в психиатричните заведения е сериозен. В повечето посетени институции възможностите за нейното поддържане не са добри. Само в няколко от болниците и диспансерите изследователите на БХК видяха задоволително или дори много добро равнище на поддържаната хигиена. Това бяха ОДПЗС – Русе, ОДПЗС – Добрич, ОДПЗС – Велико Търново, ОДПЗС – Хасково, ДПБ – Севлиево, ДПБ – Кърджали, ДПБ – Церова кория, отчасти ДПБ – Карвуна, и ДПБ – Нови Искър. Санитарните възли в психиатричните заведения по правило са в най-тежко състояние. В почти всички посетени стационари те са от азиатски тип и вратите им не се затварят отвътре по съображения за безопасност на пациентите. В ДПБ – Паталеница, ДПБ – Бяла, ДПБ – Церова кория, ДПБ – Царев брод, ДПБ – Ловеч, ДПБ – Карвуна, острото мъжко отделение в ДПБ – Карлуково, в санитарните възли нямаше течаща вода и те не можеха да се почистват със сифони. Това се правеше с маркучи или кофи. В най-добро състояние бяха тоалетните в ОДПЗС – Русе, ОДПЗС – Добрич, ОДПЗС – Враца, и ДПБ – Кърджали.

Средства за поддържане на личната хигиена пациентите трябва да си набавят сами, освен в ДПБ – Церова кория, където болницата ги предоставя. Дрехи и обувки също трябва да се набавят от самите пациенти. Те се грижат и за изпирането и сушенето им, въпреки че в почти никоя болница и диспансер няма условия за това. За къпането на пациентите обикновено отговарят санитарите и дежурните медицински сестри. Все пак трябва да се отбележи, че в малко заведения пациентите изглеждаха чисти и спретнати. Като причина за занемарения външен вид на пациентите персоналът в болниците изтъкваше предимно техните психични заболявания. Добро опровержение на този довод обаче са пациентите в ОДПЗС – Русе, и ДПБ – Церова кория, ДПБ – Кърджали, и ДПБ – Севлиево, чийто външен вид беше най-добре поддържан. Шкафчета за съхраняване на лични вещи имаше в повечето болници и диспансери (посетени бяха предимно острите отделения) с малки изключения (ДПБ – Паталеница, ДПБ – Царев брод, остро мъжко отделение в ДПБ – Нови Искър, недостатъчно в ДПБ – Бяла). Никъде няма практика да се поставят шкафчета, които могат да се заключват.

Постелният инвентар в посетените болници и диспансери се намираще и поддържаше много различно. Най-остра нужда от дюшеци и чаршафи има в острите мъжки отделения в ДПБ – Бяла, ДПБ – Карлуково, ДПБ – Царев брод, и ДПБ – Ловеч, острите сектори на ДПБ – Паталеница. В масовия случай постелното бельо е захабено с няколко изключения. Добър пример в това отношение отново е ОДПЗС – Русе, където пациентите на дневен стационар шият постелен инвентар за стационара и той явно се поддържа много добре. Там се произвеждат и дюшеци с водонепромокаемо покритие.

По отношение на наличие на помещения, където пациентите да могат да прекарват свободното си време, психиатричните заведения разполагат с различен ресурс. Няма никакви помещения за занимания на пациентите, освен столовите, в които са поставени телевизори, в ДПБ – Ловеч, и в ОДПЗС – Велико Търново. Библиотеки, които работят по един-два часа на ден има в ДПБ – Нови Искър, ДПБ – Карвуна, ДПБ – Кърджали, ДПБ – Карлуково, ДПБ – Царев брод, ДПБ – Бяла, ДПБ – Раднево. Клубове за дневни занимания има в ДПБ – Карвуна, ОДПЗС – Добрич, ДПБ – Карлуково, ДПБ – Нови Искър, ДПБ – Кърджали, ДПБ – Церова кория, ДПБ – Севлиево. В диспансерите в Русе, Хасково, Пловдив и в болниците в Севлиево, Карвуна, Кърджали, Нови Искър, Карлуково, Раднево има лавки за пациентите.

В женското отделение на ДПБ – Церова кория, пациентките имат стаи, където се събират да шетат, шият гоблени и др. – умения, които усвояват в групата по креативна терапия. Болницата разполага и с ателие по креативна терапия – доста просторно и уютно (разположено в пристройка до административната сграда). Там група от 15 болни се събира, за да произвежда различни продукти – оцветяват саксии, рисуват, изработват сувенири, шетат, изработват мартеници, сурвачки, кукли и т.н., които след това продават, със съдействието на ръководството и закупуват материали и консумативи. В съседство е разположено шивашко ателие, в което получените от дарения дрехи се привеждат във вид готов за носене – пришиват им се копчета, зашиват се при нужда, гладят се и т.н. Освен това има и зала, оборудвана с два компютъра (които се ползват от болните) и телевизор, в която се провежда групова терапия, и група за прогресивна мускулна релаксация.

Спортни зали има в ДПБ – Раднево, и ДПБ – Царев брод. Болниците в Раднево, Нови Искър, Карлуково, Севлиево, Бяла, Церова кория, Царев брод и диспансерите в Добрич, Пловдив, Русе, Враца разполагат със зали за групова, арт и трудова терапия. Трудово-лечебни стопанства и/или работилници има в ДПБ – Раднево, ДПБ – Карвуна, ДПБ – Церова кория, ДПБ – Севлиево, и ОДПЗС – Русе.

## 4. Медикаментозна терапия в българските психиатрични болници и диспансери

При посещенията на БХК в психиатричните стационари бяха събрани възможно най-пълни данни за използваните медикаменти. Само болниците и диспансерите в Царев брод, Севлиево, Паталеница, Церова кория и Велико Търново предоставиха такива. За останалите места по една или друга причина липсваше точна информация. Медикаментозното лечение в посетенията през 2005 г. психиатрични лечебни заведения е твърде разнообразно и се различава в отделните болници и диспансери. Има много различни предпоставки за различните практики по места.

Бюджетът на тези заведения се осигурява директно от държавата<sup>72</sup>. В отпусканите държавни субсидии са включени и средствата, необходими за закупуване на медикаменти. Хоспитализирани веднъж, пациентите не заплащат лекарствата за лечението си<sup>73</sup>. Всяко лечебно заведение има пълната свобода по отношение на избора на класа и вида на препарата, както и търговеца на едро. Процедурата по закупуване е максимално опростена, т.е. липсват формалните известия и провеждане на конкурси по оферти. Същевременно при различните психични разстройства правилата за лечение<sup>74</sup>, доколкото съществуват и са задължителни, допускат голяма гъвкавост в решението за избор на терапия. Пазарната политика и тактика на отделни лекарствени дистрибутори също оказват значителна роля в избора на медикамент. Не на последно място може да се предположи, че в България има и различни психиатрични течения и школи. Всички тези дадености може би обясняват големите разлики във вида и относителния дял на използваните медикаменти в различните болници и диспансери.

---

<sup>72</sup> Финансирането на общинските диспансери става опосредствано чрез общините. Навсякъде в посетенията диспансери се твърди, че средствата от републиканския бюджет не се отклоняват или редуцират от общинските финансови органи.

<sup>73</sup> В ДПБ – Кърджали, в едно от отделенията пациентите заплащат ежедневно суми за закупуване на лекарства, които сами по себе си оформят лекарстводен от около 2 лева. БХК установи, че в ДПБ – Нови Искър, има пациенти, от които се изисква да си носят лекарства по време на лечението им в ДПБ. Най-често става дума за коректори (акинетон), но има и болни, чиито близки са носили и атипични невролентици като сероквел по време на престоя на роднините им в ДПБ. Същевременно при посещенията през 2005 г. БХК никъде не отбеляза практиката от 2001 г. да се изискват от новопостъпващите пациенти суми под формата на „доброволни дарения“.

<sup>74</sup> Правилата от медицинския стандарт „Психиатрия“, утвърдени с Наредба № 24 от 7.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“.



#### 4.1. Видове използвани медикаменти

В случая се визират:

- Съотношение на атипични към типични невролептици
- Наличие на коректор при типичните невролептици
- Видове и форми използвани медикаменти
- Стойност на един лекарствен ден

БКХ установи, че се използват от 30 до 60 вида медикаменти и форми в различните лечебни заведения. Въпреки че структурата и нозологичната принадлежност на пациентите в държавните психиатрични болници и стационарите на диспансерите е по принцип еднаква, още тук става ясно, че на някои места се използват два пъти по-голям асортимент медикаменти и лекарствени форми. В съвсем тесен аспект може да се допусне, че използването на ампуларните форми на препаратите халоперидол и хлоразин по принцип сочи за:

- спешна помощ
- кризисна ситуация
- инцидентна апликация
- недоброволно медикиране

Една груба оценка на различните практики в това отношение бе сравнение на съотношението на използваните през 2004 г. дози ампуларни форми на хлоразин и халоперидол към всички дози използвани форми. Полученият коефициент варира в рамките от най-ниска стойност 10 до 500. Тази оценка просто сочи, че в някои заведения се използват визираните медикаментни форми няколко десетки пъти повече отколкото на други места. В някои от заведенията (ДПБ – Царев брод, ДПБ – Паталеница) значително преобладава употребата на типичните невролептици. В диспансера във Велико Търново прави впечатление широкият спектър от използвани медикаменти и ниският дял на типични невролептици, придружени винаги с акинетон. В ДПБ – Севлиево, само около 1/3 от пациентите на терапия с невролептици в обичайни дозировки са на типични невролептици. В ДПБ – Паталеница, около 80 % от пациентите са на терапия с типични невролептици, като не се предписват коректори с превантивна цел, а само при изразени екстрапирамидни ефекти. Коректорите, които се ползват, са диазепам, антиалерзин и акинетон. В ДПБ – Севлиево, прави впечатление пълното отсъствие на акинетон и ограничена употреба на паркизан и антиалерзин (използван често като коректор на типичните невролептици в българската психиатрична практика). При посещенията

на БХК не бяха редки гледките на пациенти с типични признаци като тремор, ригидност, брадикинезия, акатизия.

Въпросът за ефективността на лечението не може да бъде обективизиран. Липсва официална статистика за рехоспитализациите.

В ДПБ – Нови Искър, в остро женско отделение повечето от пациентите са на типични невролептици, защото са хронични. Около една трета от тях са атипични – солиан и рислолепт. Коректорите са паркизан и акинетон. Повечето лекари в болницата в Карвуна не предписват коректори с невролептиците в началото на курса на лечение. В ДПБ – Бяла, при пациенти с дебют се прилага лечение с атипични невролептици, но при хроничните пациенти с психози продължава практиката да се използва халоперидол. От друга страна, според лекуващите лекари тези, които по време на престоя си в болницата са били медикирани с нови невролептици, вследствие на което са се подобрили, не могат да си позволят да поддържат това лечение след изписването и прекратяват приема на лекарства. Вследствие на това те рязко се влошават, което налага повторното постъпване в лечебно заведение.

#### 4.2. Лекарстводен

За определяне на показателя лекарстводен са използвани данни от посетените лечебни заведения. Представената по-долу таблица отразява съотношението между сумата, изразходвана за медикаменти през годината, към броя леглодни. За около една трета от заведенията няма данни.

Лекарстводеният варира значително:

Заведение	Лекарстводен
Бяла	1,43 лв.
Велико Търново	6,71 лв.
Враца	1,41 лв.
Карлуково	1,37 лв.
Кърджали	2,00 лв.
Ловеч	1,08 лв.
Русе	4,37 лв.
Севлиево	1,20 лв.
Царев брод	1,20 лв.

Изразходвани средства годишно за медикаменти:

Заведение	Изразходвани средства за медикаменти през 2004 г.
Бяла	113 762 лв.
Велико Търново	182 148 лв.
Враца	27 787 лв. за първата половина на 2005 г.
Карвуна	77 565 лв.
Кърджали	125 331 лв.+ 50 669 лв. дарения
Ловеч	104 468 лв.
Ловеч – затвора	11 291 лв.
Нови Искър	136 541 лв.
Паталеница	131762 лв.
Русе	211 112 лв.
Севлиево	77 649 лв.
Царев брод	114 866 лв.
Церова кория	76 933 лв.

#### 4.3. Организация на лекарствоснабдяването

Болниците и диспансерите трябва да имат болнични аптеки<sup>75</sup>, но това изискване невинаги се спазва. При посещенията си през 2001 г. БЖК установи, че много заведения нямаха болнични аптеки. През 2005 г. само в ДПБ – Паталеница, няма аптека и магистър-фармацевт, така че там набавянето, съхраняването и отпускането на медикаментите е незаконно.

В психиатричното отделение в затвора в Ловеч лекарствоснабдяването се извършва посредством разкрита болнична аптека. През 2004 г. за лечение на стационарно болни са изразходвани лекарствени средства и консумативи на обща стойност 11 291,53 лв., което се равнява на 52,22 лв. на болен за лечебен процес. В годишния отчет ситуацията с лекарствоснабдяването се определя като „хроничен недостиг на медикаменти“, което се обяснява с обективни причини (временното спиране на

<sup>75</sup> Чл. 57 от Закона за лечебните заведения и поднормативни актове.

производството на голяма част от ампуларните лекарствени форми, липса на вносни психофармакологични медикаменти поради неуредици с регистрацията им, просрочили се във времето търгове) и субективни причини (пълна липса на финансиране от май до началото на октомври, което довежда до отказ на дистрибуторите да снабдяват болницата с лекарства). Така се стига до ситуацията, в която отделение-то остава само с две опаковки конвенционални невролептици, които са пазени единствено в случай на спешност.

#### **4.4. Влияние на НЗОК върху терапевтичните болнични практики**

НЗОК пряко не финансира болничната психиатрична помощ, но въпреки това оказва влияние при определяне на терапията и диагноза-та на пациента. Извънболничната психиатрична помощ понастоящем е невъзможна без реимбурсацията на психофармацевтичните медикаменти<sup>76</sup> и без осигуряваните от НЗОК хонорари<sup>77</sup> за психиатрите, сключили договор с нея<sup>78</sup>. Финансово се подпомагат обаче само някои медикаменти и диагнози. Така например през последните години за депресивни разстройства НЗОК не отделя никакви средства и медикаменти<sup>79</sup>. Това доведе до масовата практика на двойни диагнози. Психиатърът поставя официално една по същество невярна диагноза, за да може пациентът му да ползва финансовата помощ от НЗОК при закупуване на медикаменти, и същевременно води неофициална и точна информация за диагнозата. Разбира се, тази практика предполага добра комуникация между психиатрите от болничната и извънболничната помощ, за да се избегне фалшиво диагностициране. Рискове за пациента обаче винаги остават.

По правило психиатрите работят едновременно в болнични и извънболнични заведения. Често се налага пациенти да бъдат хоспитали-

---

<sup>76</sup> Тези медикаменти по правило са едни от най-скъпите и терапията с тях е дългосрочна.

<sup>77</sup> Сумата, заплащана от НЗОК за един първичен преглед, е 12 лева. Психиатрите, работещи по договор с лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ (ДКЦ, МЦ и др.), получават около половината от тази сума.

<sup>78</sup> 348 са лечебните заведения в България, които оказват извънболнична психиатрична помощ по договор с НЗОК. В някои от тях работят по повече от един психиатър, <http://www.nhif.bg>.

<sup>79</sup> Този пропуск е отстранен в последния лекарствен списък Приложение 1 към „Указание за работа с лекарствения списък на НЗОК“ (обн. ДВ, бр. 1/2005 – Приложение № 10), в сила от 1.09.2005 г. Включени са рецидивиращите депресивни разстройства.

зирани или да бъдат лекувани извънболнично единствено по силата на административните изисквания за реимбурсация на НЗОК.

#### 4.5. Индивидуален план за лечение

Индивидуален план за лечение, в който се комбинират медикаментозна и друга терапия и се определя от мултидисциплинарен психиатричен екип<sup>80</sup> е все още пожелание за болничната практика в България. По правило като индивидуален план за лечение се посочва историята на заболяването, в която е отразена и терапията.

#### 4.6. Клинични изпитания

Клинични изпитвания на лекарства в България могат да бъдат правени при определени условия<sup>81</sup>. Такива се провеждат и в психиатричните стационари. Във всички случаи е необходимо писменото съгласие на участващите в процедурата<sup>82</sup>. В няколко от посетените заведения бяха в ход клинични изпитвания или са били провеждани в последната година. Никъде обаче не бе съобщено участниците в изпитванията да получават някакво заплащане<sup>83</sup>.

