

Лечението на наркомании в България – състояние и проблеми

Изследване за търсенето на лечение на наркомании и бариерите за
достъп сред проблемно употребяващи наркотици в България

Атанас Русев

София, 2007

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години в България темата за употребата на наркотици не слиза от фокуса на общественото внимание. За съжаление, медийният интерес е по-скоро върху криминалните аспекти на явлението, а реалните проблеми свързани с осигуряването на лечение на зависимите от наркотици по-скоро остават на заден план. Същевременно експертите все по-често алармират за липсата на достатъчно възможности и алтернативи за лечение, които са достъпни за групата. При оценка за 20000 – 30000¹ зависими от хероин, реално се предлагат 1605 места в метадонови програми, 641 в болнични заведения, 75 в рехабилитационни центрове и 50² в терапевтични общности, което при всички случаи е крайно недостатъчно.

През февруари 2003 година Министерски съвет на Република България одобрява Националната стратегия за борба с наркотиците, а през април 2003 – План за действие към националната стратегия за борба с наркотиците. И в двата документа са залегнали мерки за развитие на система от достъпни, ефективни и разнообразни лечебни и рехабилитационни програми за употребяващите наркотици. За съжаление, наличието на тази адекватна законодателна рамка не допринася в достатъчна степен за постигане на набелязаните цели и задачи, поради липса на финансиране за набелязаните мерки. Така например от разкритите 6 нови програми за заместително и поддържащо лечение в страната - четири са частни и са в София, а само две са извън столицата. Една от доказано успешните форми за лечение на наркомании е резиденциалното лечение (т.нар. терапевтични общности), но в България функционират единствено две с капацитет 50 души. Това са само малка част от примерите, как добрите идеи остават единствено на хартия, без да се превърнат в реални политики и действия.

На фона на тази недостатъчна заинтересованост на държавните институции, през последните две години се наблюдава ръст на новооткритите

¹ НФЦНН (2006). Годишен доклад по проблемите свързани с наркотиците и наркоманиите в България.

² Райчева, Цвета (2007). Лечение на наркоманиите в България. Презентация на ОБЩЕСТВЕН ДЕБАТ НА ТЕМА: "ЛЕЧЕНИЕТО НА НАРКОМАНИИ - ВЪЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМИ" , 26.06.07

ХИВ-позитивни лица сред групата на интравенозните наркомани. По данни на Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” към Министерство на здравеопазването през 2005 година са регистрирани 13 нови ХИВ-позитивни лица в тази група, през 2006 година – 32 нови лица, а през 2007 само през първите седем месеца са 13 нови³. Наред с това, по данни от доклада на Националния фокусен център в областта на наркотиците и наркоманиите в периода 2002-2005 три пъти са се увеличили смъртните случаи (от 13 случая през 2002 до 40 през 2005) свързани с употреба на наркотици.

Всички тези притеснителни факти и тенденции подтикнаха Фондация “Инициатива за здраве” да проведе изследване относно търсенето на лечение от наркомании и бариерите за достъп сред проблемно употребяващите наркотици. Изследването бе осъществено в рамките на европейския проект CORRELATION, “Европейска мрежа за социално включване и здраве”. Самото изследване бе проведено с методологическата подкрепа на RIDS, Институт за изследване на наркотиците и наркомании към университета ELTE-Будапеща и Националният фокусен център за наркотици и наркомании, както и с финансовата подкрепа на Националният център по наркомании. Като партньори и подизпълнители в изследването се включиха още седем български неправителствени организации, работещи в областта на намаляването на щетите от употребата на наркотици – БЧК-Русе (Русе), Фондация “Панацея” (Пловдив), Регионален Фонд “Ига” (Пазарджик), БЧК-Кюстендил (Кюстендил), Фондация “За по-добро психично здраве” (Варна), Сдружение “Доза обич” (Бургас), Сдружение “Алтернативи” (Благоевград).

ЦЕЛИ, ДИЗАЙН И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Изследването на търсенето на лечение от зависимостта и бариерите за достъп сред проблемно употребяващите наркотици си постави две основни цели:

- Да се направи оценка на търсенето на лечение от наркомании сред проблемно употребяващите наркотици в България

³ <http://aidsprogram.bg/web/hiv-aids/> (16.07.07)

- Да се направи оценка на основните бариери пред достъпа до лечение от зависимостта за проблемно употребяващите наркотици в България. В случая под бариери се разбира “причините, които биха могли да спрат употребяващите да търсят или ползват лечение от наркомании”, т.е. пречките през очите на самите потребители.

Като метод за набиране на данните беше използвано стандартно интервю с респондентите (face-to-face). За целите на изследването е използван въпросник разработен от института RIDS, който впоследствие беше преработен, допълнен и адаптиран за български условия с експертната помощ на Националния фокусен център за наркотици и наркомании. Самият въпросник включва 46 въпроса групирани в четири раздела – “Социални и демографски характеристики”, “Употреба на психоактивни вещества”, “История на лечението и потребностите от лечение” и “Контакти с различни институции и организации”.

При дефинирането на целевата група на изследването беше използвана като отправна точка дефиницията на EMCDDA за проблемно употребяващите наркотици: *лица, които употребяват инжекционно хероин и/или други наркотици, или са ги употребявали не-инжекционно, но през по-голямата част от последните три години, имат поне десет употреби през последната година и поне три през последния месец.*

Бяха интервюирани общо 893 проблемно употребяващи наркотици лица, в осем града в страната (вж. Таблица 1). Като база за рекрутиране се използваха клиентите на програми за намаляване на щетите сред употребяващи наркотици. Формирането на извадката беше извършено на квотен принцип, като квотите бяха формиран на базата на експертна оценка спрямо отделните клиенти, до които достигат програмите. От заложените първоначално 1100 респонденти, бяха достигнати 893. При подбора на интервюираните строго се спазваше принципът за запазване на анонимността. За целта всички участници в изследването бяха регистрирани единствено с персонален седем цифрен идентификационен код, чрез който те участват в програмите за обмен на игли и спринцовки. Въпросният код се съставя чрез пола на участника, първата буква на името, първата буква от името на родител и дата и месец на раждане. Този код се използва от програмите за отчитане

на ежедневните им контакти на терен. Като интервютори бяха използвани социални работници от програмите за обмен на игли и спринцовки, тъй като изследването покрива специфични теми като история на употребата на наркотици, рисково поведение, търсене на различни видове лечение от наркомании. Това са теми, изискващи по-специфични познания, които един обикновен анкетьор не притежава.

Таблица 1. Разпределение на изследваните лица по градове

Градове	Заложен брой респонденти	Изследвани лица	Процент от извадката
София	300	188	21,1 %
Русе	100	69	7,7 %
Пловдив	200	121	13,5 %
Пазарджик	50	47	5,3 %
Кюстендил	50	73	8,2 %
Варна	200	196	21,9 %
Бургас	100	99	11,1 %
Благоевград	100	100	11,2 %
Общо	1100	893	100 %

ДЕМОГРАФСКИ И СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПРОБЛЕМНО УПОТРЕБЯВАЩИТЕ НАРКОТИЦИ

Традиционно, изследванията сред групата на проблемно употребяващите наркотици се сблъскват с проблема, че групата като цяло е скрита и поради това трудно може да се говори за репрезентативност на данните. Липсата на точна оценка за големината и характеристиките на групата е основно препятствие пред формирането на статистически издържана по отношение критериите за представителност извадка. Въпреки това, през последните години се натрупаха

достатъчно данни от изследвания с национален обхват, които позволяват да се направи приблизителен демографски и социално-икономически профил на групата⁴. Данните от настоящото изследване, проведено в 8 големи и средни български градове, до голяма степен потвърждават този профил, като същевременно позволяват да се уловят някои нови тенденции в тази група.

