

На основу члана 45. став 1. Закона о Влади („Службени гласник РС”, бр. 55/05 и 71/05 – исправка),

Влада доноси

СТРАТЕГИЈУ РАЗВОЈА ЗАШТИТЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

1. УВОД

Регионална изјава о визији менталног здравља, договорена од стране представника осам земаља Југоисточне Европе (Бугарска, Румунија, Молдавија, Албанија, Хрватска, Босна и Херцеговина, Србија и Црна Гора, Бивша Југословенска Република Македонија) у Синаји, септембра 2003. године и допуњена у Љубљани новембра 2003. године – гласи:

Имајући у виду следеће:

1.1 ментално здравље је и даље често посматрано као ниски приоритет од стране влада и заједница;

1.2 у многим областима руковођење организацијом у менталног здравља је ограничено а ресурси су неадекватни;

1.3 доминантна култура занемаривања и изопштавања људи са менталним болестима опстаје, највише изражена у настављању постојања великих установа за ментално здравље, које не успевају да задовоље потребе и у кршењу права људи са менталним болестима;

1.4 иницијатива за реформу заштите менталног здравља у региону Југоисточне Европе (ЈИЕ) развила се као одговор на нарастајуће схватање озбиљних и комплексних проблема у области менталног здравља у земљама и у земљама које су у транзицији;

1.5 пројекат менталног здравља ЈИЕ један је од седам јавно здравствених пројеката, договорених на историјском политичком састанку министара здравља региона у Дубровнику, септембра 2001. године;

1.6 у току протекле две године пројекат се развио у кључну регионалну иницијативу која промовише и доприноси повећању разумевања, сарадње и помирења на нивоу земаља, региона и на међународном нивоу.

Ова заједничка изјава

1. донета је од стране осам представника земаља које учествују у Пројекту менталног здравља ЈИЕ Јачање социјалне кохезије кроз интензивирање служби менталног здравља у заједници у Албанији, Босни и Херцеговини, Бугарској, Хрватској, Молдавији, Румунији, Србији и Црној Гори и Бившој Југословенској Републици Македонији.
2. представља заједничку визију политике за ментално здравље и реформу служби унутар региона ЈИЕ која одражава регионални контекст унутар којег се реформе дешавају.

3. позива на трајну акцију у циљу обезбеђивања следећег:

3.1 Системи заштите менталног здравља у региону морају штитити људска права и ефикасно реаговати на индивидуалне и друштвене последице катастрофичних догађаја и разарања друштва, посебно код вулнерабилних група као што су деца и млади људи, жене и старије особе.

3.2 Ментално здравље је национални капитал и представља интегрални део индивидуалног здравља и добробити, као и здравља и добробити заједнице, њеног развоја и обнове. Квалитетна заштита менталног здравља је легитимно људско право.

3.3 Неопходно је да се развију и спроведу свеобухватни системи заштите менталног здравља који су засновани на доказима, који су делотворни, прихватљиви и одрживи.

3.4 Системи заштите менталног здравља морају покрити спектар потреба у менталном здрављу - од унапређења менталног здравља и иницијатива у превенцији менталних болести, до опоравка и превенције њиховог погоршања.

3.5 Старомодне психијатријске установе морају бити смањене и затворене.

3.6 Неопходан је развој ефикасног руковођења и партнерске акције од стране влада, релевантних стручних дисциплина, удружења корисника или пружаоца неге, као и удружења.

3.7 Владе морају осигурати да системи менталног здравља буду адекватно подржани и финансијски и у људским ресурсима.

Рад Пакта за стабилност у подручју менталног здравља дешава се унутар договореног радног оквира за кооперативну акцију широм региона. Свеобухватна процена предузета као део Пројекта осветљава потребу за променом и представља катализатор реформе. Овај Пројект обезбеђује примере најбоље праксе у иницијативама за реформе менталног здравља, укључујући развој политике менталног здравља, законодавства, менталног здравља у локалној самоуправи и обуке.

Ментално здравље се тиче свих. Сада је време за реформу менталног здравља. Инвестирање у ментално здравље основа је за социјални и економски развој. Уз постојеће ресурсе потребни су нови да би се подржао процес реформи, посебно успостављање даљег развоја лечења и заштите менталног здравља у заједници.