В едно от мъжките отделения в ДПБ – Раднево, на БХК бе съобщено от началника на отделението, че се провежда клинично изпитване, но той не знаел с какъв медикамент, защото дрогата била с кодирани обозначения, методиката била на фирмата производител и документацията била твърде обемиста. В самото отделение бе открит пациент, който потвърди, че получава „някакви хапчета“, но не знаеше точно какви. Отрече да е бил запознаван с подробности и да е подписвал писмено съгласие. Потвърди, че участва доброволно, защото от болницата му казали, че това е единственият начин да получи безплатно хубави лекарства.

---

<sup>80</sup> Правилата от медицинския стандарт „Психиатрия“, утвърдени с Наредба № 24 от 7.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“.

<sup>81</sup> Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина и Наредба № 14 от 31.07.2000 г. за условията и реда за провеждане на клинични изпитвания на лекарства върху хора

<sup>82</sup> Чл. 199 ЗЗ.

<sup>83</sup> Ръководство за добра клинична практика, Приложение № 1 към чл. 1, ал. 1, т. 1 и чл. 4, т. 1 от Наредба № 14 от 31.07.2000 г.

В ДПБ – Кърджали, предстои участие в клинично изследване на сероквел и депакин за терапия на афективни разстройства. Взето е решение от етичната комисия в ДПБ. Ще се изисква и информирано съгласие от пациента. В остро мъжко отделение обаче бе забелязан пациент на тази терапия, за когото другите споделиха, че участвал в „опити“.

#### 4.7. Принудително медикаментозно лечение

Българското законодателство предвижда две хипотези на принудително, недоброволно лечение. В първия случай такова се осъществява в условията на задължително настаняване и лечение<sup>84</sup>. Втората хипотеза е свързана с условия на спешност и животозастрашаващо състояние<sup>85</sup>. Нормативното уреждане на спешната психиатрична помощ не противоречи на *Принципите за защита на лица с психична болест и за подобряване на психиатричната помощ на ООН*<sup>86</sup>. Практическото прилагане обаче показва ред пороци. Законодателството явно позволява тълкуване на понятието „спешно състояние“. Така например в диспансера в Русе спешното психиатрично състояние и съответно недоброволното лечение без съдебно решение продължава дни и седмици. Пациентът не може да бъде настанен временно по реда на чл. 154, ал. 1 ЗЗ, защото състоянието на спешност не е приключило според експертите. Изтъква се, че липсва критичност и желание за лечение, така че, ако се прекрати медикацията, състоянието на пациента отново ще се влоши и това ще доведе до опасност за него или околните. В резултат е налице едно почти перманентно спешно състояние с принудително лечение. Заведението уведомява прокуратурата, но оттам отказват да инициират процедурата за задължително настаняване за експертиза или лечение. Същевременно медицинските специалисти подкрепят тезата си с резултатите от утвърдения тест за оценка на риска<sup>87</sup>.

Първата изложена тук хипотеза за принудително лечение предполага наличие на валидно съдебно решение за задължително настаняване и лечение<sup>88</sup>. Често срещана практика обаче е започване на лечение,

---

<sup>84</sup> Чл. 155 ЗЗ.

<sup>85</sup> Чл. 153 и 160, ал. 2 ЗЗ.

<sup>86</sup> *Принцип 11, т. 8 от Принципи за защита на лица с психична болест и за подобряване на психиатричната помощ*, Резолюция №46/119, Приета от Генералната асамблея на Организацията на обединените нации на 17.12.1991 г.

<sup>87</sup> Критерии за оценка на риска с въпросник към Приложение № 1 на Наредба № 24 от 7.07.2004 г.

<sup>88</sup> Чл. 155 ЗЗ.

често недоброволно, още при настаняване на пациента по спешност, продължаващо в периода на изготвяне на експертиза до влизане в сила на евентуално съдебно решение. Ако пациентът подпише декларация за информирано съгласие или е постъпил доброволно, това не означава на практика, че може да прекрати лечението и да напусне, когато пожелае. Ако лекуващият му лекар не е съгласен, то лечението продължава принудително. Горните практики са типични за повечето болници и диспансери<sup>89</sup>, докато само при няколко други спазването на законите изисквания е доста последователно.

БХК се натъкна на казус<sup>90</sup>, при който принудително лечение се провеждаше при валидно съдебно решение за задължително настаняване, в което е определено, че пациентът може да дава информирано съгласие. Декларация обаче липсваше. В този случай явно провежданото лечение е незаконно.

#### 4.8. Смъртни случаи

Броят на смъртните случаи по различните места не е пропорционален на настанените пациенти. Предвид спецификата на всяко лечебно заведение той не може да бъде показателен за сравнение между тях. Въпреки това се привеждат наличните данни за 2004 и 2005 г.:

Лечебно заведение	2004 г.	2005 г.
ДПБ – Севлиево	4	няма данни
ДПБ – Паталеница	3	4
ОДПЗС – Враца	3	2
ОДПЗС – Русе	1	4
ДПБ – Нови Искър	39 <sup>91</sup>	41
ДПБ – Карвуна	5	4
ОДПЗС – Добрич	3	2
ДПБ – Бяла	9	няма данни

<sup>89</sup> ДПБ – Карвуна, ДПБ – Бяла, ОДПЗС – Добрич, ДПБ – Карлуково, ДПБ – Ловеч, ОДПЗС – Русе, ОДПЗС – Велико Търново частично, ОДПЗС – Враца, ДПБ – Паталеница, ДПБ – Раднево, ДПБ – Севлиево, частично.

<sup>90</sup> В ДПБ – Кърджали. Съдебното решение е издадено от съда в гр. Ардино.

<sup>91</sup> 21 от тях са в гериатричен сектор към 2-ро женско отделение на възраст над 72 години.

Основен проблем, който БХК установи в работата на администрацията, е липсата на информация за причината на смъртта и отсъствието на обратна връзка за коригиране на причините, водещи до смъртни случаи. На повечето посетени места за кодиране на причините за смърт през 2005 г. се използва все още старата, Девета версия на Международна класификация на болестите. Причините за смъртта са на практика неизвестни, защото в съобщенията за смърт най-често фигурира ОССН – остра сърдечносъдова недостатъчност<sup>92</sup>. Това е една фраза, която не носи никаква информация за причината за смъртта и изразява незнанието или нежеланието на медицинските специалисти по случая. Само в някои заведения съществува практика да се извършват аутопсии и верифициране на клиничната и патологоанатомичната картина. В повечето обаче аутопсията се избягва чрез подписана от близките молба и декларация. Тази процедура е отчасти приложима за пациентите, постъпили на доброволно лечение, но е абсурдна и незаконна при принудително настанени пациенти.

Особено илюстративен е смъртният случай от 30.06.2005 година в ДПБ – Карлуково, и действията на администрацията. Млад мъж е приведен принудително и незаконно от ОДПЗС – София, в ДПБ – Карлуково и на третия ден умира при неясни обстоятелства, докато е бил изолиран и фиксиран. Администрацията не уведомява полицията и прокуратурата. Издирват се близките и им се предлага да вземат тялото и да подпишат декларация, че не желаят аутопсия. Случаят остава неизяснен и до днес.

Смъртни случаи на млади хора в условията на изолация и принудителна физическа имобилизация не са рядкост във всяка една календарна година. Всички такива случаи се характеризират с недостатъчна и противоречива информация. Това повдига въпроса за по-строг контрол върху принудителните мерки за избягване на престъпления.

#### **4.9. Информирано съгласие**

Съгласно българската медицинска традиция към потребителите на здравни услуги се подхожда по един свръхпротективен и патерналистичен начин с доминиращата роля на терапевта в отношенията лекар – пациент. Информираното съгласие като концепция навлезе в България

---

<sup>92</sup> Типичен пример е ДПБ – Бяла.



през последните години<sup>93</sup> и получи подробно законодателно регламентиране едва през последната година с влизането в сила на новия *Закон за здравето*. Законът изисква регистрацията и медицинските дейности да се извършват след информирано съгласие<sup>94</sup>. Съгласно този основен закон „информирано съгласие“ е съгласие, предоставено доброволно след запознаване с определена информация. Информацията се отнася до<sup>95</sup>:

- диагнозата и характера на заболяването;
- описание на целите и естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати и прогнозата;
- потенциалните рискове, свързани с предлаганите диагностично-лечебни методи, включително страничните ефекти и нежеланите лекарствени реакции, болка и други неудобства;
- вероятността за благоприятно повлияване, риска за здравето при прилагане на други методи на лечение или при отказ от лечение.

Възприетата практика в стационарните психиатрични заведения е при постъпването пациентът да подписва декларация за информирано съгласие. В нея той декларира, че е запознат с лечението и е съгласен то да бъде проведено. Съвсем неясно е каква част от информацията, предвидена в закона, е получил болният и под каква форма я е получил. В няколко болници<sup>96</sup> БХК откри уместни практики на поднасяне и получаване на информирано съгласие. Специално определени служители изнасят пред пациента необходимата информация при приема и отговарят на възникнали въпроси през целия период на лечението. Мнението на болния се взема предвид при планирането и промяната на терапията.

В повечето посетени места обаче интервюираните пациенти убедиха БХК, че изискваните от закона и медицинската етика процедури по предаване на информацията и получаването на информирано съгласие са формални и лишени от съдържание. Най-често пациентът подписва декларация, с която не е запознат или не е съгласен. Причините за това са няколко:

---

<sup>93</sup> В отменения Закон за народното здраве, чл. 25, ал. 3, изменена през 1997 г. се споменава, че „прегледите, изследванията, имунизациите и лечението се извършват със съгласието на болния освен когато законът предвижда задължителни прегледи, изследвания, имунизации и лечение.“ След това информираното съгласие се регламентира в Националните рамкови договори.

<sup>94</sup> Чл. 84 и чл. 87 ЗЗ.

<sup>95</sup> Чл. 88 ЗЗ.

<sup>96</sup> ДПБ – Церова кория, ДПБ – Кърджали, и др.

- Съобщава му се, че ако не подпише декларацията за информирано съгласие, срещу него ще бъде възбудена съдебна процедура за принудително настаняване.

- Съобщава му се, че „такъв е редът в болницата“.

- В някои случаи временно неориентирани пациенти подписват декларацията, без да са в състояние да я прочетат и разберат.

Във всички случаи информацията, която получават лекуваните, е твърде оскъдна или неразбираема. Честа практика при посещенията на БЖК бе да се разяснява по искане на настанените процедурата по получаване на информирано съгласие и да се изисква информация от администрацията за конкретни пациенти по тяхно желание. Учудваща е необходимостта от намесата на външна организация, за да могат пациентите да получат интересуващите ги отговори от администрацията. Често срещани бяха и случаи на умишлено заблудени пациенти по отношение на действителната им терапия, възможността да поискат прекратяване на лечението, ограничителния режим и други подобни.

Естествено във фокуса на внимание на БЖК при проверките бяха принудително настанените в психиатричните заведения хора. По отношение на тях *Законът за здравето* допуска няколко варианта за информирано съгласие:

- пациентът да може да дава информирано съгласие (общият случай);

- липса на информирано съгласие при спешни медицински състояния<sup>97</sup>;

- липса на информирано съгласие при рискови медицински дейности и при невъзможност на пациента да дава такова<sup>98</sup>;

- определен от съда попечител или настойник да изразява информирано съгласие<sup>99</sup>;

- съдът да определи друг човек, който да изразява информирано съгласие при невъзможност на пациента да дава такова<sup>100</sup>.

В най-често срещания случай принудително настанените хора се убеждават да подпишат декларация за информирано съгласие, като им се посочва другата алтернатива – съдебна процедура за принудително

---

<sup>97</sup> Чл. 89, ал. 2 ЗЗ.

<sup>98</sup> Чл. 89, ал. 3 ЗЗ.

<sup>99</sup> Чл. 87, ал. 2 и 3 ЗЗ.

<sup>100</sup> Чл. 87, ал. 4 ЗЗ.

настаняване и лечение. Подписвайки документа, пациентите сменят статута си от „принудително настанени“ на „постъпили за доброволно лечение“. Формално изискванията на закона са спазени. Разбира се, „доброволните пациенти“ откриват, че съвсем не са такива, когато решат да прекратят лечението си или да напуснат лечебното заведение, преди лекуващият им лекар да е решил това.

Авторът смята, че Законът за здравето в своята цялост винаги изисква наличието на информирано съгласие, независимо от характера на лечението – доброволно или принудително. Законът допуска други лица да заместват пациента в това волеизявление. Тук възможността за нарушаване на правата на пациента е най-реална – при наличието на съдебно решение за задължително настаняване и лечение, при което съдът определя липсата на способност на пациента да дава информирано съгласие и посочва лице, което да изразява такова вместо болния. В най-общия случай това лице е близък роднина. Ако липсва такъв или има конфликт на интереси, съдът определя лице от общинската администрация<sup>101</sup>. За да се вземе това решение, въпросният близък роднина явно трябва да присъства в съдебната зала, което често е свързано с трудности. Също така, ако близкият роднина откаже да даде информирано съгласие, се пристъпва към упълномощаване на общински служител, приема се, че налице е конфликт на интереси, т.е. постановявайки задължително настаняване и лечение, съдът винаги трябва да осигури наличието на информирано съгласие. Определените да изразяват информирано съгласие общински служители най-често:

1. не познават и не се запознават с пациентите;
2. не се информират за медицинските детайли от състоянието и лечението;
3. не са заинтересовани от съдбата на пациента;
4. не посещават лечебното заведение.

Често други служебни лица от общинската или болничната администрация (деловодители, фелдшери, шофьори и т.н.) подписват документите вместо лицата, определени от съда. БХК срещна и няколко случая, в които принудително настанени пациенти със съдебно решение са признати за компетентни да дават информирано съгласие. Те естествено не са подписали декларация за информирано съгласие, но се

---

<sup>101</sup> Чл. 162, ал. 3 ЗЗ.

лекуват принудително. ООН препоръчва във всички случаи да се търси информираното съгласие на пациента<sup>102</sup>.

Много често при посещенията е трудно да се определи кой пациент какъв юридически статус има поради липсата на необходимата регистрация в документите. Принципно отсъства писмената регистрация на отказ от лечение. Сочат се пациенти, за които се твърди, че са настанени принудително, но липсват съдебни решения, защото още не били изготвени. За други пациенти се сочи, че се лекуват по спешност за периоди от над 10 дена. За трети пациенти се посочва, че са доброволно постъпили, но когато те поискат да напуснат, става ясно, че са принудително настанени. Тези практики явно се допускат формално от Закона за здравето. Въпреки това представляват явно нарушение на духа му, както и на Препоръките на ООН<sup>103</sup> по отношение на регистрацията в медицинската документация.

При всички посещения БЖК не откри нито един случай, в който министърът на здравеопазването чрез своите упълномощени представители от РЦЗ<sup>104</sup> да е извършвал проверки и да е разглеждал жалби по повод законосъобразността на получаване на информирано съгласие в частност и нарушаване на закона в общия случай<sup>105</sup>.

---

<sup>102</sup> Принцип 11, т. 9 от Принципи за защита на лица с психична болест и за подобряване на психичноздравната помощ към Резолюция №46/119, приета от Генералната асамблея на Организацията на обединените нации на 17.12.1991 г.

<sup>103</sup> Принцип 11, т. 10 от същия документ.

<sup>104</sup> Регионален център по здравеопазване.

<sup>105</sup> Чл. 93 ЗЗ.

## 5. Други видове терапии, достъпни за потребителите на психичноздравни услуги в психиатричните болници

Една от основните констатации, направени от БХК в първото изследване, посветено на стационарната психиатрична помощ в България, е, че лечението в тези заведения се ограничава само до фармакотерапия<sup>106</sup>. В настоящото изследване БХК отдели специално внимание на проучването на различните терапевтични подходи и практики в психиатричните заведения и тяхната достъпност до потребителите на психичноздравни услуги.

Трябва да се отбележи, че принципите, залегнали в *Националната програма за психичното здраве на гражданите на Република България 2001–2005 г.*, а именно деактуализирането на биологичния, медицински модел на лечение на психичната болест и прилагането на комплексния био-психо-социален модел, започват да намират приложение и в нормативната рамка, която задава стандарта за психиатрична помощ в страната. В медицинския стандарт по психиатрия е утвърден мултидисциплинарният подход като водещ в лечението. Ролята на немедицинските специалисти е силно автономизирана от лекарската опека, създадено е пространство за приобщаване на психолозите и социалните работници в процеса на терапия и социална рехабилитация на психичноболните. Зададен е и стандартът за рехабилитация: дефиниция, цел, екипи, които я осъществяват, етапи, видове и т.н.