На първо място сравнението по пол потвърждава съотношението 1:4 в полза на мъжете употребяващи наркотици. Стабилността на това разпределение може ясно да се проследи при съпоставка с две по-предишни последователни изследвания проведени от Фондация “Инициатива за здраве” през 2003 и 2005 година (вж Таблица 2). Тези данни още веднъж потвърждават културалната основа на тази специфика.

Таблица 2. Разпределение на употребяващите наркотици по пол.

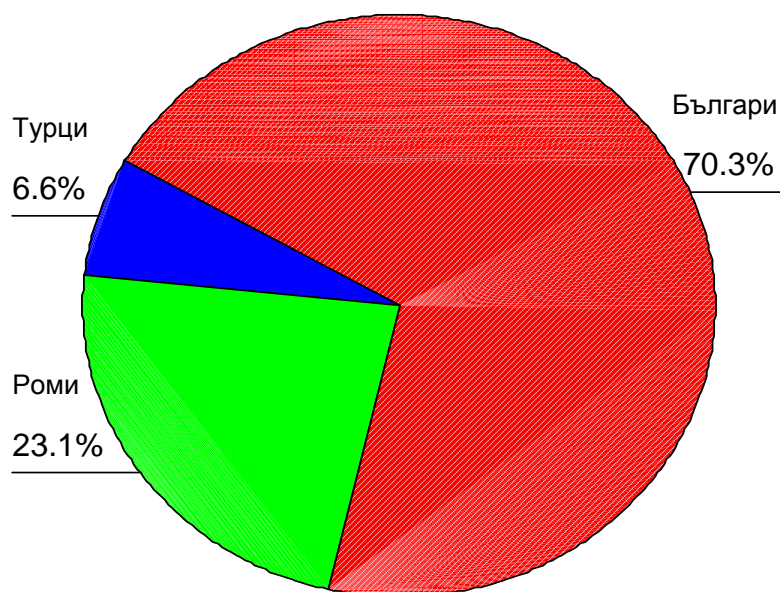
Пол	Изследване 2003	Изследване 2005	Изследване 2007
Мъже	80%	83%	83%
Жени	20%	17%	17%

По отношение на етническия профил на групата не могат да се изведат никакви определени тенденции, нито да се направят преки паралели с други данни, тъй като няма официално публикувани предишни изследвания сред употребяващи на терен със същия географски обхват. Двете предишни изследвания на Фондация “Инициатива за здраве” обхващат единствено градовете София, Пловдив, Бургас, Плевен и Велико Търново. В настоящото изследване са включени два други града с компактно ромско население, сред което има широка употреба на наркотици – Варна и Кюстендил. Този факт пречи на преки паралели с тези предишни изследвания. В настоящото изследване етническото разпределение показва, че ромите са приблизително 23% от извадката, като основната част от тях са в София, Пловдив, Варна и Кюстендил (вж. Фиг.1) . Има и 7% употребяващи, които

⁴ Годишните доклади на Националния фокусен център за наркотиците и наркоманиите (2002, 2003, 2004, 2005 и 2006), Пазарът на наркотици в България – ЦИД, 2003; Инжекционно употребяващите наркотици в България. Профил и рискове – ФИЗ, 2004; Хероиновите потребители една година след отпадането на личната доза – ФИЗ, 2005

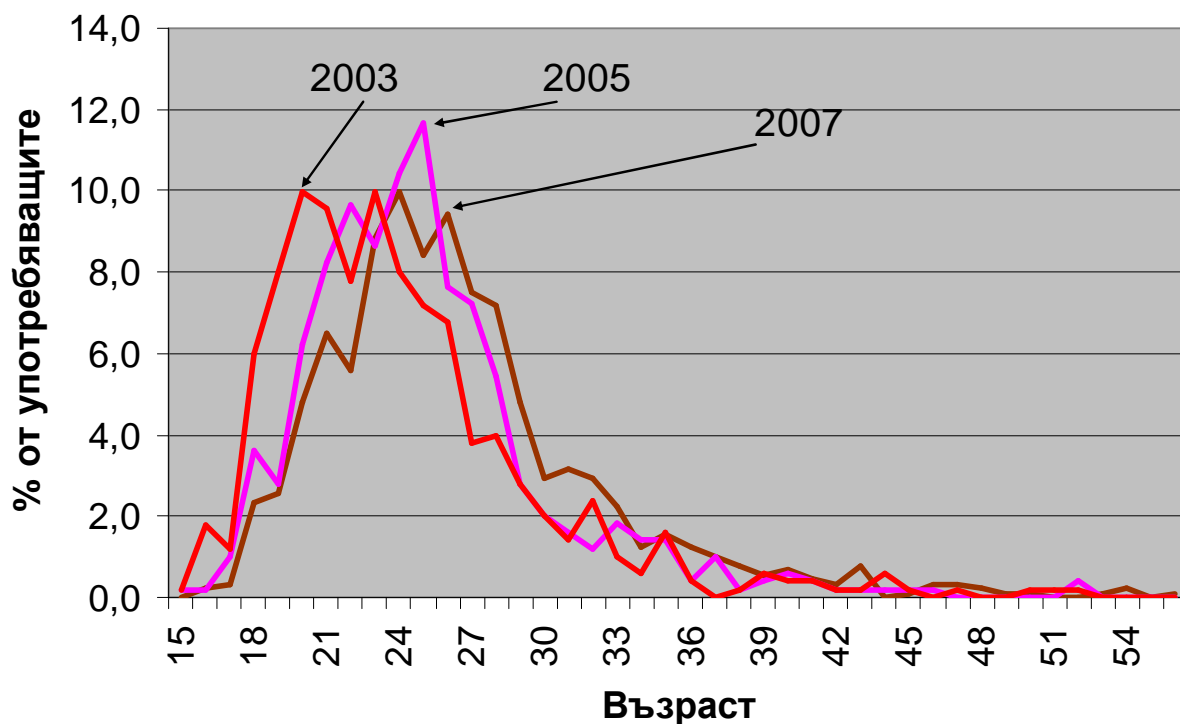
посочват турска етническа принадлежност, като голямата част от тях са също роми, но с турско самосъзнание.

Фиг.1. Профил на употребяващите наркотици по етнически групи



По-различно стоят нещата по отношение на възрастта. За разлика от разпределението по пол, във възрастов план ясно се очертава постепенно изменение в структурата на групата по посока нарастване на дела на ИУН с по-висока възраст, за сметка на по-младите употребяващи (вж. Фиг.2)

Фиг.2. Тенденции сред употребяващите наркотици във възрастов план



Тази тенденция към застаряване на групата проличава още по-ясно, когато се съпостави средната възраст на групата през 2003, 2005 и 2007 (вж Таблица 3). Ясно се вижда как средната възраст е нараснала с три години за този период. Този процес е свързан преди всичко с отминаването на пика на хероиновата епидемия, което отдавна се коментира от експертите в областта⁵. Тази тенденция води до това по-малко нови и съответно млади хора да започват да употребяват наркотици в България.