(Потписници регионалне изјаве: Менаџери пројекта Пакта стабилности, национални експерти и представници канцеларија Светске здравствене организације - СЗО)

Ментално здравље је национални капитал

Према „Извештају о светском здрављу Светске здравствене организације из 2001. године” процењује се да данас око 450 милиона људи пати од менталних поремећаја и поремећаја понашања или од психосоцијалних проблема, као што су они везани за злоупотребу алкохола или дрога. Многи од њих пате тихо и сами, искључени из својих породица и социјалног окружења.

Депресија представља главни узрок глобалне инвалидности и налази се на четвртм месту глобалног терета болести. Процењује се да је 70 милиона људи у свету зависно од алкохола, да око 50 милиона има епилепсију, а 24 милиона шизофренију (у свим срединама света, развијеним и неразвијеним, што чини око 1% становништва). Милион људи изврши самоубиство сваке године, а 10-20 милиона покушава да се убије. Не сме се занемарити ни велики број особа које имају неки облик душевне заосталости.

Сматра се да ће свака четврта особа у неком периоду свог живота бити погођена неким менталним поремећајем. Због свега тога, превенција менталних поремећаја и

унапређење менталног здравља од кључног је значаја за сваку заједницу.

Ментални поремећаји утичу на функционисање јединке и узрокују не само емоционалну патњу него и смањење квалитета живота, отуђеност, стигму и дискриминацију. Њихов утицај протеже се на читаву заједницу и представља огроман економски и социјални терет. Ментални поремећаји су често повезани са дуготрајним лечењем, одсуствовањем са посла, незапосленост и смањењем продуктивности, што све утиче на емоционално и економско стање чланова породице који негују оболеле, као и на повећање трошкова заједнице.

Да би се смањио терет менталних поремећаја неопходно је да се већа пажња посвети превенцији и унапређењу менталног здравља у оквиру националне политике, законодавства, доношења одлука и додељивања средстава.

Ментално здравље је национални капитал и пресудно је за свеобухватно благостање особа, друштава и држава и представља национални капитал. Зато заштита менталног здравља мора представљати неопходан и значајан аспект свеукупног система здравствене заштите, односно јавног здравља.

Заштита менталног здравља и реформа психијатријских служби захтева развијање партнерства и међусекторску сарадњу уз укључивање удружења, Министарства просвете и спорта, Министарства рада, запошљавања и социјалне политике, Министарства правде, Министарства финансија, локалне самоуправе и медија.

Процедура припреме Стратегије

Овај документ је производ рада експерата Националне комисије за ментално здравље (НКМЗ), установљене у јануару 2003. године од стране Министарства здравља Републике Србије. Документ представља део активности у оквиру регионалног пројекта Пакта за стабилност Југоисточне Европе "Јачање социјалне кохезије преко интензивирања служби за ментално здравље у заједници".

Припрема овог документа урађена је кроз активности Националне комисије за ментално здравље - НКМЗ које су започете после политичких промена у земљи и после процене и анализе служби за ментално здравље, праксе и законодавног оквира за заштиту особа са проблемима менталног здравља.

Нацрт стратегије приказан је на семинарима организованим у 16 градова Републике Србије у току 2003-2004. године, као и на техничким семинарима у оквиру Пакта стабилности Југоисточне Европе који су организовани у различитим земљама. Приказана је и на Форуму о реформи заштите менталног здравља који је под покровитељством Министарства здравља организовао Институт за ментално здравље 13-14. априла 2005. године.

Стратегија развоја заштите менталног здравља (у даљем тексту: Стратегија) сачињена је у сагласности са следећим документима и изворима:

1. Упитник за Студију стратегије из области менталног здравља и законодавства за Србију и Црну Гору и евалуација Упитника (Национална комисија за ментално здравље Министарства здравља Републике Србије, новембар 2003, Београд).

2. Светска здравствена организација: Извештај о светском здрављу 2001 - Ментално здравље – ново разумевање, нова нада. СЗО Женева, 2001(у преводу на српски језик издато од стране Института за ментално здравље, Београд, 2003).

3. Светска здравствена организација: Пакет - водич политика и служби за ментално здравље: Политика из области менталног здравља, планови и програми. СЗО, Женева, 2003.