Изследването на съпътстващите терапии, достъпни до потребителите на психичноздравни услуги, в стационарната психиатрична помощ в България, не беше фокус на настоящото изследване. Най-голям ресурс БХК отдели в посока проследяване на механизмите на настаняване на задължително лечение и приложението на новоприетия *Закон за здравето*. Констатациите в областта на съпътстващите медикаментозната терапия програми са направени въз основа на разговори с главните лекари на острите отделения, които в голяма част от случаите не бяха запознати с броя на пациентите, посещаващи групите по трудова, арт терапия и т.н. Целта на настоящата глава не е да обхване статистически броя на пациентите, включени в тези терапии, а да

---

<sup>106</sup> Стационарната психиатрична помощ и правата на човека в България, БХК, 2001 г., София.

очертае основните тенденции, които БХК констатира по време на своите посещения в лечебните заведения.

В поредното си посещение в заведения за активно лечение в страната БХК констатира, че за съжаление ситуацията, която е описана в доклада от 2001 г., не се е променила особено, макар че много от директорите на психиатрични заведения твърдяха обратното.

Повечето от директорите на лечебните заведения разказаха пред БХК, че в поверените им институции функционират мултидисциплинарни екипи, които се грижат за психосоциалната рехабилитация на болните. Главните лекари на отделенията в по-голямата част от случаите заявяваха, че стремежът на лекарите е насочен към това част от лечението да е подготовката за самостоятелен живот извън болницата, както и стремежът да се съхранят максимално когнитивните и социалните функции на болните и/или тяхното възстановяване след психотичния срив.

Много от лекарите, с които разговаряха изследователите на БХК, заявиха, че освен медикаментозно лечение предлагат на своите пациенти и психологическо консултиране и психотерапия. Съществен проблем в приложението на психотерапевтични практики в стационарните психиатрични заведения е начинът на настаняване на пациентите на задължително лечение. Включването на лекуващия лекар в изготвянето на експертизата за настаняване до голяма степен го компрометира в ролята му на терапевт-консултант и затруднява сключването на терапевтичен договор и формирането на безопасна терапевтична рамка, формирана въз основа на доверие от страна на клиента към неговия терапевт.

Оптимизирането на лечението изисква включването на различни психичноздравни специалисти и техните компетентности в индивидуалния план на лечение на всеки болен, в зависимост от неговите потребности. Това на практика означава изграждане на мултидисциплинарни екипи, работещи по всеки отделен случай. Наблюдението на БХК показва, че изграждането на мултидисциплинарни екипи в повечето случаи е формално.

БХК констатира, че представителите на различните помагачи професии споделят различна визия за състава и функциите на мултидисциплинарни екипи. В ДПБ – Севлиево, ДПБ – Царев брод, ДПБ –

Бяла, лекарите разглеждаха мултидисциплинарните екипи като психиатрични екипи, които освен лекуващия лекар включват медицинските сестри и дори санитарите в отделенията. При необходимост към екипа може да се присъедини и психолог и социален работник. Психологът има задължения, свързани предимно с оценяването на психичното функциониране на пациента (психодиагностика). Социалният работник се включва в посреднически дейности в междуинституционалните отношения, в които болницата влиза с други институции, по време на престоя на болния в лечебното заведение. В масовия случай не е предвидена роля на тези професионалисти в процеса на лечение на болния. Лечебните програми не предвиждат работа със семействата и тяхната подкрепа.

Немедицинските професионалисти оценяват своя принос в така наречените психиатрични мултидисциплинарни екипи като недостатъчен. Според някои от психолозите, с които БХК разговаря, всички решения, свързани с престоя и лечението на болния в лечебното заведение са в правомощията само и единствено на лекуващите лекари. Лекуващият лекар взема решение за лечението, режима на пациента, включването му в трудова или друга терапия и т.н. Те оценяват този подход като строго медицински. Част от психолозите споделиха, че се чувстват дискриминирани и смятат, че съществена част от техните компетентности на клинични психолози не се зачитат от психиатрите.

### **5.1. Терапевтични програми**

Според утвърдените международни стандарти психиатричното лечение трябва да се основава на индивидуализиран подход, който изисква приемането на план на лечение за всеки пациент. Той трябва да включва редица възстановителни и терапевтични дейности като трудотерапия, групова терапия, индивидуална психотерапия, изкуство, театър, музика и спорт. Пациентите трябва да имат постоянен достъп до подходящо оборудвани помещения за отдих и възможност за ежедневни упражнения на открито; желателно е също да им се предложат обучение и подходяща работа.

БХК установи, че тези основни елементи на ефективното психосоциално възстановително лечение са недостатъчно развити, а на места изцяло липсват. Все още биологичната терапия е водещ принцип на лечение в голяма част от психиатричните заведения в страната

(ДПБ – Бяла, ДПБ – Ловеч, ДПБ – Паталеница, ДПБ – Царев брод, ДПБ – Севлиево, и др.). В тези лечебни заведения терапията се свежда предимно до медикаментозно лечение. Това положение е резултат от липсата на квалифициран персонал, на средства или на материално-техническа база. БХК смята, че зад тези очевидни причини всъщност се крие патерналистичното отношение на лекарите към пациентите и на чисто медицинския подход в тяхното лечение. Практиката показва, че това води до институционализиране на пациентите и изграждането на зависимост към психиатричното заведение. Вторичният ефект е свързан с това, че роднините също престават да възприемат грижата за близките си като свое задължение, което води до непрекъснати хоспитализации на потребителя на психичноздравни услуги. Ситуацията се усложнява допълнително от липсата на достатъчно специализирани извънболнични услуги, които да предлагат алтернатива на стационарната психиатрична грижа.

Съществена част от социално-рехабилитационната програма, намаляването на зависимостта от институционална грижа и успешната реинтеграция в обществото заема т.нар. трудова терапия. Освен безспорния позитивен ефект върху потребителите на психичноздравна услуга, по посока на възстановяване на социални компетентности и умения, повишаване на самооценката, реализирането на продуктите на трудовата терапия, тя има и вторични ефекти като редуциране на обществената стигма върху психичната болест. В резолюцията на ООН, утвърждаваща принципите за защита на лицата с психична болест и за подобряване психичноздравната помощ<sup>107</sup>, е отбелязано, че „условията на живот в психичноздравната служба трябва... да включват... възможности за включване в активни занимания... подходящи за професионални рехабилитационни мерки, които да спомагат реинтеграцията му в обществото“<sup>108</sup>.

Трудовата терапия е най-разпространената съпровождаща терапия в психиатричните заведения в България. Включването на болните в трудовата терапия е на доброволен принцип, а участието им не се заплаща. В повечето от посетените държавни болници трудовата терапия се свежда до участие на болните в мероприятия, свързани с поддържане на хигиената в лечебното заведение – почистване на бол-

---

<sup>107</sup> Резолюция № 46/119, приета от Генералната асамблея на Организацията на обединените нации на 17.12.1991 г.

<sup>108</sup> Принцип 13, 2г



ничния парк, почистване на коридорите и стаите. В този смисъл по-голяма част от болните са включени в различни дейности, които се наричат трудова терапия. Това обаче рядко е част от индивидуалния план на лечение. В повечето от лечебните заведения няма практика участието на болните в тези дейности да се отчита в историята на заболяването.

В ДПБ – Церова кория, медицинските сестри разказаха, че имат проблем с мотивирането на пациентите за участие в трудова терапия. Подобни наблюдения споделиха и медицинските сестри в ДПБ – Царев брод, и ДПБ – Бяла. Според тях настанените за лечение заявявали, че са болни хора и не бива да бъдат принуждавани да работят.

Фрапиращо е впечатлението, което прави изключително богатата база за трудова терапия, с която все още разполагат голяма част от ДПБ и която от години е неизползваема: работилници за производство на мрежа, плетене на кошници, шивашки работилници и т.н. В ДПБ – Севлиево, група от десетина болни се грижат за малко помощно стопанство, което се състои от зеленчукова и овощна градина. Включването на болните в трудовата терапия е на доброволен принцип и не се заплаща. В ОДПЗС – Добрич, болните изработват пликкове и приготвят консумативи за болницата (памук и марли).

Много добро впечатление на изследователите от БХК направиха възможностите за включване на потребителите на психичноздравни услуги на ОДПЗС – Русе, в различни трудови програми, както и това, че трудът им се заплаща. Пациентите работят като шивачи, облицовчици. Други се грижат за чистотата в градския парк, трети приготвят консумативи за болницата, други произвеждат кукли и текстилни картини.

В ДПБ – Раднево, е регистрирано дружеството, което трябва да се превърне в поръчител на дейностите, в които пациентите се ангажират в трудовата терапия. Очаква се, след като дружеството започне своята дейност, трудът на болните да стане платен. По думите на главния лекар обаче никой не желае да се ангажира с отговорността да застане начело на това дружество, което пречатства стартирането на работата му.

Работата в група предлага много подходящ формат за психорехабилитационни дейности: изисква по-малко времеви и човешки ресурси

(групата може да се води от един терапевт в рамките на 2–3 часа седмично), предоставя много добри възможности за формиране на социални умения, като подготвя потребителите за самостоятелен живот. БХК установи, че въпреки това груповата терапия не е широко разпространена в българските психиатрични заведения. В същото време повечето от пациентите, с които БХК разговаря, включително и в остриите отделения, биха могли да бъдат включени в подобни терапевтични програми и изразяваха желание за това.

В съдебното отделение на ДПБ – Ловеч, се провежда групова терапия, която се води веднъж в седмицата от медицинските сестри. Основните теми, за които разговарят участниците в групата, са музика и хобита (риболов), забранени са всякакви теми, свързани с деянието, довело до настаняване в отделението, както и теми, засягащи психичната болест.

В част от посетените институции БХК откри действащи програми за съпътстваща терапия и социална рехабилитация, включени в индивидуалния план за лечение (ДПБ – Кърджали, ДПБ – Церова кория, ДПБ – Карлуково, ДПБ – Нови Искър, ДПБ – Раднево, ОДПЗС – Русе, ОДПЗС – Добрич). Най-често това са програми, целящи подобряване на социалните умения на потребителите на психичноздравни услуги, които се основават на принципите на груповата работа<sup>109</sup>: арт терапия, културотерапия, музикотерапия и занимателна терапия. В ДПБ – Нови Искър, беше съобщено, че клиничните психолози предоставят и индивидуални консултации на болните и техните семейства във формат на индивидуална психотерапия и фамилно консултиране. Въпреки това процентът на пациентите, включени в тези програми е много малък. Едва една десета от всички настанени за лечение посещават ателието за арт терапия в ДПБ – Церова кория.

Дневният център в ДПБ – Кърджали, предоставя своите услуги едва на 20–30 от пациентите, които са настанени за лечение. Терапевтите в центъра споделиха, че често едни и същи пациенти се записват и посещават различните програми на службата. Подобни са наблюденията на изследователите и в останалите психиатрични заведения.

---

<sup>109</sup> Отново в медицински стандарт „Психиатрия“ са указани формата на групово-терапевтичните занимания, както и груповите техники и функциите на терапевта.

Въз основа на направените наблюдения БХК смята, че актуалната ситуация в българските психиатрични заведения е белязана не само от липсата на средства, но и от съпротивата към промяна както на организационно ниво, така и на индивидуално. Често организациите страдат от симптоматиката на потребителите на техните услуги. Няма да е пресилено да се каже, че на този етап на реструктуриране на държавните и на общинските психиатрични заведения те проявяват в своето функциониране симптоми, близки до тези на своите пациенти.

## 6. Изолиране и имобилизация

### 6.1. Международни и вътрешни стандарти

Международните стандарти, отнасящи се до ограничителните мерки спрямо психичноболни лица, не дават ясни и категорични предписания за процедурите, начина на налагане и продължителността на мерките, както и за необходимостта от използването им в условията на хоспитализация. В *Международната харта за правата на хоспитализираните психиатрични пациенти*<sup>110</sup> е заложено правото те да не бъдат ограничавани физически или чрез лекарствени средства и да не бъдат принудително изолирани, освен по спешност по нареждане на лекаря, за да се предотврати възможността да навредят на себе си или на околните, и то само дотогава, докато не се намери по-приемливо и също толкова ефективно решение. По подобен начин е дефиниран проблемът и в *Принципите на ООН за защита на лица с психична болест*, но в тях не са заложени времеви ограничения на изолацията и имобилизацията и изисквания за средствата и помещенията, които могат да се използват за такива цели.

В условията на стационарна психиатрична помощ проблемът с изолирането и имобилизирането продължава да стои изключително остро. След посещението си в България през март-април 1995 г. КПИ препоръча изработването на детайлна политика за фиксиране и изолиране и въвеждане на специални дневници във всяко психиатрично отделение, в които да се вписват с всичките необходими детайли изолиранията и другите средства за обуздаване. За тази цел през последните години влязоха в сила няколко нормативни документа, които подробно регламентираха условията и параметрите на мерките за физическо ограничаване. Първият от тях е медицинският стандарт „Психиатрия“, който бе приет с *Наредба № 24 на МЗ от 2004 г.* В него са изложени условията, при които се осъществява надзор, и най-общо се описват действията на персонала при овладяване на възбуда на пациент. Стандартът изисква овладяването на възбуда задължително да се извършва от четирима души от персонала (всеки насочен към отделен крайник), при необходимост – имобилизация по назначение от лекар, мониторирана

---

<sup>110</sup> <http://www.bpa-bg.org/BG/pages/BpaHarta.html>

на всеки 30 минути, както и задължително документиране съобразно протоколите за имобилизация (3.2.1.г).

*Законът за здравето*, влязъл в сила от 1.01.2005 г., е вторият нормативен акт, регламентиращ ограничителните мерки. В раздел „Психично здраве“, чл. 150, ал. 2, изрично е упоменато, че мерките за временно физическо ограничение се прилагат само като предпоставка за създаване на условия за провеждане на лечението и не заместват активното лечение, а съгласно ал. 3 вземането на такива мерки се разпорежда от лекар, който определя вида на мярката и срока за прилагането ѝ. Този срок не може да бъде по-дълъг от 6 часа. В ал. 4 е заложено изискването мерките да се осъществяват от предварително обучен за това персонал, а ал. 5 налага извършването на подробни вписвания в специална книга на лечебното заведение и в историята на заболяването. Тези вписвания трябва да отразяват вида, причините, срока на прилагане, лекаря, който е разпоредил мерките, и приложеното медикаментозно лечение.

На основание чл. 150, ал. 8 от *Закона за здравето* на 28.06.2005 г. влезе в сила *Наредба № 1 за реда за прилагане на мерки за временно физическо ограничаване при пациенти с установени психични разстройства*<sup>111</sup>, която детайлно дефинира както самите мерки, така и сроковете и начините за налагането им, обстоятелствата, при които се прилагат, и воденето на необходимата документация.

Непосредствено след влизането в сила на *Наредба № 1* се оказва, че заложените в нея изисквания за физическо ограничаване на пациенти създават редица проблеми на ръководствата на психиатричните стационари. Според направените коментари тези проблеми произтичат от липсата на отделни помещения за изолиране и имобилизиране, от прекомерната „бумащина“, съпътстваща всяка наложена мярка поради необходимостта от извършване на голям брой вписвания на данни в историята на заболяването и в специалната книга. Неизпълними при наличния дефицит на персонал са и изискванията за непрекъснато наблюдение на пациенти с наложени ограничителни мерки, както и прилагането на временно имобилизиране при осигурени най-малко четири лица от терапевтичния екип, от които поне едното да е с пол, еднакъв с този на пациента.

---

<sup>111</sup> Обн., ДВ, бр. 56, 8.07.2005 г.