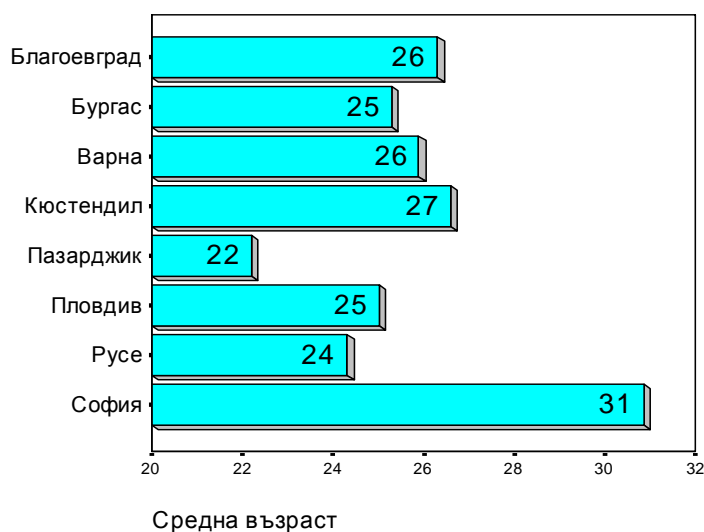
Таблица 3. Средна възраст на употребяващите наркотици

⁵ Хероиновите потребители една година след отпадането на личната доза - ФИЗ, 2005, стр. 7

Показател	Изследване 2003	Изследване 2005	Изследване 2007
Средна възраст (Mean)	24 години	25 години	27 години
Средна възраст (Медиана)	23 години	24 години	26 години

Разбира се, процесът на застаряване на групата протича по различен начин в отделните градове. Спецификите произтичат от това, че бумът в разпространението на хероина започва по различно време в отделните градове. Неслучайно в големите градове този процес е най-напреднал и съответно в тях е най-висока средната възраст на проблемно употребяващите (вж. Фиг.3). В това отношение този процес е най-напреднал в столицата, където средната възраст е 31 години (mean).

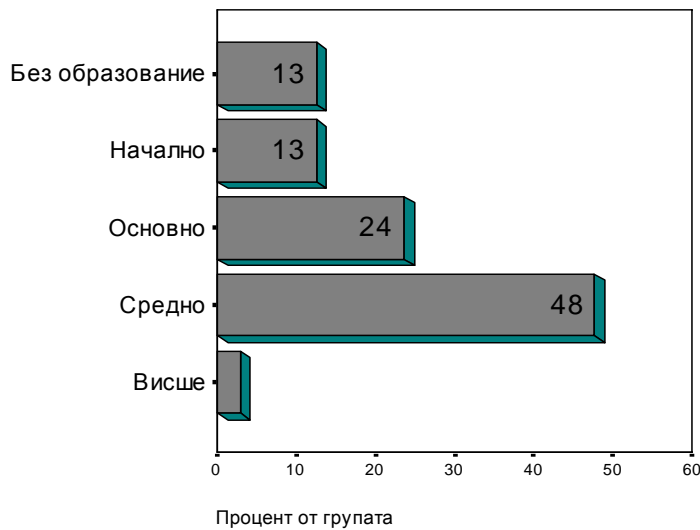
Фиг.3. Възрастов профил на употребяващите по градове.



На фона на застаряването на групата на употребяващите наркотици се наблюдават някои тревожни факти и тенденции в социално-икономическия статус на групата, които са индикатор за нарастваща маргинализация. Прегледа на профила на групата по образование показва, че половината от групата е с основно

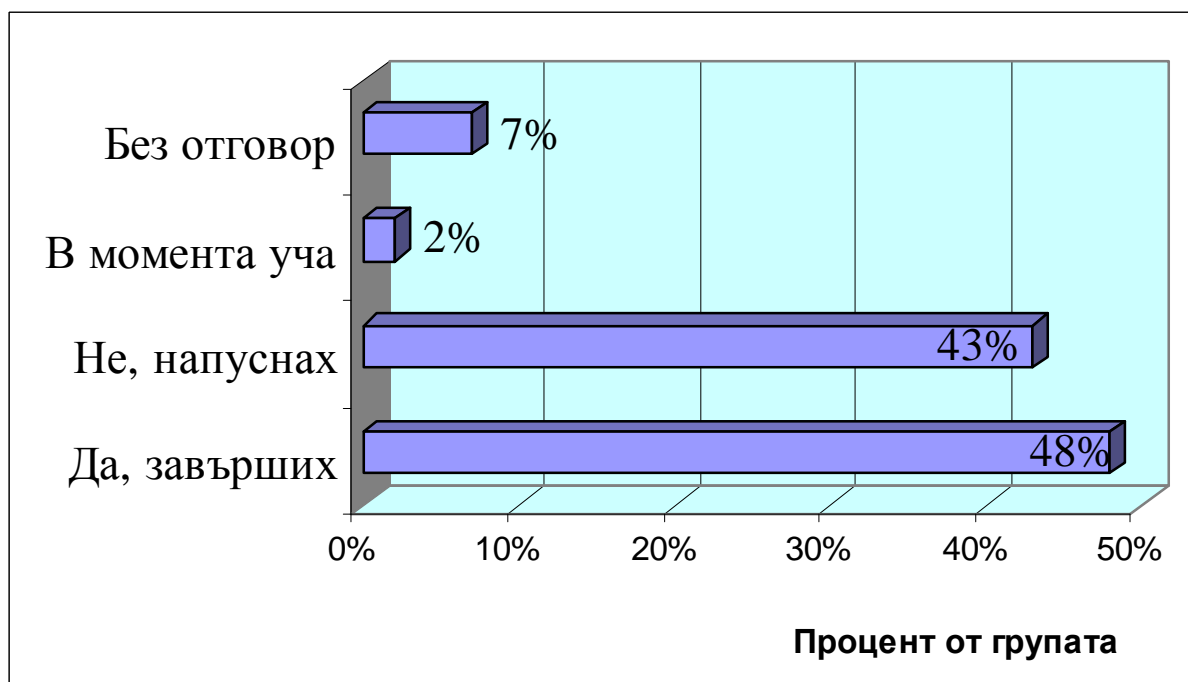
или по-ниско образование (вж. Фиг.4), като 13 % от ПУН са без завършено образование.

Фиг. 4. Профил на употребяващите по образование



Допълнителният анализ на данните показва, че приблизително половината от употребяващите – 43% от тях – са напуснали училище преди да завършат средното си образование (вж Фиг.5). Отпадането на тези хора от образователната система е предпоставка за бъдещето им допълнително маргинализиране в обществото, доколкото ги лишава от важен социален ресурс, ако решат в един определен етап от живота си да направят избора да се справят с проблема си и се върнат обратно в обществото като пълноценни индивиди.

Фиг.5. Отпаднали от училище преди да завършат средно образование.



Профилът на ПУН по заетост показва, че приблизително 60% от тях са безработни, като в голямата си част тези хора дори не са регистрирани в бюрата по труда (вж. Таблица 4) . Наред с това 20% от употребяващите посочват, че не притежават никакви документи за самоличност. Още по-тежка е ситуацията със здравните осигуровки – ако при изследването на Фондация “Инициатива за здраве” през 2003 49% от анкетираните са имали здравна осигуровка, през 2005 те са вече 43%, а в рамките на настоящото само 39%.

Таблица 4. Профил на употребяващите наркотици по заетост.