4. **Превенција и промоција у менталном здрављу. СЗО, 2002.**
5. **СЗО - Ментално здравље: Одговор на позив на акцију, Женева, 13-18 Мај 2002.**
6. Лечић-Тошевски Д, Драганић-Гајић С, Искуства Србије у области менталног здравља (Eds. J.J.Lopez-Ibor, М. Мај, G.N. Christodoulou, N. Sartorius, A. Okasha). John Wiley & Sons, pp. 247-255.
7. Лечић-Тошевски Д, Христодулу Н, Хосман Ц, Џенкинс Р, Њутн Ц, Рајкумар С, Шмолке, М., Херман, Х, Саксена С, (Изјава сагласности о психијатријској превенцији) - припремљено од стране Секције за превентивну психијатрију Светске психијатријске асоцијације (СПА) и прихваћено од стране Генералне скупштине СПА у Јокохами, Јапан, августа 2002. *Dynamische Psychiatrie* (Динамска Психијатрија), 2003, 36, 5-6, 307-315.
8. **Министарство здравља: Боље здравље за све у трећем миленијуму – Здравствена политика, визија система здравствене заштите у Републици Србији, стратегија и акциони план реформе система здравствене заштите у Републици Србији – радна верзија, Београд, 2003.**
9. Извештај радне групе СЗО. Preventing disability in the elderly. Euro Reports and Studies 65, Regional office for Europe, WHO, Copenhagen 1988.
10. Милићевић-Калашић А. Неуропсихијатријски поремећаји у старих особа на кућном лечењу и нези. Докторска дисертација. Медицински факултет у Београду, Београд 2003.
11. **Consensus Statement – Psychiatric services focused on a community: Challenges for the training of future psychiatrists. Document of the 12th Congress of the Association of European Psychiatrists, Geneva, 14-17 April 2004.**

2. ПРОФИЛ ЗЕМЉЕ

2.1. ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

У Републици Србији без података за АП Косово и Метохија, према попису становништва из 2002. године, живи укупно 7.498.000 становника. Процењује се да је број становништва са подацима за АП Косово и Метохијом за два милиона већи, што се не може поуздано утврдити, јер од 1991. године у АП Косово и Метохија није спроведен попис становништва.

После октобра 2000. године Република Србија се налази у процесу транзиције према стварној парламентарној демократији и тржишној економији. У последњој деценији (1990-2000), била је изложена грађанском рату у окружењу, распаду бивше државе СФРЈ, као и НАТО бомбардовању које је трајало 11 недеља 1999. године. Као последица ових догађаја, у Републици Србији борави око 500.000 избеглица и интерно расљених лица. Последња деценија била је обележена и међународним економским санкцијама УН које су трајале три и по године. У свему овоме и систем за заштиту менталног здравља био је посебно погођен - смањен је свеукупни квалитет служби, највише као последица неадекватних материјалних прихода.

2.2. ЕКОНОМСКА СИТУАЦИЈА

Економска ситуација укратко се може описати следећим индикаторима: бруто

национални доходак (БНД) по глави становника (УС\$) -1.400¹; национални дуг (УС\$)¹ - 9.000.000.000; проценат БНД који се троши на здравствену заштиту² - 5.1. Према подацима УН³ у 2002. години 29.0% опште популације било је незапослено.

Према подацима у Меморандуму о буџету и економској и фискалној политици за 2007. годину бруто домаћи производ (БДП) по глави становника у 2005. години износио је 3.525 УС долара, спољни дуг Републике Србије износио је око 15.5 милијарди УС долара, док је из буџета Републике Србије за здравство издвојено 6.1% БДП-а. У истом периоду је незапосленост износила 20.8%.

2.3. СТАЊЕ СЛУЖБИ И КАДРОВА

У Републици Србији има 46 стационарних психијатријских установа (специјализоване болнице, психијатријски институти, психијатријске клинике, клинике за дечију и адолесцентну психијатрију и психијатријска одељења у општим болницама). У општинским домовима здравља постоји 71 амбулантна служба. У сектору менталног здравља има укупно 6.247 кревета, при чему се око 50% тих кревета налази у великим психијатријским болницама. Укупан број пријема у 2002. години био је 5.833.

Стање људских (професионалних) ресурса је следеће: на 100.000 становника има 2.7 психијатара, 9.93 неуропсихијатара, 2.3 психолога, 1.57 социјаних радника и 21.55 медицинских сестара и техничара. Укупан број психијатара (неуропсихијатара) је 947 (у Београду 336). Треба нагласити, међутим, да се неуропсихијатри не баве искључиво особама са менталним поремећајима, већ су често укључени у лечење пацијента са неуролошким проблемима, нарочито у унутрашности. Неретко и нису вољни да се баве особама са менталним поремећајима нити имају довољно знања за њихово лечење.