## 6.2. Практика

По-голямата част от ДПБ и ОДПЗС бяха посетени от БХК преди влизането в сила на Наредба № 1, но след приемането на *Закона за здравето*. Поради това изследователите разполагаха с основна част от законодателната рамка за наблюдение на практиката по налагане на мерки за временно физическо ограничение. Стандарт „Психиатрия“ определя изискванията, на които трябва да отговарят секторите за повишена сигурност в психиатричните стационари. Обособени сектори има в ДПБ – Кърджали, ДПБ – Нови Искър, и ДПБ – Царев брод, но дори и в тези болници жилищните помещения не са снабдени с необходимото оборудване, не са обезопасени и подходящи за продължително пребиваване. Престоят на пациенти в тези сектори не е нормативно ограничен. Той е в зависимост от риска от агресивно, автоагресивно или непредсказуемо поведение. Стандартът налага и документирание на агресивността в ИЗ, сестрински рапорти, табло за интензивно наблюдение и надзори и температурен лист. След първоначалното отчитане, агресивността трябва да се мониторира през целия период на обслужване, като проследяването също се документира. Проверката на записите за агресивност на пациентите показва, че няма единна практика за периодично наблюдение и вписване в посочената документация на информацията за степента на агресивност. Поради това пациенти, които при постъпването си са били настанени в сектори за повишена сигурност, често остават в тях до края на престоя в стационара, въпреки че степента на агресия, както и необходимостта от повишена сигурност покъсно, се редуцират. В някои от посетените стационари пациенти от острите отделения съобщаваха, че са постъпили на доброволно лечение и че не желаят да се лекуват в условия на затворен режим, но никъде не бе съобщено за подаване на писмена или устна жалба срещу рестриктивния режим на лечение.

В таблата за надзори в манипулационните както в острите, така и в „спокойните“ отделения са групирани имената на пациенти под надзор. Видовете надзори са за суицид, агресия, автоагресия, възбуда, хранене, бягство и поведение, прием лекарства, епилепсия, ограбване и повишени грижи. За разлика от наблюдението на риска от агресия, свързано с пребиваване в сектор за повишена сигурност, актуализирането на информацията за надзорите се извършва всекидневно.

Временното имобилизиране най-често се осъществява в стаите на пациентите пред и сред другите пациенти, въпреки че подобна прак-

тика може да причини на пациента чувство на унижение повече, отколкото когато механичните средства за имобилизиране са белезници или вериги. Наблюдението на пациенти по време на имобилизация би трябвало да е по-интензивно в сравнение с наблюдението по време на изолация. Съгласно чл. 11, ал. 3 на *Наредба № 1* медицинска сестра би трябвало да дежури край леглото на имобилизирания пациент – условие, което в съществуващия кадрови дефицит не би могло да бъде изпълнено. Липсата на постоянно наблюдение в съдебно отделение на ДПБ – Ловеч, през ноември 2004 г. бе довело до трагичен инцидент. Един от пациентите от стаята, в която е бил фиксиран друг пациент, развързал фиксирания през нощта и се е обесил с колана на душа в банята. Медицинската сестра на смяна успяла с помощта на санитар и охранител да свали пациента, който още дишал, тъй като били минали само секунди след обесването. Тя приложила изкуствено дишане, но докато дошъл екип на ЦСМП, той починал.

Механичните средства за осъществяване на имобилизация съгласно *Наредба № 1* би трябвало да бъдат каиши или ограничителни ризи. Изрично е посочено, че не се допускат вериги, белезници и други остри и опасни средства. Въпреки това по време на посещението на БХК в ДПБ – Царев брод, на 20.05.2005 г. в изолятора на остро мъжко отделение двама мъже (в отделни изолатори) съобщиха, че са били фиксирани през цялата нощ. Според затворените в изолятора П.П.и Я.А. през цялата нощ на 19 срещу 20 май 2005 г. те са били фиксирани в изолятора с кожени ремъци на трите крайника и верига на четвъртия. Двамата мъже разказаха за това поотделно и независимо един от друг. Те бяха затворени в отделни изолатори. Според санитаря на отделението там няма подобна практика. Помолен да покаже ремъците, които се използват за фиксация на болните, санитарят ги извади от един шкаф, като след това отказа да го отвори за оглед. Дежурната сестра, която токущо бе постъпила на работа (и на смяна), се оправда, че е нова и че не ѝ известна такава практика в отделението, още повече че не е била на смяна в нощта на описаните фиксации. В книгата за вписване на мерките за физическо ограничаване не бяха описани нито фиксиациите на болните, нито престоят им в изолятора. По време на посещението на БХК в съдебно отделение на ДПБ – Ловеч, пациентите разказаха на изследователите насаме, че фиксации се осъществяват и с белезници, които се съхраняват от охранителите. Отделението се охранява от частна фирма, служителите на която разполагат с белезници. Използването на белезници за обездвижване по-късно бе потвърдено и от медицинските сестри. За използване на белезници за захващане на едната ръка за лег-

лото за срок от няколко дни разказаха и пациенти в остро мъжко отделение на ДПБ – Паталеница. В ДПБ – Нови Искър, коланите се използват за захващане през гърдите, а за фиксиране на крайниците се използват чаршафи.

Причините за налагане на мерки за физическо ограничаване са посочени в ал. 1, чл. 150 на *Закона за здравето* и по аналогичен начин в чл. 1 на *Наредба № 1*. Те са свързани с необходимостта да се предотврати пряка и непосредствена опасност за собственото здраве или живот на пациента или за здравето или живота на други лица. В разрез с този регламент в хода на изследването БХК се натъкна на налагане на мерки за ограничение както за наказание, така и за осигуряване на спокойствие и тишина в отделенията. Заварената в ДПБ – Царев брод, ситуация на имобилизиране и освобождаване на двама пациенти в един и същ час е индикация, че мярката и при двамата е била наложена за удобство на нощния персонал. В отделни случаи мярката се използва и за наказание. В тетрадката за фиксиране на болни в ДПБ – Нови Искър, срещу името на пациент в графа „причини за фиксацията“ бе отбелязано, че Н.С. „станал досаден, прилепчив, пречел на останалите да спят“. Както за осигуряване на спокойствие, така и за наказание са многократните имобилизации на Г.П. в ДПБ – Паталеница. В рапортната тетрадка на женско отделение бе отбелязано, че се е наложило фиксиране, защото пациентката „... става от леглото, търчи по коридора, съблича се гола, отваря и затваря прозорците със сила“. По-надолу в тетрадката за същата пациентка е записано: „Не спа през цялата нощ, бе фиксирана многократно, но без резултат.“ Още по-надолу за същата пациентка е записано: „Спа до 12 часа, след което обикаля и безпокои болните. Наложено се да бъде фиксирана до сутринта.“ В конкретния случай драстичните нарушения на *Закона за здравето* по отношение на налагането на мерки за физическо ограничение не могат да бъдат оправдани само с недостига на персонал. Не могат да бъдат оправдани и с аргументиране на опасност. Както става ясно от приведените по-горе примери, изброените действия, наложили имобилизациите, по никакъв начин не биха могли да изпълнят изискванията, заложили в чл. 150, ал. 1 ЗЗ – да представляват пряка и непосредствена опасност за здравето или живота на пациентката или за здравето и живота на други лица.

В ОДПЗС – София-град, от нарочната тетрадка става ясно, че някои от пациентите са били фиксирани за повече от два часа, като БХК има основание да смята, че в някои от случаите фиксирането се използва като наказание.



Наблюдението на наличните вписвания в болничната документация на мерките за физическо ограничаване показва сериозни пропуски на медицинските екипи. Съгласно *Наредба № 1*, ал. 3 лекарят вписва в историята на заболяването данни по общо девет показателя за всяка една мярка – моментното състояние на пациента, обстоятелствата, налагащи използването на мярката, вида на взетата мярка и срокът за прилагането ѝ, имената на членовете на екипа, осъществили мярката, имената на медицинските сестри, водещи наблюдението, назначеното медикаментозно лечение, промените в състоянието на пациента, промените в медикаментозното лечение, дата, час, име и подпис. В повечето посетени стационари тези изисквания бяха причина за недоволство на лекарите от *Наредба № 1* поради необходимостта от записване на изключително голям обем информация. В нито един от посетените след влизане в сила на наредбата стационари не бе констатирано пълно документиране в историята на заболяването на мерките за физическо ограничаване. За да се улесни вписването на пълния обем информация за всяка една фиксация, в ДПБ – Карлуково, и ДПБ – Ловеч, ръководството е изготвило протокол, който трябва да се съхранява в историята на заболяването. Протоколът включва име, адрес, диагноза на пациента, причина за фиксацията, времетраене, вид, лекар, наредил мярката, лица, които са я приложили, алергии, придружаващи заболявания и ЕГН на пациента. В стационарите практиката по вписване на имобилизациите в книга за взетите мерки бе изключително разнообразна. В остро мъжко отделение на ДПБ – Раднево, броят на вписаните имобилизации от началото на 2005 г. до 21.06.2005 г. бе 20, а в остро женско отделение за същия период бяха вписани 42 случая. В част от посетените стационари (женско остро отделение в ДПБ – Паталеница, ОДПЗС – Велико Търново) не се водеше тетрадка или книга за вписване на мерките за физическо ограничаване, а в първо мъжко отделение на ДПБ – Кърджали, имаше тетрадка за фиксация и изолации, но тя не бе водена от 2002 година. В рапортната тетрадка обаче само за един месец са отбелязани шест фиксация и принудително медикиране за четирима пациенти. В остро мъжко отделение на ДПБ – Паталеница, последните записи в тетрадка са от началото на 2004 г., но в рапорта на сестрите само за последните две седмици са отбелязани фиксация на двама пациенти от 29.06.2005 г. до 1.07.2005 г. Отбелязано е също, че те са фиксирани и се предават от смяна на смяна „физически обезопасени“. В съдебно отделение на ДПБ – Ловеч, бяха вписани 7 случая за 2004 г. и нито един за 2005 г. В първо женско отделение на ДПБ – Кърджали, за 2005 г. бяха отбелязани 5 фиксация, първата от които през май 2005 г., а пос-

ледната за 2004 г. е от ноември, което подсказва, че тетрадката не се води редовно. Нередовност на вписванията и несъответствия между информацията в рапортните книги и книгата за вписване на мерките за физическо ограничаване бе установена и в други стационари. В ДПБ – Царев брод, двама изолирани пациенти съобщиха независимо един от друг, че са били имобилизирани през цялата нощ на 19 срещу 20 май 2005 г. В книгата за фиксиране не бяха описани нито фиксиациите на болните, нито престоят им в изолятора. В женско остро отделение на ДПБ – Нови Искър, три от фиксиациите с дати 2, 9 и 11 юли 2005 г., описани в тетрадка „Рапорт сестри“, не бяха отразени в тетрадката за фиксиране на болни.

Обемът на вписванията в рапортните тетрадки и книгите за вписване на мерките за физическо ограничение също се различават в различните стационари. В съдебно отделение на ДПБ – Ловеч, по някои от записите в регистъра не може да се направи заключение в колко часа е бил фиксиран пациент и за какъв срок. В остро женско отделение на ДПБ – Севлиево, в тетрадката се отбелязва само датата, на която е извършена фиксация, без да са вписани часовете. От тетрадка „Рапорт сестри“ в остро женско отделение на ДПБ – Нови Искър, може да се установи само на коя дата коя пациентка е била фиксирана, няма вписване на часовете и продължителността на мярката, още повече че последните фиксации не са отразени в тетрадката за фиксиране на болни. В женско отделение на ДПБ – Паталеница, в рапортната тетрадка също няма данни за часовете на фиксиране, вписва се само дали се приема или предава фиксиран пациент. Информацията за тези мерки не е дублирана, тъй като не се води нарочна книга.

В областните диспансери като цяло документацията за физическо ограничение се води по-прецизно в сравнение с ДПБ. Например в ОДПЗС – Враца, след всяко фиксиране се попълва специално разработен талон в два екземпляра – един за ИЗ и един остава в кочана. В талоните е предвидена възможност лекар да назначава фиксация по телефона и тя да се извършва с белезници и с колани. В диспансера в София-град обаче БХК установи разминаване между фишовете за фиксация и рапортната тетрадка, като в тетрадката са отбелязани фиксации, за които няма попълнени протоколи.

Броят на вписаните мерки в диспансерите би трябвало да е значително по-малък, доколкото в тях се извършва значително по-малък брой приемания по спешност и пациентите в по-голяма степен са ста-

билизирани в сравнение с тези от държавните болници. Изследването показва, че не във всички диспансери е така. В ОДПЗС – Бургас, в тетрадка за регистриране на физическо ограничаване в остро отделение за периода от 23.07.2005 г., когато бе започната новата тетрадка, до деня на посещението – 2.08.2005 г., бяха описани около 90 фиксации. Тетрадката е без обща номерация. Вписани са до 9 случая на ден и очевидно използването на имобилизации е рутинна практика, а не изключение. Графите в тетрадка са оформени съгласно *Наредба № 1*. В ОДПЗС – Русе, от началото на 2005 г. до 20.07.2005 г. в остро мъжко отделение са вписани общо 69 фиксации. В ОДПЗС – Враца, в мъжко отделение от началото на годината до 19.07.2005 г. бяха попълнени 28 талона за фиксации. В ОДПЗС – Хасково, в женско отделение бяха вписани 25 случая от 28.01.2005 г. до 9.09.2005 г., а в мъжко отделение за същия период в тетрадка бяха документирани 21 случая.

Съгласно чл. 150, ал. 3 от *Закона за здравето* мерките за физическо ограничение не могат да се налагат за срок по-дълъг от шест часа. В *Наредба № 1* се конкретизира отделно времетраенето на изолирането, което не може да надвишава шест часа, а времетраенето на имобилизирането не може да надвишава два часа. Така ограничен, този срок стана повод за коментари по време на посещенията доколкото в рамките му е възможно да бъде овладяна възбуда и дали понякога не се налага по-продължително имобилизиране. Според д-р Манчев от ДПБ – Севлиево, няма лекарство, което да може да въздейства успокояващо на буйстващ болен в рамките на шест часа, което налага по-продължително фиксиране. В ДПБ – Церова кория, е практика фиксациите да продължават най-много два часа, защото по думите на д-р Генова със съвременните лекарства не е необходимо повече време за овладяване на пациента (агресията или ажитираността). Подобно на това бе мнението и на по-голямата част от интервюираните психиатри

Продължителността на имобилизациите на пациенти според вписванията в болничната документацията както преди влизане в сила на *Наредба № 1*, така и след това, значително надвишаваше два часа. Така например в ДПБ – Севлиево, в тетрадка на остро мъжко отделение бе отбелязана фиксация на млад мъж, която е продължила повече от десет дни. В ДПБ – Бяла, пациент твърдеше, че е бил фиксиран в продължение на 24 часа на 4 и 5 май 2005 г. Същият пациент показва белези по краката от коланите, с които е бил обездвижен. Неговите думи бяха потвърдени и от други болни в стаята.

Липсата на законови прегради срещу повторяемост на мерките за физическо ограничаване бе довела в някои стационари до драстични случаи на продължаващо имобилизиране. В диспансера в Русе пациентът А.Д.И. е бил фиксиран на 17.03.2005 г. от 1,10 до 7,10 часа по нареждане на д-р Ангелова поради отказ от медикация и агресия към персонала и е оставен без лечение. В същия ден е отново фиксиран от 9 до 14,30 часа по нареждане на д-р Попов поради агресия към персонала. Поставен е диазепам, халоперидол, акинетон, депакин, въпреки че пациентът отказва медикация. От 15 до 20 часа на същия ден той остава фиксиран, защото продължава същото състояние и горната терапия е поставена отново в 22 часа. Така общо за едно денонощие пациентът е бил фиксиран за 16 часа и 30 минути.

В ОДПЗС – Враца, пациентът Г.Б. е бил фиксиран на 27.01.2005 г. от 10 часа. Следваща преценка е правена в 18 часа и фиксирането е продължено до 28.01.2005 г., когато в 13 часа отново е направена преценка и фиксирането е продължено до 23 часа. При следваща преценка е било продължено до 29.01.2005 г., 11 часа. Следваща преценка – в 16 часа, и пак – в 20 часа. В 21 часа е продължено фиксирането до 3 часа на 30.01.2005 г. и след това от 3 до 8 часа. В 8,25 часа на 31.01.2005 г. отново е направена преценка и фиксирането е било прекратено едва тогава. Така пациентът е бил фиксиран за четири денонощия и един час. След това на 31.01.2005 г. отново е бил фиксиран в 15,45 часа до 18 часа по разпореждане на д-р Петров. Причината за фиксирането е агресия и съпротива на медикация. Фиксациите са на ръце и крака.