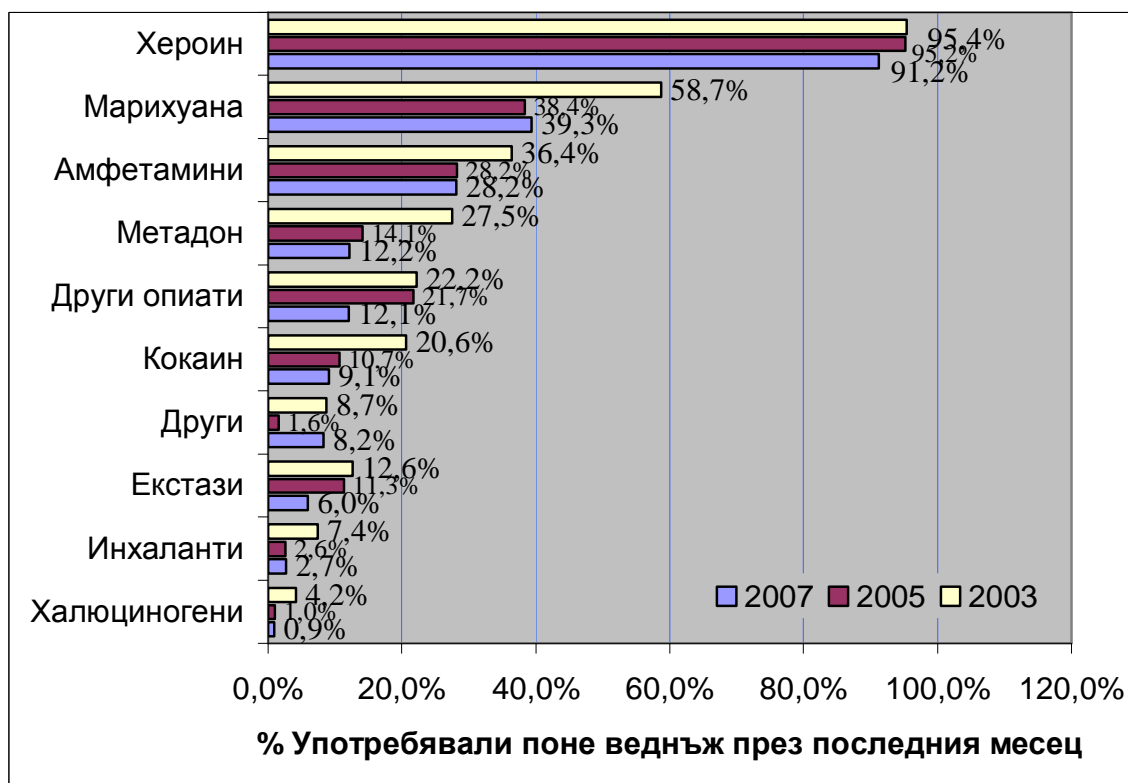
Заетост в момента	Брой лица	Процент от групата
Безработен, нерегистриран	515	57.7
Безработен, регистриран	51	5.7
Работещ, без договор	154	17.2
Работещ, пълен работен ден	113	12.7
Работещ, непълен работен ден	18	2.0
Учащ се	33	3.7
Пенсиониран по инвалидност	5	.6
Друго	4	.4
Общо	893	100.0

Всички тези цифри недвусмислено маркират тенденция към нарастваща маргинализация на употребяващите и задълбочаващото им отпадане от всички по-важни социални системи – образователна, здравна, трудова. Тази маргинализация в близко бъдеще ще мултиплицира здравните и социални проблеми, свързани с употребата на наркотици и все повече ще затруднява рехабилитацията и ресоциализацията на употребяващите. От гледна точка достъпа до лечение от наркотици, отпадането на ПУН от тези системи силно ограничава възможността им да получат такава, как и шанса им да се реинтегрират успешно след това в обществото като пълноценни индивиди.

МОДЕЛИ НА УПОТРЕБА НА ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА И РИСКОВИ ПРАКТИКИ

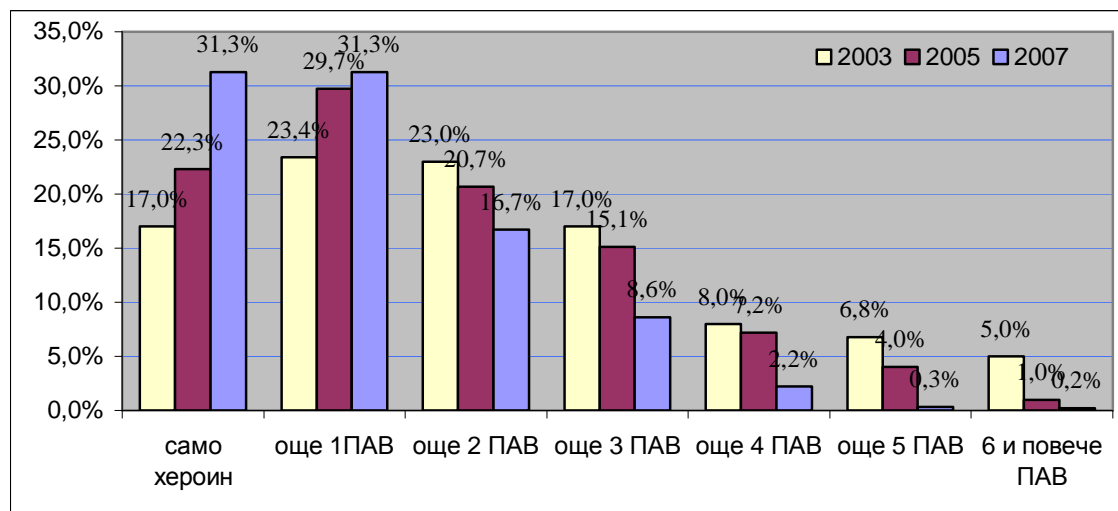
Съпоставката на употребата на ПАВ с данните от изследванията на Фондация “Инициатива за здраве” от 2003 и 2005 година, показват едно стабилизиране на модела на употреба през последните две години. Хероинът остава основно и предпочитано вещество, като при това употребата на другите ПАВ – кокаин, екстази, други опиати дори леко е намаляла (вж Фиг.6).

Фиг.6. Класация на ПАВ по честота на употреба през последния месец



Фиксираната в предишни изследвания полиупотреба продължава да се наблюдава широко в групата. Приблизително 70% от ПУН употребяват поне още едно вещество освен хероин. Въпреки това съпоставката с данните от предишните изследвания показва, че се наблюдава трайно завръщане на употребата основно и единствено на хероин (вж Фиг.7). При това делът на посочилите, че употребяват само хероин е нараснал с близо 10%. Тази тенденция може да се обясни главно с подобряването на качеството на хероина, който се предлага на улицата. Това води до отпадане на необходимостта употребяващите да търсят други заместители или “подобрители”.

Фиг.7. Полиупотреба на ПАВ.



Като второ предпочитано вещество най-често се посочва марихуаната, следвана веднага от амфетамините (вж Таблица 5). В този смисъл най-разпространеният модел на употреба е хероин и марихуана или хероин и амфетамини. В последния случай двете вещества най-често се приемат едновременно под формата на т.нар. “цигански спийд”.

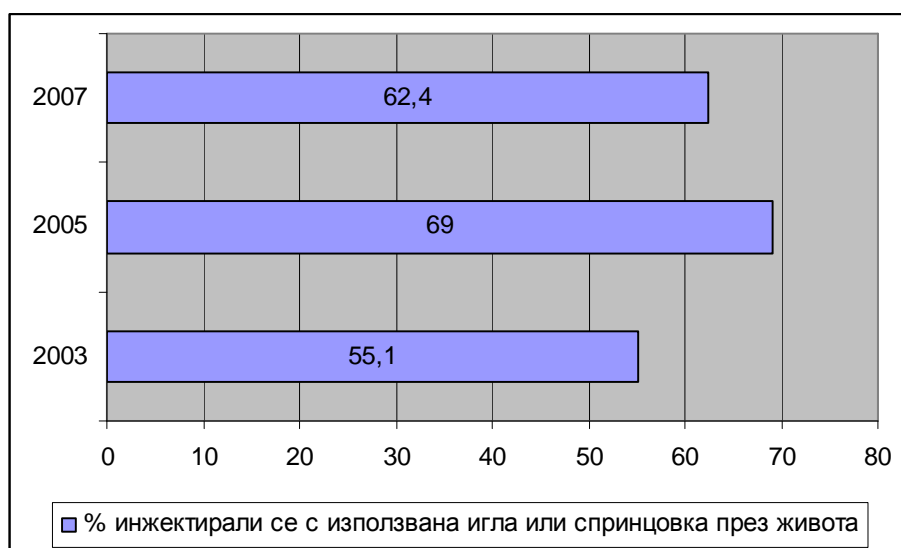
Таблица 5. Най-често употребявано ПАВ заедно с хероина

Второ вещество	% от употребяващите хероин
Марихуана	63,0%
Амфетамини	41,5%
Други опиати	17,0%
Кокаин	13,4%
Други	12,1%
Метадон	10,9%
Екстази	9,4%
Инхаланти	4,0%
Халюциногени	1,3%

Масовата употреба на две или повече вещества едновременно, която се налага през последните 4-5 години поставя истинско предизвикателство пред българската лечебна система. Полиупотребата поставя лекарите **нарколози** пред проблема да лекуват даден пациент не от зависимост към едно конкретно вещество, а от зависимости към няколко ПАВ едновременно. Още повече, че голяма част от съществуващите лечебни програми са насочени към лекуване на опиятни зависимости, докато данните показват, че проблемната употреба на стимуланти няколко години подред също запазва стабилни нива.