2.3. 1. Предности садашње организације заштите менталног здравља у Републици Србији

а) Равномерна територијална покривеност стационарним психијатријским службама (посебно истичемо важност постојања психијатријских постеља - одељења у општим болницама).

б) Релативно добро образован стручни кадар.

ц) Мали проценат институционализованих пацијентата (у поређењу са другим европским земљама), у тренутку отпочињања реформе у области заштите менталног здравља.

д) Постојање психијатријских служби на нивоу примарне здравствене заштите.

е) Релативно добра развијеност психосоцијалне оријентације у заштити менталног здравља, са дневним болницама и клиникама у већини великих градова у Републици Србији.

ф) Постојање психосоцијалних програма разних удружења.

2.3.2. Недостаци садашње организације заштите менталног здравља

а) Лекари опште медицине на нивоу примарне заштите немају довољно знања и вештина из психијатрије и заштите менталног здравља. Услед тога често нису у

¹ Извор: Удружење банака

² Исти извор

³ UN Country Team: Common Assessment of Situation for Serbia and Montenegro, Belgrade, 2003 (Тим УН за земљу: Заједничка процена ситуације за Србију и Црну Гору, Београд, 2003)

могућности да адекватно дијагностикују, лече и упуте пацијенте тако да постоји тенденција њиховог претераног ослањања на службе секундарне и терцијарне заштите менталног здравља. Сарадња секундарних и терцијарних служби са примарном здравственом заштитом је неадекватна. Само 39% особа са менталним поремећајима обраћа се лекарима примарне здравствене заштите, пре консултовања других нивоа.

б) Велике психијатријске болнице представљају азиле за хроничне психијатријске и ментално ретардиране пацијенте. Већина ових пацијената је годинама институционализована, најчешће због социјалних разлога. Болнице су пренатрпане, у лошим материјалним условима, са недовољно особља, а третман често не следи принципе савремене психијатрије. Поштовање људских права пацијената није увек загарантовано.

в) Не заступа се принцип територијалне заштите менталног здравља (пацијенти се шаљу у удаљене градове на лечење, уместо близу свог места боравка). Избор лекара често је последица репутације установе или појединаца (ово је тзв. “отворени” приступ, који је у развијеним земљама превазиђен јер се оне стриктно ослањају на територијални приступ.

г) Сарадња између психијатријских институција као и између психијатријских институција и институција социјалне заштите, која је неопходна за налажење адекватних решења по питању смештаја, третмана и континуране неге ментално оболелих особа, није увек добра.

д) Одсуство центара за заштиту менталног здравља у локалној заједници и других нестационарних психијатријских служби у заједници (службе за рехабилитацију и професионалну оријентацију).

ђ) Едукација студената медицине и специјализација будућих психијатара није у складу са потребама савремене заштите менталног здравља, као ни са принципима превенције и унапређења менталног здравља.

е) Недовољно је развијено истраживање (нарочито недостају епидемиолошке студије).

ж) Недостатак координације психосоцијалних програма разних невладиних организација.

з) Пацијенти (корисници) морају бити укључени у процес заштите менталног здравља. У нашој земљи не постоје удружења пацијената који болују од хроничних менталних поремећаја и неопходно је да се она оснују. Постоје, међутим, клубови лечених алкохоличара и зависника (у Институту за ментално здравље у Београду и још неким центрима).

и) Апатија кадрова а често и синдром сагоревања, због пролонгираног, хроничног стреса и тешких услова за рад.

ј) Распрострањена стигма везана за менталне поремећаје. Овоме значајно доприноси и сензационалистички приступ медија и неадекватно информисање јавности.

к) Неразвијен информациони систем за регистровање и праћење менталних поремећаја, штоп узрокује проблем континуираног надгледања типова и преваленције менталних поремећаја у друштву. Ово отежава планирање програма за превенцију и лечење менталних поремећаја.

л) Недовољно средстава која се додељује за заштиту менталног здравља из буџета Републике Србије.

2.3.3. Карактеристике менталног здравља грађана Републике Србије

а) Ментално здравље становништва нарушено је последњих година. Према подацима Института за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић-Батут”, према броју дијагностикованих случајева менталних поремећаја и поремећаја понашања (Ф00-Ф99) у сталном је порасту у периоду од 1999-2002. године од 271.944 (1999. године) до 309.281 (2002.године). Тако се ови поремећаји сада налазе на другом месту највећих здравствених проблема становништва (после кардиоваскуларних поремећаја).