Най-сериозна загриженост буди практиката в ДПБ – Паталеница, където продължителността на мерките е изключително голяма и пациентите се предават от смяна на смяна в състояние на имобилизация. В остро мъжко отделение в тетрадката за рапорти на сестрите само за последните две седмици са отбелязани фиксации на Б.Ч. и П.Д. от 29.06.2005 г. до 1.07.2005 г. Отбелязано е, че са фиксирани и се предават от смяна на смяна „физически обезопасени“. Сестрите твърдят, че са били фиксирани по няколко часа, но и двамата пациенти уточняват, че са били вързани с белезници за едната ръка в изолатора за целия период. Не са били посещавани от лекар в този период. Не са могли да ходят до тоалетна и други болни са им носели кошче за боклук, в което да уринират.

Според завеждащия женско отделение на ДПБ – Паталеница, д-р Паскалева и дежурната мед. сестра фиксациите продължават средно по

10–12 часа, но понякога и до 36 часа, като пациентките се пускат за храна и тоалетна. В остро женско отделение има практика болните да бъдат фиксирани за дълги периоди от време. Най-фрапиращ е случаят на пациентката Г. П., на 46 г., постъпила в ДПБ на доброволно лечение на 4.05.2005 г. В тетрадка „Рапорт женско отделение“ е направено описание само по дати на фиксациите на пациентката и предаването ѝ в това състояние от една на друга смяна:

**Дневен рапорт – 08.05.2005 г.:** Г. П. „Налага се да бъде фиксирана.“

**Нощен рапорт – 8/9.05.2005 г.:** Г. П. „Предаде се фиксирана.“

**Дневен рапорт – 9.05.2005 г.:** Г. П. „Предаде се фиксирана.“

**Нощен рапорт – 10/11.05.2005 г.:** Г. П. „Налага се да бъде фиксирана.“

**Дневен рапорт – 15.05.2005 г.:** Г. П. „Около 17.00 часа започна да сяда на пода, което наложи да бъде фиксирана.“

**Нощен рапорт – 15/16.05.2005 г.:** Г. П. „Фиксирана е на другата страна.“

**Дневен рапорт – 16.05.2005 г.:** Г. П. „Предава се фиксирана.“

**Нощен рапорт – 16/17.05.2005 г.:** Г. П. „Фиксирана е на една страна.“

**Дневен рапорт – 17.05.2005 г.:** Г. П. „Направена е превръзка против декубитус.“

**Нощен рапорт – 17/18.05.2005 г.:** Г. П. „Приема се и се предава фиксирана.“

**Дневен рапорт – 18.05.2005 г.:** Г. П. „Направена превръзка на декубитална рана. Получи вливанията за деня. Предава се фиксирана.“

**Дневен рапорт – 19.05.2005 г.:** Г. П. „Фиксирана е на една страна.“

**Дневен рапорт – 20.07.2005 г.:** Г. П. „Наложи се да бъде фиксирана, защото става от леглото, търчи по коридора, съблича се гола, отваря и затваря прозорците със сила, които могат да се счупят.“

**Дневен рапорт – 21.07.2005 г.:** Г. П. „Пациентката е в по-добро състояние. Изяде доброволно една бисквита, изпи една чаша сок и няколко глътки кафе. Стоя около един час на пейката пред отделението.“

**Дневен рапорт – 22.05.2005 г.:** Г. П. „Предава се фиксирана.“

**Дневен рапорт – 23.05.2005 г.:** Г. П. „Бе фиксирана временно.“

**Нощен рапорт – 23/24.05.2005 г.:** Г. П. „Предава се фиксирана.“

**Дневен рапорт – 24.05.2005 г.:** Г. П. „Предава се фиксирана.“

**Нощен рапорт – 27/28.05.2005 г.:** Г. П. „Не спа през цялата нощ. Предава се фиксирана.“

**Нощен рапорт – 29/30.05.2005 г.:** Г. П. „Не спа през цялата нощ. Бе фиксирана многократно, но без резултат.“

**Нощен рапорт – 31.05/01.06.2005 г.:** Г. П. „Спа до 12 часа, след което обикаля и безпокои болните. Наложено се да бъде фиксирана до сутринта. Направена превръзка.“

Пациентката е била изписана от ДПБ – Паталеница, на 07.06.2005 г., т.е. една седмица след периода от 24 денонощия, прекарани, с малки прекъсвания, в условия на имобилизация.

Другата мярка за физическо ограничение – временното изолиране на пациенти в отделни помещения, през 2005 г. не се използваше с интензивността, с която се използваше по време на посещенията на БХК през 2000 и 2001 г. В няколко стационара (ДПБ – Паталеница, ОДПЗС – Враца) наложените изолации се изтърпяваха само през нощта, а през деня пациентите се придвижваха без ограничения в рамките на отделението. В нито един от случаите фактът на изолиране не се документираше по начина, указан в *Наредба № 1*. Изолирането на пациенти се възприемаше по-скоро като самостоятелно настаняване, отколкото като мярка за физическо ограничение и в отделни случаи, по думите на персонала, пациенти, които не могат да контактуват безконфликтно с другите пациенти, обитават изолатора по свое желание (ДПБ – Кърджали).

*Наредба № 1* не налага конкретни изисквания към помещенията за временно изолиране и прави препратка към стандарт „Психиатрия“,

където те се описват като част от секторите за повишена сигурност. Според стандарта тези сектори осигуряват повишен надзор и грижи при болни с риск от агресивно, автоагресивно или непредсказуемо поведение или с коморбидност между телесна и психиатрична патология<sup>112</sup>. Текстът на стандарта обаче не съдържа императиви за дизайна, оборудването, принципите на обезопасяване, достъп и надзор.

Единствено в ДПБ – Карлуково, при извършващия се ремонт са направени два изолатора с блиндиран стъкла, специално доставени полифункционални легла и камера за наблюдение, които към момента на посещението на БХК на 8.07.2005 г. не се използват по предназначение. Във всички останали болници и диспансери за изолатори се използват помещения, които по нищо не се отличават от стаите на пациентите, настанени в остри отделения. Единични изолатори с масивни метални легла има и в ДПБ – Кърджали, но помещенията също не отговарят на изискванията за безопасност и надзор.

Престоят на пациенти в изолатор в повечето от стационарите не бе денонощен. През деня им се осигурява достъп до коридор и общи помещения. Наблюдението на изолирани пациенти би трябвало да се осъществява чрез пряк визуален контрол или дистанционни средства. Единствено в ОДПЗС – Враца, бе монтирана действаща видеокамера, с която от манипулационната се наблюдават рисковите пациенти, а в ОДПЗС – Хасково, манипулационните в мъжко и женско отделение имат обща стена с блиндиран прозорец към помещенията за изолиране и имобилизиране, през който сестрите осъществяват постоянно наблюдение. Във всички останали стационари за изолатори се използват приспособени за целта помещения с метални врати, без условия за перманентно наблюдение при остри психози съгласно стандарт „Психиатрия“ и без необходимия обезопасителен инвентар.

---

<sup>112</sup> Медицински стандарт „Психиатрия“.

## 7. Хранене

Във второто си наблюдение на стационарната психиатрична помощ в България БХК отново обърна сериозно внимание на храненето в болниците. От една страна, това се налага от факта, че храненето е сериозна предпоставка за ефективно медикаментозно лечение, от друга, защото усвоените средства за храна и качеството и количеството на храната са ефективни и достъпни показатели за качеството на предлаганата услуга в психиатричните заведения.

В България нормативните стандарти за здравословно хранене се установяват от *Наредба № 16 на Министерството на здравеопазването за физиологичните норми на хранене на населението*<sup>113</sup>. Наредбата регламентира нормите за прием на енергия, белтъчини, въглехидрати, мазнини, витамини и минерали вещества<sup>114</sup>. По данни на Института за социални и синдикални изследвания храноденът на едно лице над 18 години (работещо и трудоспособно) към юни 2005 г. възлиза на 5,85 лв.<sup>115</sup>

Посещението на БХК в психиатричните институции показва, че паричната норма на хранене на един човек (т.нар. храноден) е средно 1,32 лв. В сравнение с данните, изнесени в доклада от 2001 г. (средно около 1 лв.), се наблюдава увеличаване на средната стойност на един храноден в психиатричните институции с около 30 %. От данните, предоставени на БХК от психиатричните заведения по този показател, е видно, че най-висока е стойността на един храноден в ДПБ – Кърджали (2 лв.), ОДПЗС – Русе (1,96 лв.), а най-ниска в ОДПЗС – Враца (1,19 лв.) и ОДПЗС – Велико Търново (едва 0,57 лв.).

ДПБ	Стойност на един храноден за 1998 г.	Стойност на един храноден за 2001 г.	Стойност на един храноден за 2004/2005 г.
Бяла	1,19 лв.	0,98 лв.	1,13 лв.
Карвуна	1,13 лв.	1,00 лв.	1,34 лв.
Карлуково	1,18 лв.	0,57 лв.	1,37 лв.

<sup>113</sup> ДВ, бр. 64 от 9.08.1994 г.

<sup>114</sup> Стационарната психиатрична помощ в България и правата на човека, гл. 6. Хранене, стр. 44, БХК, София, 2001 г.

<sup>115</sup> Информационен бюлетин, Жизнено равнище, ИССИ към КНСБ, книжка 2, 2005 г.



<b>Кърджали</b>	0,77 лв.	0,56 лв.	2,00 лв.
<b>Ловеч</b>	1,04 лв.	0,73 лв.	няма данни
<b>Нови Искър</b>	0,84 лв.	1,31 лв.	1,38 лв.
<b>Паталеница</b>	1,09 лв.	1,12 лв.	няма данни
<b>Раднево</b>	1,08 лв.	1,08 лв.	няма данни
<b>Севлиево</b>	1,49 лв.	1,41 лв.	1,19 лв.
<b>Царев брод</b>	1,10 лв.	0,98 лв.	1,20 лв.
<b>Церова кория</b>	1,15 лв.	0,70 лв.	1,30 лв.

На най-обобщено ниво на анализ може да се направи заключение, че психиатричните болници в страната отделят за изхранването на своите пациенти средно около 7,12 % от държавната издръжка. Този процент е най-висок за ДПБ – Кърджали (10,44 %), и ДПБ – Бяла (9,78 %), а най-нисък за ДПБ – Церова кория (4,24 %), и ДПБ – Карвуна (5,47 %). Прави впечатление голямата амплитуда в процентното разпределение на разходите от държавната субсидия за храна в отделните болници. Стои въпросът дали приоритизирането на храненето като перо от бюджета на всяко лечебно заведение е въпрос на мениджърско решение, или се регулира от друг механизъм?

Повечето от интервюираните директори на психиатрични заведения заявиха, че е много трудно да се определи реалната стойност на един храноден, тъй като често психиатричните заведения се възползват от продукцията на помощните си стопанства, за да обогатят и разнообразят менюто на своите пациенти (ДПБ – Церова кория, ДПБ – Кърджали, ДПБ – Раднево, ДПБ – Севлиево, и т.н.). Често за тази цел болниците разчитат и на дарения.

БХК установи, че като критерии за спазване на *Наредба № 16 на Министерството на здравеопазването от 1994 г. за физиологичните норми на хранене на населението*<sup>116</sup> се използват готови рецепти в съответните рецептурни книги. Въпреки това обаче реалната калоричност и състав на храната не са изследвани и не са контролирани от никоя институция. В разговори с някои от настанените за лечение в заведенията изследова-

<sup>116</sup> Обн., ДВ, бр. 64, 9.08.1994 г.

телите на БХК получиха множество оплаквания от качеството и количеството на предлаганата храна.

Най-драстичен е случаят в ДПБ – Паталеница, където една от болните гневно сподели, че храната, която получават, е много слаба и не е подходяща за силните лекарства, които хората пият. Според нея слабата храна, която болните получават, засилва страничните ефекти на антипсихотичните лекарства, с които те се лекуват. В последващи разговори с други пациенти изследователите на БХК установиха, че повечето от болните, настанени за лечение в болницата, споделиха нейното мнение. Някои от тях изказаха и съмнения за злоупотреби със средствата, отпуснати от държавната субсидия за храна, както и с вече закупените продукти.

В ДПБ – Раднево, някои от пациентите споделиха, че макар и да не им достига храната, нямат право да се оплакват, защото вкъщи и на това не могат да разчитат. В ДПБ – Ловеч, пациентите от съдебно отделение споделиха, че храната е по-добра и вече се предлага скара. Като причина за тази промяна пациентите посочиха организираната от тях стачка. В ДПБ – Кърджали, болните изказаха задоволство от храната, която получават ежедневно. Много от тях изразиха удовлетвореност и от обслужването на персонала. В разговор с персонала на болницата стана ясно, че не се изготвят отделни менюта за мюсюлманите, които са настанени за лечение в болницата. Те обясниха, че до момента не е имало проблем в това отношение нито с болните, нито с техните близки.

В ДПБ – Бяла, изследователите на БХК разговаряха с медицинска сестра, която отговаря за изготвянето на менюто. В разговора стана ясно, че ежедневно в кухнята на болницата се приготвят ястия по три рецепти, съобразени със соматичното състояние на пациентите. В разговор с пациентите БХК установи, че те не са доволни от количеството на храната, някои от тях се оплакаха от качеството ѝ, както и от липсата на разнообразие в менюто и липсата на месо.

В деня на посещението менюто включваше:

Закуска	Обяд	Вечеря
макарони	супа топчета, грах и крем	славянски говеч

Храната в областните диспансери се приготвя в общински или обществени кухни, с които диспансерите имат сключен договор. По-долу са приложени примерни менюта в три от посетените от БХК диспансера.

Менюто, което БХК получи от ОДПЗС – Враца, включва:

Закуска	Обяд	Вечеря
баничка	дробчета кебап	тиквички с ориз, паста
кифла	леща яхния	сиренка, хляб
хляб с лютеница	зеленчуков борш	грах, хляб
баничка	зелен боб	милинка, хляб
поничка	ориз яхния	сиренка, хляб
макарони	зеле с ориз	милинка, хляб
хляб с лютеница	зелен боб	сиренка

Примерното меню на ОДПЗС – Добрич, включва:

Закуска	Обяд	Вечеря
хляб и маргарин	супа топчета	боб яхния
хляб и маргарин	мусака	ориз с домати

В ОДПЗС – Русе, за датата 11.07.2005 г. менюто бе:

Закуска	Обяд	Вечеря
тестена закуска и чай	супа зеленчуци и картофи соте и салата зеле (за 10 диета), супа пиле и картофи яхния (15п диета), пиле печено (10 диета), пиперки пълнени с кайма и салата домати (деж. обяд)	домати с ориз (15п диета), пиперки, пълнени с кайма и салата домати (деж. вечеря), тиквички яхния (10 диета)

Прегледът на седмичните менюта, предоставени на БХК от психиатричните заведения, показва, че:

1. храната не е никак разнообразна,
2. месо се предлага най-често два пъти в седмицата, в едно от ястията (най-често това е супа),

3. често в менюто липсват супа и десерт,
4. присъствието на плодове и зеленчуци в дневната дажба е оскъдно.

Наблюдението върху предлаганата храна в часовете на хранене установи, че в повечето случаи храната е очевидно по-малко като количество в сравнение с нормативните изисквания.

### **7.1. Общ вид и хигиена на кухните и помещенията за хранене**

Общият вид на кухните и помещенията за хранене се контролират от ХЕИ, като в повечето случаи ръководствата на болниците стриктно спазват техните препоръки. БХК установи, че през периода от последните посещения в психиатрични заведения през 2001 г. по отношение условията в помещенията за хранене и кухненските помещения е осъществено значително подобрене. В много от лечебните заведения е извършен ремонт (със средства от бюджета на болницата, както и със средства на дарители). Добро впечатление в това отношение направиха помещенията за хранене на ДПБ – Кърджали, ДПБ – Нови Искър, ОДПЗС – Русе, както и новопостроените помещения на ДПБ – Карлуково.

Все още има болници обаче, където болните се хранят в отвратителни и унижителни условия. Най-фрапантен в това отношение отново е случаят в ДПБ – Паталеница. Болните се хранят в столова, която се намира в съседство с кухненския блок. Към столовата има два подстъпа от страна на женското и от страна на мъжкото отделение. Болните от двете отделения се хранят поотделно, по график. Столовата не е в добро състояние, мазилката по стените се лющи, по тавана има големи петна от влага. Масите и столовете са амортизирани и силно замърсени, няма покривки. Храната се сервира в дълбоки зелени пластмасови купички, чийто общ вид е отблъскващ. Съдовете са изпочупени и много захабени.

Подобно е положението в столовата на мъжкото отделение в ДПБ – Ловеч, която също се нуждае от ремонт. БХК установи, че в мъжкото отделение всички настанени за лечение се хранят на обща дълга маса, без покривка. Столовата е сумрачна и влажна и се нуждае от ремонт. Съдовете са от алпака, от съображения за сигурност единствените прибори, които е разрешено да се ползват, са лъжици. Като цяло по време на храна обстановката е много потискаща.