Наред с полиупотребата, рисковото поведение също продължава да буди основателна тревога. Данните от настоящото изследване ясно показват, че рисковите практики продължават да са широко разпространени – 62% от изследваните лица поне веднъж в живота си са се инжектирали с чужда игла или спринцовка, 74% са ползвали чужда капачка, филтър или вода, а 56% са си разделяли наркотик в използвана, обща спринцовка. Съпоставката с данни от предните две изследвания показва, че има леко намаление на употребата на чужди използвани инструменти за инжектиране, макар че като цяло делът на хората с рисковото поведение остава висок (вж Фиг. 8).

Фиг. 8. Рискови инжекционни практики – тенденции през последните четири години



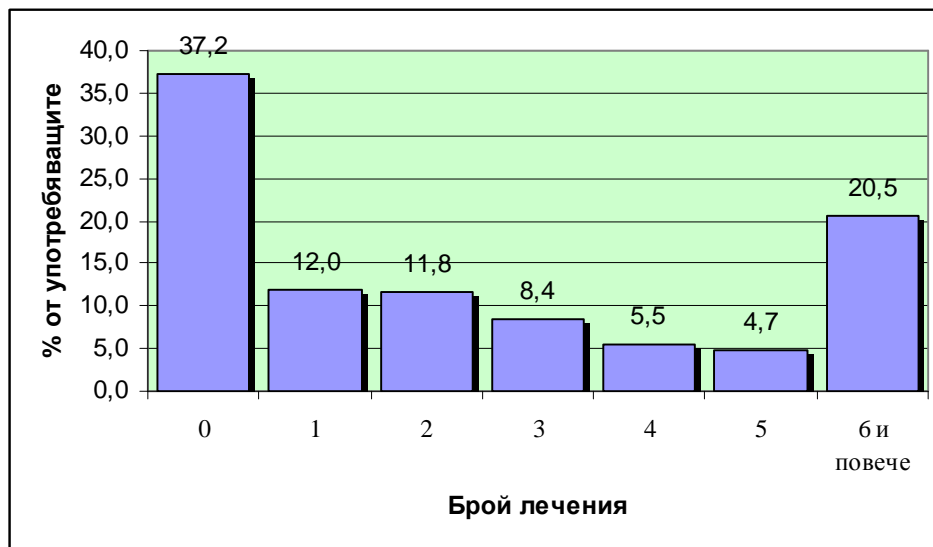
Тези данни ясно индикират рискът за здравната система, при недостатъчен достъп до лечение от наркомании за групата на употребяващите. Програмите за намаляване на щетите не могат сами по себе си да ограничат риска от разпространение на ХИВ и кръвнопреносими болести, без наличието на достатъчно и широко достъпни програми за лечение. Неслучайно броят на ХИВ позитивните ИУН продължава да нараства през последните години, въпреки развитието на съществуващите и разкриването на нови програми за обмен на игли и спринцовки в нови шест града в страната през последните три години.

ИСТОРИЯ НА ЛЕЧЕНИЕТО

Състоянието на системата за лечение на наркомании постоянно подлежи на мониторинг от страна на Националния фокусен център за борба с наркотиците и наркоманиите и освен това периодично става тема на обществено обсъждане. Въпреки това, малко са данните за това какво е реалното търсене и достъпа до лечение за ПУН на улицата. Става въпрос точно за тази група на употребяващите, които в момента активно употребяват наркотици. Настоящото изследване дава ценна информация именно в тази насока, доколкото в голямата си част публикуваните данни за търсенето на лечение от наркомании в България се отнасят за хора, които са влезли в досег със здравната система.

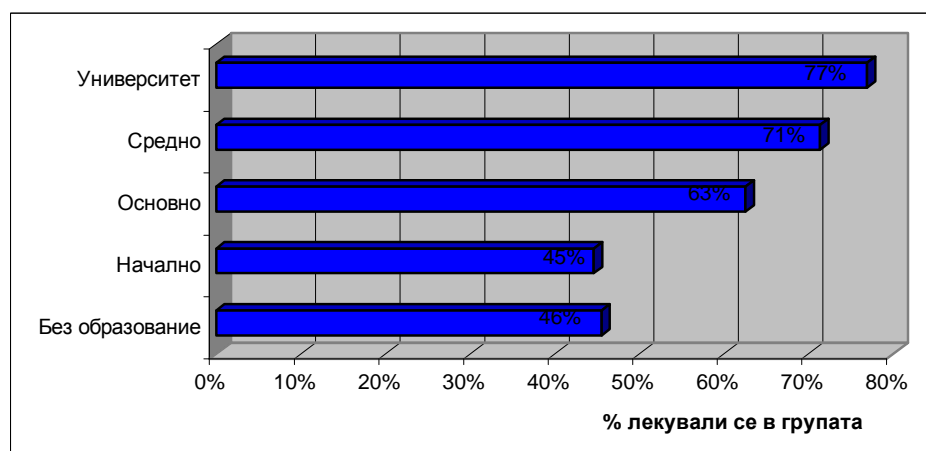
Получените данни от изследването показват, че приблизително 1/3 от употребяващите никога не са получавали лечение за проблеми с наркотици. Този факт не е неочакван, предвид това че една част от ПУН са започнали сравнително скоро и на този етап все още им липсва мотивация да търсят лечение от зависимостта. По-тревожният факт е, че приблизително половината от анкетираните респонденти посочват за преминали две или повече лечения в живота си, които очевидно са били неуспешни, защото те и в момента продължават да употребяват наркотици (вж Фиг.9). Средният брой преминали лечения през живота за групата като цяло е 3 (mean).

Фиг. 9. Брой лечения през живота поради проблеми с хероин



Анализът на данните за преминати лечения само през последните 12 месеца показва, че 62% не са се лекували, 25,2% са минали през 1 лечение, а 12,8% две или повече лечения. 85 % от лекувалите се през 2006 имат поне едно лечение преди това в живота си. Като основен фактор, който влияе върху преминаването на лечение сред ПУН се очертава образованието. С нарастването на образованието ясно нараства делът на преминалите лечение. Този факт подсказва как процесите на маргинализация в групата намаляват шансовете на ПУН въобще да получат лечение от наркомании.

Фиг. 10. Дял на лекувалите се в зависимост от завършеното образование.



Получените данни за преминалите лечение неминуемо поставят въпроса за това какъв е проблемът, че толкова голям процент от употребяващите минават през повече от две лечения и не могат да се справят с проблема си. Сам по себе си този факт дава ясен знак за ефективността на предлаганите услуги в страната като цяло.

Една част от отговора се крие в предлагането на лечение от наркомании в България. Срезът по отношение типовете лечебни програми, през които са преминали употребяващите през последните пет години разкрива, че половината от лекувалите са получили детоксификация в болнични или извънболнични условия (вж Таблица 6). Още около 1/5 са били на заместителна терапия. За сметка на това преминалите през рехабилитационни програми – дневни центрове и терапевтични общности са под 10%.

Таблица 6. Лекували се през последните пет години според типа лечение.

Тип лечение	Държавно	Частно	Общо
Детоксификация в болница	32,4 %	1,1%	33,5%
Извънболнична детоксификация	8,7%	10,5%	19,2%
Дневен център/ дневен стационар	2,8%	0,9%	3,7%
Терапевтична общност	-	6,5%	6,5%
Заместителна терапия	11,3%	10,1%	21,4%
Лечение с медикаменти (налтрексон)	4,4%	8,2%	12,6%
Друго	0,1%	0,2%	0,3%

Тази фрапираща разлика подсказва един от основните проблеми с лечението на наркомании в страната – акцента е преди всичко върху справянето с медицинските аспекти на проблема, докато има очевидна липса на рехабилитационни и ресоциализиращи програми. Наркоманиите за разлика от другите заболявания нанасят също толкова значими социални, колкото и здравни последици за индивида. Именно рехабилитационните програми са мостът, който позволява на употребяващите, след като са се справили с медицинските аспекти на своя проблем, успешно да се реинтегрират в обществото като пълноценни индивиди. Самите употребяващи споделят, че не абстиненцията и зависимостта

сама по себе си са пречка пред отказването на наркотиците за тях. Напротив тъкмо социалнопсихологическите аспекти на заболяването са по-трудни за преодоляване – изградените навици, нарушените социални връзки с родители, роднини и приятели, липсата на трудови умения и т.н.

Положителна тенденция е, че през последните две години нараства дялът на ПУН, получили лечение за наркомании. Ако в изследването на Фондация “Инициатива за здраве през 2005 година 47% от респондентите посочват, че са получили някакво лечение за последните пет години, то през 2007 този процент е вече 56,2%. Това може да се обясни с нарасналото предлагане на лечебни програми през последните две години. До голяма степен това нараснало предлагане е свързано с навлизането на частни алтернативи – частни метадонови програми, широкото навлизане на заместителна терапия със субститол и терапия с налтрексон.

Класацията на най-търсените типове лечения общо взето отговаря на предлаганото към момента в страната. С други думи употребяващите наркотици търсят това, което знаят, че могат да получат – т.е. структурата на предлагането задава структурата на търсенето (вж. Таблица 7). В най-честия случай това е детоксификация в болница или заместителна терапия. С малки изключения делът на потърсилите съвпада с този на получилите лечение. Този факт не бива да се тълкува в посока на това, че търсенето на лечение от зависими в България е изцяло покрито от наличните услуги. По-скоро в голямата си част употребяващите са демотивирани и не търсят лечение, а разчитат на самолечение или алтернативи извън страната.

Таблица 7. Потърсили и получили лечение през последните 12 месеца.

Тип лечение	Търсили	Получили
Детоксификация в болница	18,8%	17,9%
Извънболнична детоксификация	8,4%	8,2%
Дневен център/ дневен стационар	1,2%	0,8%
Терапевтична общност	3,7%	2,9%
Заместителна терапия	18,3	14,8%
Лечение с медикаменти (налтрексон)	5%	4,5%
Друго	0,3%	0,2%

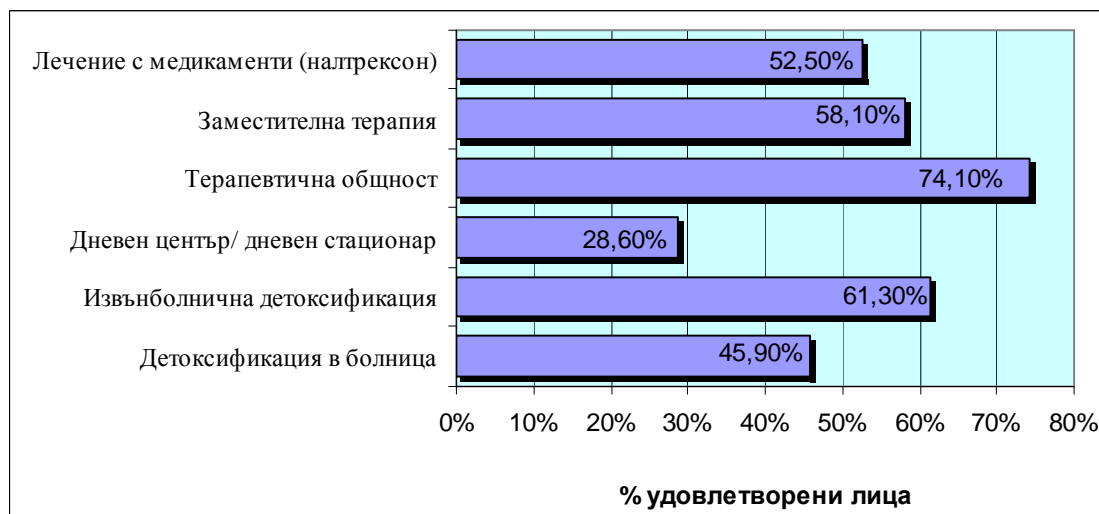
Съпоставката на потърсилите и получили лечение през последните 12 месеца ясно показва, че като най-трудно достъпни се очертават три типа услуги – дневния център, терапевтичните общности и заместителната терапия. На първо място е дневният център, при който една пета от потърсилите тази услуга не са я получили. Сред посочените причини са финансовите и липсата на свободни места. На второ място са терапевтичните общности, където малко под 1/5 от потърсилите този тип услуга не са я получили. Най-често причините са като горните – финансови и липса на места.

Третата трудно достъпна услуга е заместителната терапия. Въпреки няколко новостартирани метадонови програми 17% от потърсилите тази услуга не са я получили. Причините са многообразни – липса на чакащи, финансови, липса на свободни места, няма в населеното място). При останалите типове лечение делът на неполучилите услугата се движи в порядъка 3-9%, като посочваните причини са липса на здравни осигуровки, липса на документи, липса на услугата в населеното място, липса на места, лошо отношение на персонала).

Наред с ефективността на съществуващите лечебни програми, един от често дискутираните съпътстващи проблеми при лечението от наркомании е качеството. В това отношение ключов индикатор е удовлетвореността от услугата на самите ПУН. Данните показват, че респондентите са най-удовлетворени от три типа лечебни програми – терапевтични общности, извънболнична детоксификация и заместителна терапия (вж Фиг.11). Общото между тези три типа е, че в България

те са достъпни предимно като частни програми. Съществуващите държавно финансирани програми са без свободни места и съответно достъпа до тях е свързан със записване в листове на чакащи и т.н. От друга страна, разбираемо е защо удовлетвореността от частните програми е по-висока – тъй като там услугата е заплатена, обикновено тя е и на по-високо ниво. Показателен в това отношение е фактът, че детоксификацията в болница, която е преди всичко държавно финансирана услуга е предпоследна в класацията по ниво на удовлетвореност.

Фиг. 11. Обща удовлетвореност от различните типове лечение



При задълбочаване в аспектите на предлаганите типове лечения ясно се разкрива кои са най-честите източници на неудовлетвореност за употребяващите наркотици. На първо място те посочват липсата на информация за различни типове лечение (вж Таблица 8). Въпреки активното присъствие на темата в медиите и работата на множество граждански организации в тази посока, се оказва, че информацията реално не достига до тези, които най-много имат нужда от нея – самите употребяващи наркотици. В това отношение се очертава потребността от развиване на ефективно действащи центрове и програми за консултиране и насочване на употребяващите, както и от укрепване и доразвиване на капацитета на съществуващите такива.

Таблица 8. Йерархия на проблемните аспекти при лечението от наркомании.