Наблюдението на условията за хранене, вида, калоричността и количеството на храната в психиатричните заведения не беше основен фокус на изследването на БХК. Важно е да се отбележи, че в някои болнични заведения условията бяха толкова потискащи и неприятни, че не могат да бъдат пропуснати в настоящата публикация. Доброто психиатрично обслужване изисква и създаване на благоприятни условия, способстващи за по-бързото възстановяване на пациентите. Изключително потискащите условия в столовите и стаите на някои от болниците свидетелстват не толкова за липсата на бюджетни средства за ремонт, колкото за недостатъчна ангажираност на персонала на болниците с дейностите, свързани с възстановяване (репарирание) на човешкото достойнство на психичноболните. Свидетелство за това е изключителното разнообразие, което се наблюдава в това отношение между различните психиатрични заведения. От друга страна, отново попадаме в омагьосания кръг на мотивацията на обслужващия персонал да полага качествени грижи за своите пациенти и обидно ниското възнаграждение, което получава за това.

В своя предишен доклад БХК постави въпроса за достъпа на пациентите до храна извън часовете на хранене. По същество това обезпечава правото на болните да избират с какво да се хранят, освен с осигурената от държавата храна.

В много от посетените болници БХК получи уверението, че пациентите имат свободен достъп до храни и напитки извън часовете на хранене. Бърз поглед върху данните за режима на пребиваване на болните в лечебното заведение обаче сочи, че голяма част от пациентите са на затворен режим. Това означава, че те всъщност нямат право да напускат отделението.

Проблемът с вида на режима е един от най-често коментираните в тази публикация. От вида на режима в най-голяма степен зависят правата на настанените за лечение в болницата. Решението за това какъв да бъде режимът в най-честия случай се взема от лекуващия лекар според актуалното състояние на болния. В нито едно от посетените лечебни заведения БХК не откри процедура за обжалване и промяна на поставянето на затворен режим. В голяма степен медицинските лица и обслужващият персонал на болниците не признават поставянето на затворен режим като последна мярка на ограничение на правата на пациентите в болничните заведения. Това обяснява и формалните отговори,

които БХК получи по отношение осигуряването на достъп на болните на затворен режим до храна и напитки извън времето за хранене, както и до телефонни услуги, а не на последно място и до разходки в болничните паркове.

Изследователите на БХК бяха запознати с различни решения на този проблем, които се прилагат в отделните болници. Болните на затворен режим нямат достъп до храна и напитки извън часовете на хранене в острите отделения на ДПБ – Бяла, ДПБ – Севлиево, ДПБ – Паталеница, ДПБ – Царев брод, ДПБ – Ловеч, ДПБ – Карлуково, и т.н (изключения са само ДПБ – Церова кория, и ДПБ – Кърджали).

В ДПБ – Ловеч, завеждащият на отделението определя трима болни, които с разрешението на главния лекар имат право да напускат отделението и болницата с придружител. Списъкът с имената им се съхранява в манипулационната. В деня на излизането отговорникът за пазаруването и една медицинска сестра обикалят отделението и събират поръчки (и пари), след което всеки получава това, което е поръчал.

В ДПБ – Карлуково, изследователите на БХК бяха уверени, че болните на затворен режим могат да излизат, но само с придружител, което им осигурява достъп до лавката в двора на лечебното заведение. Подобно е и решението в ДПБ – Нови Искър.

Изследователите на БХК често ставаха свидетели на посещения на близки на болните, които използваха часовете за посещение, за да подкрепят своите роднини с домашно приготвена храна. Медицинският състав на нито една от болниците не изказа обективно несъгласие с приемането на храна от близки и роднини от страна на болните. В разговори с пациентите обаче стана ясно, че медицинските сестри често поставят ограничения, като се аргументират с това, че храната няма къде да се съхранява в спалните помещения, и насърчават роднините да носят на своите близки само бисквити, солети, плодове и ядки (ДПБ – Нови Искър, ДПБ – Раднево, ОДПЗС – Добрич, ОДПЗС – Враца).

## **7.2. Диетично хранене**

БХК установи, че в повечето от посетените психиатрични заведения има специалисти диетолози, които отговарят за спазването на физиологичните норми за хранене (ДПБ – Севлиево, ДПБ – Раднево, ДПБ – Бяла, ДПБ – Церова кория, ДПБ – Царев брод, ДПБ – Карвуна, и т.н.).

Тези специалисти се грижат за изготвянето на диети съобразно соматичните заболявания на някои от настанените в здравното заведение. Най-често това са болни, страдащи от диабет или стомашни-чревни заболявания.

Въпреки че по време на настоящото си посещение в психиатричните заведения БХК регистрира чувствителни промени във връзка с храненето (предимно свързани с материалните условия в помещенията за хранене), все още има много какво да се желае. По-конкретно четири години след първата обиколка на психиатричните заведения в страната БХК установи, че са налице проблеми, подобни на тези, които описваха тогавашната ситуация: еднообразни и бедни менюта, недостатъчна като количество и незадоволителна като качество храна, затруднен достъп до храна извън часовете за хранене. БХК смята, че подобряването на храненето в българските психиатрични институции би се повишило чувствително, ако нормите за физиологично хранене бъдат приспособени към потребностите на психичноболните и бъдат съобразени с техния индивидуален курс на лечение (препоръка, която БХК направи още в доклада си от 2001 г.). БХК смята, че е необходим засилен контрол върху прилагането на нормите за хранене на населението, което би довело до подобряване на качеството на храната на психиатричните заведения, както и би гарантирало нейната калоричност, реален състав и количество. Това би довело и до намаляване на злоупотребите в отделните лечебни заведения.

## **8. Кореспонденция, достъп до телефон, свиждане и домашен отпуск**

Важен критерий за зачитането на правата на потребителите на психичноздравни услуги е съблюдаването на правото на неприкосновеност на личния живот, на кореспонденцията и общуването. В резолюцията, утвърждаваща принципите за защита на лицата с психична болест и за подобряване психичноздравната помощ<sup>117</sup>, е отбелязано, че свободата на лицето да общува включва свободно общуване с други лица в службата, свобода да получава и изпраща нецензурирани частни съобщения; свобода да приема посещения на съветник или личен представител и други посетители, във всяко разумно време, без присъствие на странични лица; свобода на достъпа до пощенски и телефонни услуги, до вестници, радио и телевизия. За съжаление БХК установи, че в българските психиатрични заведения този принцип е грубо нарушаван.

### **8.1. Достъп до телефон**

Достъпът на болните до телефон е уреден формално. На въпросите, отнасящи се до достъпа до телефон, най-често получаваният от БХК отговор е, че болните ползват този в манипулационната. В разговор с пациенти БХК установи, че те действително разговарят с близките си, ползвайки този телефон, но само ако близките са ги избрали. Например в ДПБ – Раднево, служителите потвърдиха, че болните имат достъп до телефон. По-внимателното проучване на въпроса установи, че това е твърде условно, макар и вярно твърдение. Стана ясно, че за да могат да разговарят с близките си, настанените за лечение в острото отделение трябва да си закупят фонокарта от служителя на портала и да говорят от обществения телефон, разположен в двора на лечебното заведение. Това на практика означава, че болните на затворен режим нямат достъп до телефон, а също, че болните, които нямат финансова възможност да закупят фонокарти за междуградски разговори, нямат достъп до телефон, т.е. не могат да се възползват от правото си на свободно общуване. Подобно е положението в ДПБ – Царев брод, и ДПБ – Севлиево. В ДПБ – Севлиево,

---

<sup>117</sup> Резолюция №46/119, приета от Генералната асамблея на Организацията на обединените нации на 17.12.1991 г.



изследователите на БХК бяха уверени, че освен обществения телефон, всеки желаещ от острото отделение може да ползва телефона в манипулационната, но само за градски разговори. Установената практика в психиатричните заведения ограничава свободата на общуване на пациентите: тези от тях, които нямат средства, не могат да ползват телефонни услуги.

БХК установи, че в някои здравни заведения има монетни апарати или такива, работещи с фонокарти, които са неизползваеми. Служителите се оправдаваха, че болните чупят и повреждат апаратите, които не могат да бъдат ремонтирани поради липса на средства. Най-често болните слагали дъвки в отвора за монетите или картите, което ги прави неизползваеми. Такъв е случаят в ДПБ – Паталеница, и ДПБ – Раднево.

Друга разпространена практика в лечебните заведения е да се отнемат личните телефонни апарати на настанените за лечение при приемането им. Две са основните причини, които се посочват от персонала: 1. за да се избегнат конфликти с останалите болни, 2. за да не звънят в неподходящо време в полицията и бърза помощ и т.н. Такава е практиката в ДПБ – Ловеч, и ДПБ – Нови Искър. В ДПБ – Церова кория, личните телефони на болните се съхраняват от сестрите през нощта поради същите съображения.

Добра практика в ДПБ – Карвуна, е всеки телефонен разговор (както и кореспонденцията) да се записва в ИЗ на болния.

## **8.2. Кореспонденция**

Правото на нецензурирана кореспонденция също не се спазва. Писмата на болните често се четат от персонала, преди да бъдат изпратени, „защото често те изпращат писма с неподходящо съдържание, съдържачи заплахи“ и т.н. В ДПБ – Карлуково, една от настанените за лечение помоли за съдействие БХК да предаде писмо на баща ѝ, защото според нея често персоналетът не изпраща писмата до близките. В ДПБ – Паталеница, изследователите на БХК станаха свидетели на следната практика, която след това беше отречена от персонала на болницата: преди да бъдат изпратени, писмата се подпечатват с печат на болницата. Сред подпечатаните писма имаше и лична кореспонденция на болни, настанени за лечение. Има и случаи, когато персоналетът на болницата отказва да пусне писмо, например ако е адресирано

до известна личност и по преценка на лекарите е израз на кверолантна нагласа (писмо до Путин, ДПБ – Карвуна).

За да се избегнат по-нататъшни нарушения на правото на нецензурирана кореспонденция и да се гарантира това право за в бъдеще, е добре във всяко отделение да се води отделен регистър за кореспонденцията на пациентите. БХК установи, че много от пациентите не са запознати с правото си на нецензурирана кореспонденция, което в голяма степен ги лишава от възможността да го упражняват. Важно е в брошурите на всяко лечебно заведение да се обърне специално внимание на правото на лична, нецензурирана кореспонденция. Предлагането на листа, химикали и пликове в кафенетата на болниците би гарантирало това право в по-висока степен.

### 8.3. Свиждане

Правото на свиждане на потребителите на психичноздравни услуги като цяло се спазва. В повечето от посетените здравни заведения има осигурен достъп на желаещите близки за среща с настанените за лечение. В много от лечебните заведения има специално пригодени кътове за гости (ДПБ – Церова кория, ДПБ – Раднево, ДПБ – Кърджали). На места достъпът е органичен в определени дни и часове (ДПБ – Царев брод, ОДПЗС – Враца). Повсеместна практика е посещенията на близките да се записват в ИЗ на болните.

При посещението си в ДПБ – Кърджали, още на портала на болницата изследователите на БХК видяха и заснеха табела, която забранява влизането на близки и роднини на болните в двора на лечебното заведение освен в дните и часовете, определени за посещения. На табелата бе отбелязано изрично, че посетителите „нямат право да пускат писма на болни“. В разговор с изследователите на БХК директорът на лечебното заведение сподели, че табелата просто е останала „от преди“ и вече не е актуална. Според д-р Гетев болните могат да бъдат посетени от своите близки във всяко разумно време (като някои близки, които пътуват от много далеч, по преценка на дежурния лекар могат да бъдат допуснати за посещение дори през нощта).

В някои от посетените ДПБ изследователите установиха, че има практика при посещенията си близките на болните да им носят лекарства. Такава практика беше установена в ДПБ – Кърджали, и ДПБ – Нови Искър. В първо мъжко отделение в ДПБ – Кърджали, близките носе-

ха на своите настанени за лечение роднини атипични невролептици, което беше отбелязано в рапортните книги на отделението. В ДПБ – Нови Искър, на изследователите на БХК беше обяснено, че в рапортната книга на медицинските сестри е отбелязано, че майката на П. е донесла акинетон, защото точно в този ден количествата от коректора в болничната аптека са били изчерпани, а пациентът имал спешна нужда от лекарството. В разговор с пациентите обаче стана ясно, че това е честа практика.

Посещенията на близките в болничните заведения са много важни от гледна точка на емоционалната подкрепа, която роднините оказват на пациентите – подкрепа, която безспорно влияе върху процеса на възстановяване. Тези посещения в голяма степен повишават качеството на живота на пациентите, които разчитат на роднините си по време на престоя си в болницата, в сравнение с тези, които нямат връзка с тях. Болните, които поддържат връзка със своите роднини и близки, получават храна, чисти дрехи и бельо отвън, както и средства за поддържане на хигиената.

#### **8.4. Домашен отпуск**

Правото на домашен отпуск се спазва навсякъде. Домашният отпуск е включен в индивидуалния план за лечение и често се представя от лекарите като част от рехабилитационната програма, предшестваща изписването. Единствената болница, където настанените за лечение не се пускат в домашен отпуск, е ДПБ – Церова кория, но там и средният престой на болните е значително по-кратък.

Най-често болните, които излизат в домашен отпуск, се възползват от него, при условие че е настъпило значително подобрение на тяхното състояние в сравнение със състоянието им по време на постъпването. В домашен отпуск излизат болни, които могат да бъдат поети за домашна грижа от своите близки. В някои болници като ДПБ – Севлиево, и ДПБ – Кърджали, болни, които живеят в града, също се изписват в домашен отпуск и се поверяват на грижите на своите роднини. В тези случаи роднините поемат отговорността за редовното вземане на лекарствата, както и редовното посещение на контролните прегледи в болницата. Домашният отпуск в повечето случаи се използва като период на адаптация за болния преди окончателното изписване от болницата. В повечето болници болните, които са настанени на задължи-

телно лечение, нямат право на домашен отпуск по време на периода, определен за лечението им от съда.

БХК установи, че в някои от болниците близо една трета от настанените за лечение са в домашен отпуск (такава е практиката в ДПБ – Нови Искър, и ОДПЗС – Русе). В тези случаи остават открити въпросите как се определят лекарстводенят, храноденят и леглоденят на болен в тези отделения и как се отчитат разходите по всички тези критерии: лекарстводен, леглоден, храноден в счетоводната документация на болниците и диспансерите.

### **8.5. Външен вид на пациентите**

Важен елемент от отношението на персонала към пациентите е общият външен вид на пациентите и тяхната хигиена. Изследователите на БХК установиха, че в много от посетените лечебни заведения болните не изглеждат добре и имат проблеми с поддържането на личната си хигиена и чистотата на дрехите. Подобни случаи изследователите на БХК наблюдаваха в ДПБ – Паталеница, ДПБ – Царев брод, и ДПБ – Бяла. Особено драстичен в това отношение е случаят в ДПБ – Паталеница, където в остро женско отделение изследователите на БХК установиха, че някои от жените, които видимо не бяха в състояние да се грижат за себе си, изглеждаха неугледно и имаха неприятна телесна миризма. В разговорите с персонала на тази болница стана ясно, че той не възприема като част от своите задължения да оказва помощ на пациентите, които не са критични към своята хигиена и/или са изгубили хигиенните си навици.

Разбира се, стои и въпросът защо в ДПБ болните са принудени сами да се грижат за чистотата на своите дрехи и бельо. Това е най-малкото неуместно, дори абсурдно, като се има предвид състоянието на някои от пациентите и тяхната некритичност по отношение на личната им хигиена. Липсата на организирано пране на дрехите на пациентите поставя редица проблеми и от морално естество. Доколко е реално пациент, настанен за лечение в психиатрично заведение в тежък психотичен епизод, да е в състояние сам да се грижи за хигиената си и да поддържа чистотата на дрехите си? Практиката показва, че много от пациентите не могат да разчитат на своите близки, които често отказват да поемат грижата за тях и смятат настаняването за лечение в психиатрично заведение като решение на голяма част от своите проблеми. Настанените за лечение в ДПБ, които са в състояние

да изперат дрехите си, най-често перат на ръка в умивалниците в преддверието на тоалетните. Не са предвидени места, където могат да оставят дрехите си да изсъхнат. Повечето от пациентите използват решетките на прозорците или таблите на леглата си за простор. Водата се оттича направо на пода, като образува големи локви, което прави още по-потискащи и без това неуютните стаи в лечебните заведения (ДПБ – Раднево, ДПБ – Севлиево, ДПБ – Карлуково, ДПБ – Царев брод).

Пример за добра практика в посока разрешаване на този проблем е ДПБ – Церова кория, където болните в рехабилитационното отделение разполагат с пералня, която могат да ползват с асистенцията на медицинските сестри. Трябва да се отбележи, че това е практика само в отделението с болни, на които скоро предстои изписване. В същото време това е единствената болница в страната, в която всички болни бяха облечени в болнични пижами. Обяснението на персонала беше, че по този начин е по-лесно да се поддържа чистотата на дрехите на пациентите (нещо, което е учудващо на фона на добрите рехабилитационни програми, трудова терапия, групово терапия, които се прилагат в ДПБ – Церова кория, и очевидната ангажираност на персонала за благополучието на настанените за лечение пациенти).

### **8.6. Лични вещи**

Изследователите на БХК установиха, че съществен проблем за повечето от болниците в страната е осигуряването на пространство за съхранение на личните вещи на болните по време на престоя им в лечебното заведение (изключение в това отношение са ДПБ – Кърджали, и ДПБ – Церова кория, където гардеробчетата са надписани, и ДПБ – Карвуна). На повечето места болните разполагат само с болнични шкафчета, които често не се затварят. В тях могат да бъдат прибрани само някои тоалетни принадлежности и храна. Болните съхраняват личните си вещи – дрехи и обувки, в куфари и сакове под леглата. В някои от лечебните заведения (ДПБ – Паталеница, ДПБ – Бяла, ДПБ – Нови Искър, ДПБ – Ловеч, ОДПЗС – Враца, и т.н.) болничните шкафчета в стаите не отговарят на броя на настанените в стаята пациенти.

В ДПБ – Нови Искър, санитарите в остро мъжко отделение не разполагаха със стая и съхраняваха своите лични вещи в една от стаите на болните, където бяха заключили три гардеробчета. Поради тази при-

чина при всяко поемане на смяна или напускане на смяна санитарите се преобличат в присъствието на болните.

Макар че повечето от лечебните заведения изискват от своите пациенти да си носят тоалетни принадлежности още при постъпването, честа практика е персоналът да раздава сапуни и четки за зъби на тези от тях, които не разполагат с такива. Поради съображения за сигурност в остриите мъжки отделения не се допуска съхраняването на режещи предмети и по-специално на самобръсначки. Те се съхраняват от медицинските сестри в манипулационните – надписани поименно, и се раздават на притежателите им в дните за бръснене. Болните, които не са в състояние да се бръснат сами, ползват помощта на санитарни в отделенията (ДПБ – Церова кория, ДПБ – Севлиево, ДПБ – Раднево, ДПБ – Карлуково, ДПБ – Царев брод, ДПБ – Кърджали, ДПБ – Ловеч, ДПБ – Бяла).

В някои от болниците болните получаваха и дрехи, най-често от дарения (ДПБ – Севлиево, ДПБ – Бяла, ДПБ – Раднево, ДПБ – Церова кория). ДПБ – Церова кория, изследователите на БХК посетиха шивашка работилница, където дрехите, получени от дарения, се пригаждаха за употреба, като им се пришиваха копчета, зашиваха се, прекрояваха и т.н. Стана ясно, че разпространена практика е болните да получават дрехи от лечебното заведение, тъй като живеят в крайна бедност и не разполагат със собствени.

### **8.7. Право на гласуване**

Годината на посещенията на изследователите на БХК – 2005 г., в ДПБ бе година на избори. Последният параграф от главата, посветена на правата на пациентите, разглежда правото на гласуване. По време на своето посещение в ДПБ – Раднево, на 21.06.2005 г. изследователите на БХК установиха грубо нарушение на конституционните права на някои български граждани, настанени на лечение в болницата. Хронологичното проследяване на събития очертава следните важни моменти:

1. На 3.06.2005 г. д-р Толев е издал заповед, с която във всяко от деветте болнични отделения назначава тричленни комисии от психиатри за извършване на преценка кои от пациентите имат „психична пригодност“ да участват в предстоящите избори.

2. На 15.06.2005 г. определената комисия за първо мъжко отделение е извършила преценка за психична пригодност на настанените 64 паци-

енти да участват в изборите. Съгласно резултатите от преценката десет от пациентите щяха да бъдат допуснати за участие в изборите. В личните дела на тези, които няма да бъдат допуснати да участват в изборите, е поставен правоъгълен печат, на който пише: *„Няма психична пригодност за участие в изборите поради влошено психично състояние.“*

Д-р Толев се позовава на чл. 33 ЗИНП, съгласно който е необходимо да се съставят избирателни списъци. Текстът на чл. 33 не задължава директора на ДПБ – Раднево, да назначава комисии за преценка на психичната пригодност на пациентите да участват в избори. Тези от пациентите, които не са под запрещение, би трябвало да бъдат допуснати да участват в изборите, каквато е практиката в ДПБ – Кърджали, например.

## 9. Персонал

Качеството на грижите и услугите, предлагани във всяка психиатрична болница пряко зависи както от квалификацията на помагащите професионалисти, които ги предоставят, така и от тяхната мотивация за работа. Поради тази причина в своето изследване на психиатричните институции в България БХК отдели специално внимание на персонала им.

Два са особено актуалните проблеми, които БХК констатира по отношение на персонала в психиатричните институции. Първият от тях се отнася до липсата на достатъчно квалифициран медицински персонал – предимно специализирани психиатрични сестри, но на места има и остра нужда от лекари. Вторият е свързан с изключително ниските трудови възнаграждения на професионалистите, предлагащи психическо здравна грижа.

Адекватното съотношение между пациентите и персонала, който полага грижи за тях, е един от основните фактори, които влияят върху качеството на предлаганата грижа. Доскоро в страната нямаше нормативна уредба, която да въвежда изисквания спрямо броя на медицинския и обслужващия персонал в психиатричните отделения. През 2004 г. година с *Наредба № 24 от 7.07.2004 г. на МЗ* бе утвърден медицинският стандарт по психиатрия, който регламентира броя на медицинския персонал в психиатричните отделения спрямо болничните легла в отделението и неговия клиничен профил.

Според този стандарт в отделенията за активно лечение при 45 легла се изискват минимум трима лекари и 15 медицински сестри, броят на санитарите се определя спрямо броя на медицинските сестри в съотношение 1:1,5. В „реhabилитационните“ отделения при 45 легла изискваният персонал е минимум трима лекари и пет медицински сестри; при самостоятелен 24-часов график за дежурства – девет медицински сестри. Броят на санитарите в тези отделения отново се определя от броя на медицинските сестри в съотношение 1:1.

В стационарния блок броят на лекарите се определя от съотношението на болните с различна степен на зависимост от грижи и броя на леглата. Всяко отделение се ръководи от началник-отделение. Щатът включва още един психолог на 50 болни, социален работник на 50 до 100



болни, психотерапевти, трудотерапевти, медицински сестри и санитарни, чиято дейност се определя от длъжностните им характеристики.

Трудно е да се определи дали е спазен стандартът за осигуреност с персонал в отделните психиатрични заведения, защото много от отделенията разполагат с различен на брой легла (различен от този в стандарта). Освен това текстът, според който „в стационарния блок броят на лекарите се определя от съотношението на болните с различна степен на зависимост от грижи и броя на леглата“, дава възможност за различни тълкувания.

Така например в ДПБ – Карлуково, при капацитет на стационара от 250 легла, квалифицираният медицински персонал е 45 души, 13 от които са специалисти с висше медицинско образование. Клиничният профил на болницата включва седем отделения:

1. мъжко отделение за лечение на остри психози и зависимости – 40 легла,
2. мъжко отделение за средносрочно лечение на тежки психози – 25 легла,
3. женско отделение за краткосрочно лечение на остри психози и зависимости – 40 легла,
4. женско отделение за лечение на тежки психози – 25 легла,
5. геронтологично отделение – 40 легла,
6. отделение за зависими към алкохол и ПАВ – 40 легла,
7. отделение тип „общезитие“ – 40 легла.

Ясно е, че броят на лекарите е по-малък в сравнение с изискванията, описани в стандарта. Още по-критично е положението по отношение на броя на медицинските сестри в отделенията. В ДПБ – Карлуково, медицинските сестри са едва 32, като по стандарт само за двете отделения за краткосрочно лечение на краткосрочни психози се изисква щат за 30 медицински сестри.

Още по-сериозно е положението в ДПБ – Бяла, където очевидно проблемът с липсата на квалифициран медицински персонал хронифицира. Според справките, предоставени на БХК от ръководството, в болницата работят десет специалисти с висше медицинско образование, а специалистите със средно медицинско образование са едва 40 – при капацитет на стационара 290 легла.

От предоставените на БХК справки на щатните разпределения и клиничен профил на психиатричните заведения е видно, че ДПБ – Кърджали, и ДПБ – Царев брод, отговарят приблизително точно на изискванията в психиатричния стандарт по отношение на медицинския персонал (като брой).

Повсеместен е проблемът с липсата на клинични психолози и социални работници в лечебните заведения. Най-често това се обяснява с липсата на щат и на средства, с които той да бъде покрит. По-задълбоченото обяснение се крие в скептичното отношение на психиатрите към специалистите от останалите помагачи професии и това, че те трудно допускат както психолози, така и социални работници в междудисциплинарни терапевтични екипи. В повечето психиатрични болници в страната все още господства биологичният психиатричен подход, който ограничава индивидуалния план за лечение до медикаментозни интервенции.

Важен проблем в специализираната психиатрична помощ в страната се оказва и липсата на специализирано образование за психиатрични медицински сестри. Главните сестри в повечето болници споделиха, че това особено много затруднява работата в отделенията и занижава качеството на грижата за болния.

Всеобщо е мнението, че попрището на психиатричната медицинска сестра не е особено желано сред медицинските сестри: първо защото сестрите, които не работят в психиатрично заведение, страдат от предразсъдъци по отношение на психичната болест и поради изключително ниското заплащане.

В момента обучението на кадри за психиатричната система се извършва от пет катедри по психиатрия към медицинските университети в страната, в няколко катедри по психология и социална педагогика в други университети и по специалността „Клинична психология и клинична социална работа“ в Нов български университет в сътрудничество с Медицински университет в София.

Програмите за обучение и специализация не са стандартизирани и всяка от обучителните институции предлага знания и компетентности по свой избор. С изключение на няколко програми, липсва акцент върху развитието на клинични умения. Няма програма за системно следдипломно обучение по психиатрия на медицински сестри, чрез ко-

ято сестри с общ профил на компетентност да се профилират като психиатрични сестри.

Профилирането в компетентностите на медицинските сестри е наложително още в учебните заведения. Психиатричната медицинска сестра трябва да е обучена в много специфични компетентности и умения в сравнение със останалите медицински сестри. Това се налага от специфичните нужди и потребности на техните пациенти. Желателно е психиатричните сестри да имат умения в създаване на връзка на доверие със своите пациенти, да са способни на адекватна реакция в ситуации на криза – умения, които на пръв поглед са взаимноизключващи се – сестрата, която е доверено лице на пациента, да участва в интервенции по фиксирането му.

По време на посещенията в психиатричните заведения в страната БХК научи за курсове за следдипломна квалификация на психиатрични медицински сестри, организирани от Медицинска академия и Нов български университет. Учебните програми на тези курсове включват различни дисциплини, спомагащи за развитието на важни компетентности, които биха повишили значително качеството на сестринската грижа, но са трудно приложими в болнични условия. Оптимистичното обаче е, че тези курсове способстват за създаването на професионалната идентичност на съсловие, както и въвеждат нов, не чисто медицински подход към лечението на психиатричните болести, развиват чувствителност и умения в областта на психосоциалната рехабилитация.

Лечебните заведения, където персоналят е насърчаван да се развива професионално чрез специализации и курсове, включително и в чужбина, предлагат видимо по-добри услуги в сравнение с останалите.

В ОДПЗС – Русе, лекари и други специалисти са насърчавани да участват в международни конференции в областта на психиатрията. Потребители на услугите на диспансера и специалисти участват в обучения в различни европейски държави.

В ДПБ – Церова кория, част от медицинския персонал е посетил и е бил обучен в клиника за психично здраве в Швейцария. Това е единствената болница в страната, в която беше съобщено, че медицинските сестри играят ролята и на координатор на случая. Главната медицинска сестра обясни, че сестрите са насърчавани да бъдат доверени лица на паци-

ентите, което има тенденция да се превърне в самостоятелна програма от грижи по модела на клиниката, с която имат договорни отношения.

В ДПБ – Кърджали, две медицински сестри са завършили курс по психиатрично сестринство. Те разказаха, че са били специално обучени в работа с общността и със семействата, но споделиха, че новопридобитите умения са трудно приложими в условията на болничната помощ.

В ОДПЗС – Хасково, БХК установи тревожната тенденция на високо текучество на специализиран медицински персонал – лекари и медицински сестри, които отиват да работят в чужбина.

### 9.1. Дежурства

Липсата на достатъчно квалифициран медицински персонал води до някои абсурди при разпределянето и отдаването на дежурства. След края на работния ден, което в повечето психиатрични заведения означава към 14 ч, на дежурство в цялата болница застъпва един лекар, а в отделенията остават по една сестра и един санитар (ДПБ – Царев брод, ОДПЗС – Русе), което е в противоречие с утвърдените психиатрични стандарти. Поради ангажираността на лекарите с дейности в съда, често и в работно време отделенията функционират в режим „дежурство“.

Медицинските сестри, които остават на дежурство в остри отделения, са обикновено по една в отделение, което противоречи на вече приетия психиатричен стандарт. Това се отразява най-вече на осигуряването на надзорите.

В ДПБ – Ловеч, БХК установи два смъртни случая за една нощ, отразени в рапортните тетрадки на медицинските сестри, като единият от тях в изолятора, който е със специален режим на наблюдение. В разговор с медицинските сестри от отделението БХК установи, че те се страхуват за собствената си безопасност по време на дежурство. В разговора дори не се прокрадна загриженост за пациентите и техните потребности през нощта.

За съжаление практиката в ДПБ – Ловеч, не е изолиран случай. В ДПБ – Царев брод, пациентите в остро мъжко отделение разказаха, че медицинските сестри не дават нощни надзори. Макар и на дежурство, сестрата не излиза от стаята си освен ако не е повикана, но и в тези случаи невинаги се отзовава.

В ОДПЗС – Добрич, фиксиран пациент е успял да избяга от стая за специално наблюдение, оборудвана с двустранно огледало. Дежурната сестра е разбрала за бягството едва след като пациентът е бил извън диспансера.

БХК смята, че осигуряването на наблюдение в стаите чрез камери би повишило ефективността на надзора и би спомогнало за намаляване на инцидентите в отделенията. Тази практика вече навлиза в някои от лечебните заведения (ОДПЗС – Враца, ОДПЗС – София, ДПБ – Кърджали, ДПБ – Карлуково).

Вторият важен проблем, на който се натъкнаха изследователите на БХК, е заплащането на персонала и свързаната с него удовлетвореност.

Няма съмнение, че доброто заплащане и социалната осигуреност са фактори, които повишават мотивацията за работа на персонала, което безспорно се отразява на качеството на предлаганите услуги. По време на своето второ посещение в психиатричните болници в страната изследователите на БХК се срещнаха с масовото недоволство на психичноздравните професионалисти от равнището на тяхното заплащане. Особено гневно те реагират на унижителните според тях надбавки за вреден труд („вредни“), които възлизат на 1,60 лв. на месец. Една от сестрите в ДПБ – Ловеч, с носталгия си спомняше, когато „вредните“ са възлизали на 8 лв. на месец.

В ДПБ – Церова кория, лекарите определиха като подигравка „вредните“, които се изплащат за техния труд. Те представиха фишове от заплатите на медицинския и немедицинския персонал. Главната сестра сподели мнението си, че заради ниското заплащане младите специалисти не желаят да работят в болниците, което се отразява на качеството на услугите. Според психичноздравните специалисти най-много от настоящото положение страдат пациентите.

Средната работна заплата в психиатричните заведения (по данни от справките, предоставени от психиатричните болници) е около 240 лв. Според интервюирани медицински работници заплащането в психиатричните болници се нуждае от актуализиране и съобразяване с рисковете, на които те са изложени ежедневно.