Аспекти на лечението	Ниво на неудовлетвореност
Налична информация	46,3%
Финансова достъпност	39%
Ефективност	34,1%
Местоположение	28,4%
Материална база	23,8%
Дружелюбност на персонала	17,3%

Като втори аспект, който най-често се посочва като източник на неудовлетвореност се очертава финансовата достъпност. Факт е, че въпреки наблюдаваното нарастване на предлагането на възможности за лечение на наркомании, това нарастване се дължи основно на частните практики и програми. Като цяло държавата се е оттеглила от този здравен сектор, а наличните частни алтернативи се явяват в много от случаите неспособни за употребяващите наркотици. Още повече като се има предвид изложението по-горе факт, че над 50% от тях са безработни, а около 60% нямат здравни осигуровки. В това отношение все по-остро се чувства необходимостта от разкриване на нови държавни и общински програми за лечение на наркомании.

Третият най-често посочван аспект на лечението, който е източник на неудовлетворение у употребяващите е ефективността на лечението (вж Таблица 8). Този проблем до голяма степен е свързан с диспропорциите в предлаганите типове лечение. Липсата на достатъчно рехабилитационни програми в повечето случаи лишава употребяващия от възможността ефективно да се справи с проблема си и той впоследствие отново се връща към употребата на наркотици. Това води до преживяването, че лечението като цяло е неефективно. В тази насока, освен разкриването на нови рехабилитационни програми в страната има допълнителна необходимост от предоставяне на една по-комплексна услуга, която не свършва с кратка детоксификация, а дава възможност на лекувания се ефективно да извърви целия път до справянето с проблема.

Разбира се при различните типове лечения, различни аспекти се оценяват като най-неудовлетворителни (вж Таблица 9). Така например при детоксификация в болница това е материалната база. При лечението с налтрексон, заместителната

терапия и извънболничната детоксификация това е финансовата достъпност. При дневните центрове и терапевтичните общности най-често посочван източник на неудовлетвореност е липсата на информация за този тип услуга.

Таблица 9. Нива на неудовлетвореност от различни аспекти на лечението

Тип лечение	Дружелюбност	Местоположение	Ефикасност	Финансова достъпност	Материална база	Налична информация
Детоксификация в болница	35,5%	29,9%	47,1%	14%	52,9%	32,5%
Извънболнична детоксификация	10,1%	18,8%	39,1%	62,3%	11,6%	37,7%
Дневен център	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	50%	83,3%
Терапевтична общност	6,5%	32,3%	16,1%	19,4%	3,2%	45,2%
Заместителна терапия	22,6%	29,3%	23,3%	48,9%	15,8%	39,8%
Лечение с медикаменти	12,1%	27,3%	45,5%	72,7%	9,1%	39,4%

НАГЛАСИ ЗА ТЪРСЕНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ И БАРИЕРИ ЗА ДОСТЪП

Предвид очертаните дисбаланси и проблеми свързани с търсенето и предлагането на лечение от наркомании, не е учудващ фактът, че само 41% от респондентите са заявили намерение да потърсят лечение в най-скоро време. Нагласите за търсене на лечение до голяма степен следват предлагането към момента в страната. Единственото по-голямо различие се наблюдава при нагласите за търсене на заместителна терапия, които са по-големи от тези за търсене на детоксификация в болница (вж Таблица 10). В този смисъл въпреки стартирането на четири нови метадонови програми в страната през последните три години все още има незадоволено търсене на такъв тип лечение в страната. Още повече, че две от новите програми стартираха в София и само две в страната.

Таблица 10. Нагласи за търсене на лечение.

Възнамерявам да потърся следните услуги/лечения	Брой лица	Процент от отговорите	Процент от търсещите
Заместителна терапия (метадон, субститол)	168	25.9%	46.0%
Детоксификация в болница	143	22.1%	39.2%
Извънболнична детоксификация	87	13.4%	23.8%
Терапевтична общност	70	10.8%	19.2%
Лечение с налтрексон или др. медикаменти	68	10.5%	18.6%
Дневен център / Дневен стационар	36	5.6%	9.9%
Друго	76	11.7%	20.8%

Данните показват, че преминалите някакво лечение са по-склонни да търсят такова в близко бъдеще в сравнение с тези, които никога не са се лекували – 47% от лекувалите се срещу само 31% от нелекувалите се възнамеряват да търсят лечение. Това различие е нормално предвид факта, че у лекувалите се поне веднъж вече е налице осъзната необходимост да спрат употребата на наркотици, докато за по-голямата част от нелекувалите се това не е така.

Като се има предвид високият дял на ПУН, които нямат намерение да търсят лечение в близко бъдеще, възниква въпросът – кои са бариерите, ограничаващи достъпа на групата до лечение от наркомании. Данните от настоящото изследване извеждат няколко основни типа бариери – убеждението “Лечението не помага”, лечението е скъпо, персоналът е недружелюбен, няма в населеното място, лист на чакащи и т.н. (вж. Таблица 11).

Таблица 11. Най-често посочвани бариери при търсенето на лечение от наркомании.

Посочени причини, които биха могли да спрат употребяващите да търсят или получат лечение от зависимостта	Брой отговори	Процент от отговорите
Лечението не помага	1310	24,8%
Лечението е скъпо	738	14,0%
Персоналът не е дружелюбен	579	11,0%
Няма в населеното място	529	10,0%
Липса на мотивация за лечение	439	8,3%
Липсва информация къде и как да намериш	361	6,8%
Лош предишен опит с даден тип лечение	348	6,6%
Липса на изискваните документи	261	4,9%
Лист на чакащи за приемане	187	3,5%
Прекалена отдалеченост	156	3,0%
Притесняват се от регистриране	152	2,9%

По принцип, отговорът “Лечението не помага” е труден за интерпретиране, тъй като отразява едно субективно убеждение. До известна степен самите ПУН не са мотивирани в достатъчна степен да търсят лечение и да спрат употребата на наркотици и тази нагласа е оправдание за това, че не предприемат нищо в тази насока. От друга страна, широкото ѝ разпространение в групата несъмнено отразява оценката на потребителите преминали през системата, без да се справят с проблема си. В това отношение, нивото на удовлетвореност от ефективността (1/3 от употребяващите посочват, че не са удовлетворени от ефективността на лечението, което са преминали) на отделните типове лечение също подкрепя една такава теза. Тезата се потвърждава и от съпоставката на посочените бариери при преминали и непреминали лечение (вж Таблица 12). Ясно се вижда, че това убеждение е най-често посочваната причина да не се търси лечение, както при едната, така и при другата група.

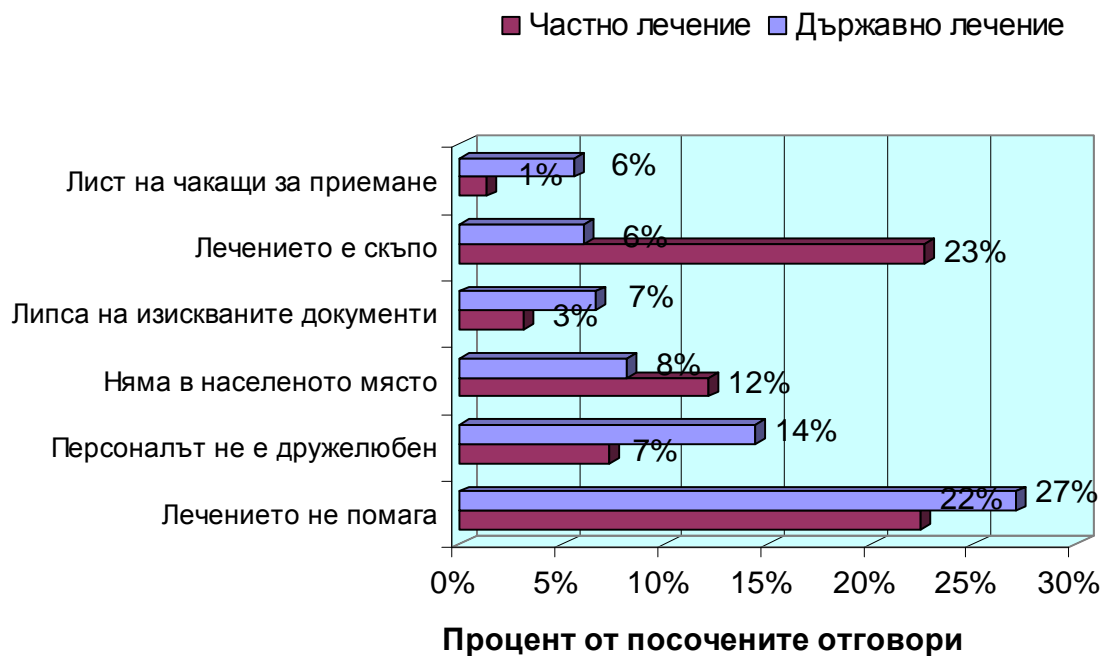
Таблица 12. Сравнителни данни за посочените бариери при преминали / непреминали лечение

Посочени причини	Лекувал се	Нелекувал се
Лечението не помага	20,3%	33,4%
Лечението е скъпо	15,2%	11,7%
Персоналът е недружелюбен	12,8%	7,5%
Лош предишен опит	8,1%	3,7%
Липса на мотивация за лечение	7,2%	10,5%

Тази съпоставка показва основният механизъм, който демотивира групата като цяло да не търси лечение. Опитът на преминалите лечение със съществуващата здравна система не остава на ниво индивид, а е споделен и действа като спирачка за цялата група. При това този споделен опит има по-силно демотивиращо действие именно върху тези употребяващи, които никога не са се лекували.

Втората най-често посочвана причина е финансовата (вж Таблица 11). В някакъв смисъл тя се отнася преди всичко за съществуващите частни алтернативи, доколкото към момента има недостатъчно предлагане на държавно финансирани програми. В подкрепа на този факт е съпоставката на бариерите пред достъпа до държавни и частни програми – при държавните програми само 6% от посочените отговори са “Лечението е скъпо, докато при частните този процент е 23% (вж Фиг. 12). Този факт още веднъж подчертава потребността от достатъчно държавни и общински програми за лечение на наркомании, тъй като не е висок делът на ПУН, които могат да си позволят сами да заплатят такова лечение. Въпреки това все още има търсене и за частни програми за лечение, доколкото 12% от посочените бариери за достъп при частните програми са “Няма в населеното място”.

Фиг. 12. Основни различия при бариерите за достъп до държавно и частно лечение



Огледалният проблем при държавните програми е по-лошото качество на обслужването. Недружелюбността на персонала е третата най-често посочвана пречка пред достъпа до лечение от наркомании (вж Таблица 11). Освен това, тя е два пъти по-често е посочвана като бариера при държавните програми в сравнение с частните (вж Фиг.12). При държавните програми недружелюбността често се поставя наравно с проблемите с документите, т.е бюрократичните трудности свързани с влизането в такава лечебна програма.

Таблица 13. Липсата на лечебни програми в населеното място като бариера пред достъпа

Тип лечение	% посочили тази бариера
Детоксификация в болница	2,2%
Извънболнична детоксификация държавна	3,1%
Извънболнична детоксификация частна	4,7%
Дневен център - държавен	8,7%
Дневен център - частен	8,8%
Терапевтична общност	8,1%
Заместителна терапия - държавна	7,3%
Заместителна терапия - частна	7,5%
Лечение с налтрексон - държавно	3,6%
Лечение с налтрексон - частно	5,2%

За голяма част от градовете в страната голям проблем остава и липсата на лечебни програми в населеното място – както държавни, така и частни (вж . Таблица 13). Този проблем е особено остър по отношение на три типа лечения – заместителната терапия, терапевтичните общности и дневните центрове. Дори когато такива програми съществуват в съседни населени места, допълнителните разходи свързани с пътуването много често го правят непосилно скъпо за ПУН. В това отношение определено е налице нуждата от децентрализиране на лечебните програми и развитието на нови такива и в останалите градове освен София, Пловдив и Варна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ситуацията в България към момента показва спад в употребата на хероин и нарастване на средната възраст на проблемно употребяващите наркотици. Същевременно групата на проблемно употребяващите наркотици все повече се маргинализира – нараства делът на хората без здравни осигуровки, половината от групата са безработни и са прекъснали средното си образование.

Същевременно тази група остава в особено голям здравен риск – над половината ПУН споделят, че поне веднъж живота си са имали рисково

инжекционно поведение. Неслучайно според данните на програма “Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” към Министерство на здравеопазването през последните три години непрекъснато нараства броя на серопозитивните ПУН. Освен това данните на НФЦНН за периода 2001-2005 показват тройно увеличение на смъртните случаи свързани с наркотици.

На фона на тези тревожни тенденции една от най-важните политики за ограничаване употребата на наркотици – лечението от наркомании продължава да бъде недостатъчно достъпно и ефективно. Голямата част от ПУН са преминали през 3 или 4 лечения, без да спрат употребата на наркотици. Анализът на данните в рамките на това изследване идентифицира няколко основни проблема и бариери, които обясняват защо се наблюдава това:

1. Голямата част от предлаганите програми се оценяват като неефективни от употребяващите наркотици и това ги демотивира да търсят лечение. До голяма степен това се дължи на факта, че детоксификацията или заместителната терапия не се съчетават с последващи рехабилитационни и ресоциализиращи програми, които да помогнат на лекувания се да извърви целия път до стабилизиране и успешно реинтегриране в обществото. Поради това той приключва с лечението и след това често се връща към употребата отново.
2. Недостатъчно предлагане на рехабилитационни и ресоциализиращи програми – основната част от лечебните програми, които се предлагат в момента в страната са детоксификация и заместителна терапия.
3. Въпреки наличието на определени лечебни програми (например заместителна терапия, терапевтични общности, лечение с налтрексон) – голямата част от тях са частни и поради това финансово недостъпни за повечето употребяващи.
4. Голяма част от предлаганите лечебни програми са съсредоточени в София и донякъде във Варна и Пловдив. В останалите градове в страната такива програми липсват и това е основната бариера за ПУН в тези градове да получат лечение.
5. Държавните програми отблъскват употребяващите поради лошото качество на обслужването - персоналет е недружелюбен към тях и влизането в тези

програми е свързан с редица бюрократични трудности – събиране на редица документи и т.н.

В това отношение могат да се отправят няколко препоръки, относно най-наложителните стъпки за подобряване на настоящото положение. На първо място да се осигури адекватно финансиране на Националната стратегия за борба с наркотиците и най-вече на мерките насочени към разкриване на нови лечебни и рехабилитационни програми. По възможност, при разкриването на нови програми да се следва принципа на децентрализация, т.е. да се разкриват програми във всички големи градове, а не само в малък избран брой населени места (като София, Пловдив и Варна). Да се инвестира допълнително в обучението и заплащането на лекарите, за да се повиши качеството на обслужването. Предизвикателство в тази насока остава наложилият се модел на полиупотреба на ПАВ, който поставя пред изпитание традиционните методи на лечение на наркоманиите. Необходимо е и да се работи по развитието на комплексна мрежа от услуги в лечението на наркомании. Така с влизането на ПУН в системата за лечение да се гарантира, че той няма да отпадне още след първия етап (напр. детоксификация), а ще бъде поет от рехабилитационни и ресоциализиращи програми, които да му помогнат реално да се стабилизира и реинтегрира в обществото.