## 10. Инспекции

Инспекциите на психиатричните институции продължават да бъдат сериозен проблем в системата на психиатричната помощ в България. След първото си посещение в България през 1995 г. КПИ констатира, че процедурите за подаване на жалби и ефективна инспекция в посетените от него психиатрични заведения „са незадоволителни“, както и че външният надзор над тези заведения „е в най-добрия случай спорадичен“. В допълнение КПИ препоръчва психиатричните заведения „да бъдат посещавани редовно от представители на независима инстанция извън болниците, които са натоварени със задачата да инспектират как персоналят се грижи за пациентите и най-вече да са оторизирани да разговарят на четири очи с пациенти, да получават жалби от тях и да правят необходимите препоръки. Желателно е също така тази официална инстанция да публикува годишен доклад за своята дейност, за да се осигури по-голяма гласност и да се стимулира една обществена дискусия на тема психиатрични заведения“. С цел да не се допусне обществена изолация на персонала на психиатричните заведения комитетът също така препоръчва „да се насърчава присъствието в психиатричните заведения на независими личности или представители на независими организации“. *Законът за легейните заведения* (чл. 82–85) дава възможност за създаване на болнични настоятелства, но я изключва за лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, където попадат държавните психиатрични болници. Така обществеността не разполага с възможност да упражнява системен контрол върху психиатричните институции. В резултат се насърчава непрозрачното функциониране на държавните стационарни заведения.

В предходната публикация на БХК, посветена на стационарната психиатрична помощ, една от препоръките бе в стационара да се осъществяват периодични и ефективни инспекции от представители на законодателната, изпълнителната и съдебната власт, които да включват срещи насаме с пациенти и вземане на незабавни мерки за отстраняване на нередностите. През 2005 г. БХК установи, че тези препоръки остават неизпълнени и все още няма създадена институция за надзор и контрол, която да е упълномощена да се грижи за правата на пациентите.

От всички инспектиращи институции, с най-голяма интензивност психиатричните заведения се посещават от инспектори на ХЕИ, които в отделни случаи (ДПБ – Паталеница) след откриване на нередности правят препоръки и налагат санкции на персонала. Регулярни са и инспекциите на противопожарната охрана. В повечето стационари през последната година е била извършена проверка на РЦЗ и Инспекцията по труда. Инспекции или посещения на представители на Министерството на здравеопазването бяха констатирани само в отделни ДПБ. В ДПБ – Паталеница, е било извършено такова посещение по сигнал, че предписано на пациент лекарство е било отровно.

Прокуратурата е задължена да упражнява надзор над изпълнението на всякакви принудителни мерки и трябва да инспектира психиатричните стационари, в които се настаняват принудително хора по силата на чл. 127, т. 2 от *Конституцията* и чл. 118, т. 2 от *Закона за съдебната власт*. При изпълнение на тези си функции тя има правомощия да изисква документи, сведения, експертизи, да възлага ревизии, да разпитва граждани и да посещава всякакви помещения и места. За разлика от 2001 г., когато БХК не попадна на никакви следи от посещения на органите на прокуратурата, през 2005 г. такива посещения, макар и единични, бяха констатирани в ДПБ – Бяла, и ДПБ – Церова кория, а в ОДПЗС – Хасково, през 2004 г. бе извършена проверка от Главна прокуратура. В посетенията от прокуратурата стационари не бе съобщено за констатирани нередности и отправени препоръки. Установена практика е, когато инспектори от ХЕИ, ПАБ, ИТ и др. установят нарушение, те да изпращат констативни протоколи, които най-често се съхраняват при директора. Той от своя страна е длъжен да уведоми инспектиращите писмено за предприетите мерки.

Обект на внимание по време на инспекциите са тясно определени сфери – хигиена, пожарна безопасност, трудови правоотношения или финансова дейност. Общите условия за живот, спалните помещения за пациентите и средата, която обитават, не са във фокуса на инспектиращите органи. Още по-малко това се отнася за процедурата по настаняване, воденето на документацията и отношението на персонала към пациентите. В нито едно от посетенията заведения не бе съобщено за разговори на инспектиращи органи със самите пациенти.

## 11. Препоръки

1. Министерство на здравеопазването трябва да инициира поправка на *Закона за здравето* с цел осигуряване на защита на всички категории психичноболни лица и гарантиране на неговото точно прилагане. Във връзка с това е наложително да се преработи текстът на чл. 155 ЗЗ, така че основанието за задължително настаняване и лечение да не е обвързано с вероятност да се извърши престъпление, а само с потенциално опасно за околните и за самото лице поведение.

2. Министерство на здравеопазването трябва да регламентира в издаваните от него подзаконовни актове или под форма на вътрешна инструкция понятието „спешно състояние“ по смисъла на чл. 154 от *Закона за здравето*.

3. Министерство на здравеопазването трябва да наблюдава и анализира поне два пъти годишно практиката по прилагане на *Закона за здравето* в частта му относно задължително настаняване и лечение на психичноболни лица. След извършване на наблюдението МЗ трябва да публикува резултатите от него и да отправи съответни препоръки до психиатричните стационари, които да подпомогнат ежедневната им работа, както и да доведат до единно прилагане на *Закона за здравето*.

4. Министерство на здравеопазването (МЗ) трябва да изработи ясни и приложими механизми на организация и финансиране на залегналите в *Политиката на МЗ за психичното здраве в Република България от 2004–2012 г.* инициативи и мерки.

5. Министерство на здравеопазването трябва да съгласува разработваните от него поднормативни актове със *Закона за здравето* с цел хармонизиране на националното законодателство, както и на националното и международното законодателство във връзка със спазване правата на психичноболните лица по време на лечението им в държавни психиатрични болници и диспансери.

6. Министерство на здравеопазването (МЗ) и Национален център за здравна информация (НЦЗИ) трябва да създадат методика за събиране на надеждни статистически данни относно броя на пациентите, които преминават средногодишно през психиатричните стационари,



относно съотношението между броя на хоспитализираните пациенти срещу броя епизоди на обслужване и относно броя на рехоспитализираните пациенти годишно, както и да разработят единен информационен протокол за обработка на така събраните данни. МЗ и НЦЗИ трябва да публикуват на страниците на двете ведомства в Интернет горепосочената статистика, както и да я използват при създаване на програми и залагане на мерки за подобряване качеството на живот на психичноболните в страната.

7. Министерство на здравеопазването трябва да проведе обучение на персонала в психиатричните болници с цел запознаване с *медицински стандарт „Психиатрия“*, *Закона за здравето* и *Наредба № 1 за реда за прилагане на мерки за временно физическо ограничаване при пациенти с установени психични разстройства*, както и да издаде указания за водене и съхраняване на приложимата относно пациентите на задължително лечение документация.

8. При задържане на пациенти за 24 часа по решение на директора на болницата съобразно чл. 154 от *Закона за здравето* трябва да се издават типови заповеди, които да се прилагат в досието на пациента, както и да се завеждат в отделен регистър в болницата/диспансера. Трябва да се вписват в отделен регистър и всички искания или решения на съда и прокуратурата съгласно глава 5 на *Закона за здравето*. Освен това подписани и подпечатани копия от тях трябва да се прилагат в досието на всеки пациент.

9. Министерство на здравеопазването и Министерство на правосъдието трябва да изготвят отделна наредба или да допълнят вече съществуваща такава за механизъм на избор на психиатъра, който присъства на първото съдебно заседание по дело за настаняване на задължително лечение, който изготвя експертизата и пряко лекува настаняваното лице, така че да се създадат максимални гаранции срещу произвол, както и да се осигури най-пълно познаване на състоянието на пациента.

10. Психиатричните стационари трябва да преустановят наложителната се практика за лечение на пациенти по време на изготвяне на експертиза освен ако състоянието им не налага спешно лечение.

11. Министерство на правосъдието трябва да предвиди и изисква специално обучение на адвокати, които се назначават от съда за служебни защитници по дела за задължително настаняване и лечение.

12. Решенията на съда относно лицето, което да дава информирано съгласие за лечение на настанявания, трябва да бъдат спазвани от всички психиатрични стационари.

13. Психиатричните стационари трябва да осигуряват достъп на пациентите до досиетата им, включително до решенията за задължителното им настаняване и лечение, както и до експертизите им и исканията за задължителното им настаняване и лечение.

14. Районните съдилища трябва да изпращат решенията за задължително лечение в болниците и диспансерите своевременно. В тях трябва да се упоменават присъствалите на съдебните заседания по делото лица, причините за настаняване на лицето на задължително лечение, срокът на лечение, психиатричният стационар, където ще се извършва лечението, и трите имена на лицето, което следва да даде информирано съгласие за задължителното настаняване и лечение на настаняваното лице.

15. Психиатричните стационари трябва да предприемат мерки за запознаване на пациентите на задължително лечение със съдебните решения за задължително лечение веднага след постановяването им и да им предоставят възможност при желание да ги обжалват.

16. Министерство на здравеопазването трябва да обърне внимание на ръководителите на психиатрични стационари, че в общия случай пациент на задължително лечение трябва да бъде освободен от болницата след изтичане на срока за задължителното лечение, упоменат в съдебното решение. Освен това привеждането в изпълнение на съдебното решение за задължително настаняване и лечение трябва да се осъществява веднага след постановяването му.

17. Министерство на здравеопазването трябва да осигури спешното ремонтване на остро мъжко отделение в ДПБ – Карлуково, острите отделения в ДПБ – Паталеница, ДПБ – Бяла, и острото мъжко отделение в ДПБ – Ловеч. В останалите болници да се подсигури течаща топла вода, санитарни материали и да се извършва ежедневна проверка от медицинските сестри на поддържането на хигиената в помещенията и на личната хигиена на пациентите, която да се отразява писмено в документация към отделенията.

18. В психиатричните стационари трябва да се изготвят индивидуални планове за лечение на всеки новоприет пациент, които да се спазват. Лечение трябва да се провежда само при наличие на надлежно взето информирано съгласие.

19. Психиатричните стационари трябва да формират мултидисциплинарни екипи при ясно формулирана дефиниция и механизъм, което да унифицира практиката до момента.

20. В психиатричните стационари трябва да се въведат различни видове терапии за психичноболни лица, които да дават възможност за действителен био-психо-социален подход в лечението им и да обхващат всички настанени пациенти. Лечението на психичноболните лица в условията на стационарна помощ не бива да се ограничава единствено до фармакотерапия.

21. Министерство на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса трябва да осигурят достъп на всички психичноболни лица до модерни невролептици, терапията с които може да се поддържа и в извънболнична среда.

22. В случай на смърт на пациент, настъпила в психиатричен стационар, винаги трябва да се извършва аутопсия с цел установяване на причините за смъртта.

23. Психиатричните стационари трябва да прекратят практиките по изолация и имобилизация на пациенти, които има основания да се предполага, че са с наказателен характер, не се извършват в специално определени за това помещения и като продължителност надвишават стандарта, определен с *Наредба № 1 за реда за прилагане на мерки за временно физическо ограничаване при пациенти с установени психични разстройства* на МЗ. Всички наложени ограничителни мерки трябва да се отразяват в специален регистър. Всички имобилизации трябва да се извършват в специално определени за това помещения, а не в общите спални помещения.

24. Психиатричните стационари трябва да осигуряват на пациентите си достъп до телефон, пликосове, листове, марки и средства за писане, както и до допълнителни храни и напитки.

25. Министерство на здравеопазването трябва да гарантира и да осигури практически престой на открито в продължение поне на един час дневно на всички пациенти на задължително лечение.

26. Министерство на здравеопазването трябва да подсигуриява периодично специализирано обучение на медицинските сестри и санитарни работещи в психиатричните стационари за работа с лица с психични заболявания, което да се извършва по стандартизирани програми.

27. Министерство на здравеопазването и прокуратурата трябва да извършват редовни проверки на правния статут на настанените пациенти на задължително лечение под формата на посещения в психиатричните стационари, интервюта с такива пациенти и преглед на съответната документация.

28. Във връзка с ефективно осъществяване на граждански контрол върху състоянието на стационарната психиатрична помощ следва да се насърчава създаването на болнични настоятелства в психиатричните стационари, както и системно наблюдение от страна на правозащитни и други неправителствени организации, чиято дейност има отношение към лицата с психични заболявания.

## Приложение № 1

### Оценка на риска (медицински стандарт „Психиатрия“)

#### I. Болестни прояви към момента на изследването/освидетелстването:

##### I.I. Свързани с психотични синдроми:

1. агресивно или автоагресивно поведение;
2. кататонна възбуда;
3. психомоторна възбуда;
4. обърканост;
5. негативизъм;
6. дисимулация;
7. императивни халюцинации;
8. налудни синдроми, владеещи поведението;
9. витална застрашеност;
10. паратимия;
11. епилептични еквиваленти;
12. други интензивни психотични синдроми;
13. честа и бърза смяна на синдромите (изразена динамика);
14. некритичност.

##### I.II. Свързани с личностова промяна:

1. импулсивност;
2. експлозивност;
3. агресивна зареденост;
4. паратимия;
5. етична деградация;
6. когнитивен дефицит.

#### II. Ситуативни прояви към момента на изследването/освидетелстването:

1. извършено агресивно действие;
2. прекъснато от външни фактори агресивно действие;
3. спонтанно агресивно поведение;
4. провокирано агресивно поведение;
5. провокативна/конфликтна семейна среда;

6. изоставяне на пациента от семейството и близките му;
7. прекъсване на лечението;
8. начало (поява) или засилване на употребата на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти;
9. конфликтни взаимоотношения с вероятната жертва;
10. резки промени в социалното, битовото и финансовото състояние;
11. високорискови намерения, планиране и/или поведенчески прояви.

### III. Обстоятелства от биопатографията на пациента:

1. предходни криминални прояви;
2. предходни настанявания на принудително/задължително лечение;
3. предходни спешни хоспитализации;
4. фамилна анамнеза за агресивни и/или автоагресивни модели за справяне;
5. криминално проявено семейство;
6. мъжки пол;
7. непълноценно семейство (сирак, развод, изоставяне, други сходни);
8. затруднения в социалната адаптация (без образование, без професия, без жилище, без доходи);
9. разрушение на съществуващи в миналото взаимоотношения;
10. склонност или употреба на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти;
11. тежка преморбидна личностова патология (импулсивност, експлозивност, агресивност);
12. обучителни затруднения, ниско образователно ниво;
13. когнитивен дефицит.

### IV. Социални фактори, затрудняващи възможностите за ресоциализация, валидни към момента на изследването/освидетелстването:

1. отсъствие на адекватно лечение и/или на съдействие за лечение;

2. живее сам или в непълно семейство;
3. провокативна/конфликтна семейна среда;
4. остри актуални стресори (загуба, географско преместване, физикални или терминални заболявания);
5. финансова и битова необезпеченост;
6. трайно загубена трудоспособност;
7. безработен;
8. криминално проявено семейство;
9. отсъствие на партниране на семейството в боледуването;
10. отсъствие на годност на семейството за грижи;
11. отсъствие на референтна (приятелска, подкрепяща) среда;
12. асоциална референтна среда;
13. конфликтни взаимоотношения с вероятната жертва.

V. Психологични фактори към момента на изследването/освидетелстването:

1. набелязване на потенциални жертви;
2. дълбока личностова промяна;
3. експлозивност;
4. враждебност;
5. отсъствие на емпатия;
6. обичайно агресивно поведение;
7. липса на самоконтрол;
8. некритичност;
9. мирогледни възгледи, връзка с етнически или психокултурални социални групи, изповядващи агресия;
10. ситуации, довели до посттравматичен стрес (причиняване на смърт при ПТП, участие във военни действия и други сходни);
11. виктимизация или нарцистична рана в миналото.

## Приложение № 2

*Списък на държавни психиатрични болници и диспансери, посетени от екипа на Български хелзинкски комитет през периода май-август 2005 г.*

1. ДПБ – Бяла
2. ДПБ – Карвуна
3. ДПБ – Карлуково
4. ДПБ – Кърджали
5. ДПБ – Ловеч
6. ДПБ – Нови Искър
7. ДПБ – Паталеница
8. ДПБ – Раднево
9. ДПБ – Севлиево
10. ДПБ – Царев брод
11. ДПБ – Церова кория
12. ОДПЗС – Бургас
13. ОДПЗС – Велико Търново
14. ОДПЗС – Враца
15. ОДПЗС – Добрич
16. ОДПЗС – Пловдив
17. ОДПЗС – Русе
18. ОДПЗС – София-град
19. ОДПЗС – Хасково