б) Пораст непсихотичних поремећаја везаних за стрес, што је последица катастрофичних догађаја којима је становништво било изложено у последњој деценији XX века (ратови у региону; хиперинфлација 1993. године; санкције уведене према земљи од стране УН које су трајале три и по године; НАТО бомбардовање 1999. године које је трајало 11 недеља; социјална транзиција, финансијска криза и висока стопа незапослености). Ови догађаји довели су до несигурности, страха, сиромаштва, депривације и дехуманизације грађана. Многи школовани млади људи (око 300.000) напустили су земљу и живе у добровољном избеглиштву у другим земљама.

в) Поремећаји везани за стрес нису једина последица катастрофичних година. Други поремећаји су, такође, у порасту: депресија, број самоубиства, злоупотреба психоактивних супстанци, психосоматски поремећаји, делинквенција и насиље су у екстремном порасту; повећан је морбидитет и смртност у млађим годинама. Синдром изгарања међу лекарима је, такође, чест.

3. ВИЗИЈЕ, ВРЕДНОСТИ, ПРИНЦИПИ И ЦИЉЕВИ

3.1. Визија

Ментално здравље представља национални капитал и као такво мора бити унапређивано заједничким напорима целокупне заједнице и свих заинтересованих, укључујући и пацијенте (кориснике), њихова удружења и породичне групе.

Реформа у области менталног здравља започета је у контексту политичких промена у земљи и у будућности мора бити равноправан део целокупних реформи у области здравства. Она се мора ослањати на постојећи систем заштите здравља и мора бити постигнута у складу са међународним искуствима и стандардима, у сарадњи са стручњацима у региону и разменом искустава са земљама у транзицији.

Реформа у области менталног здравља треба да промовише службе у заједници које нису дискриминишуће, лако су доступне и чији рад (терапијски и превентивни) је заснован на доказима и вредностима. Конвенционални приступ заснован на лечењу болести треба да буде проширен на свеобухватни, мултидимензионални приступ менталном здрављу и менталним поремећајима. Реформа у области менталног здравља треба да буде подржана променама у законодавству које се посебно односе на заштиту права и потреба особа са менталним проблемима и реалним оснажењем оних који планирају службе у области менталног здравља. У разрађивању реформи стручњаци за ментално здравље морају сарађивати са стручњацима који се баве реформом здравља у целини.

3.2. ВРЕДНОСТИ И ПРИНЦИПИ

Заштита менталног здравља

- Службе менталног здравља треба да пруже савремено, свеобухватно лечење које подразумева био-психо-социјални приступ, и које треба да се одвија у заједници, што је могуће ближе породици оболеле особе.

- Заштита менталног здравља мора укључити примарну здравствену заштиту; лекари опште медицине морају бити подржани у знању и ресурсима како би били у стању да одговоре потребама особа са менталним проблемима.

- Психотропни лекови треба да буду доступни особама са менталним поремећајима на свим нивоима лечења.

Превенција менталних поремећаја и поремећаја понашања и унапређење менталног здравља

- Унапређење менталног здравља односи се на све акције које имају специфичан циљ да појачају позитивно ментално здравље. Према Отава декларацији, стратегије за унапређење менталног здравља имају за циљ да омогуће особама да повећају контролу над сопственим животом и да побољшају њихово ментално здравље развојем личних вештина и отпорности, стварањем подржавајуће околине и оснаживањем људи и заједница.

- Заштита и унапређење менталног здравља треба да буду свеобухватни. Они треба да буду вођени демистификацијом менталних поремећаја (јачање позитивних ставова и редукција доминирајућег скептицизма у вези са могућношћу њихове превенције и лечења), инвестирањем у здраве снаге популације и особа под ризиком, као и фокусирањем на здравље а не на болест.

- Програми за ментално здравље треба да укључују превентивне активности и активности за унапређење менталног здравља.

- Примарна (универзална, селективна и индикована)⁴, секундарна и терцијарна превенција треба да буду најважнији део заштите менталног здравља а програми превенције треба да буду засновани на доказима. Показано је да превенција доводи до повећања општег здравља, радне и друге способности. Рецимо, програми за превенцију развода бракова довешће до заштите менталног здравља деце и спречавања настајања многих поремећаја који су последица лошег родитељства и конфликтних односа међу родитељима.

- Већина менталних поремећаја захтева брзу примену мера рехабилитације од самог почетка третмана. Рехабилитација треба да повећа компетенцију пацијената и омогући њихову реинтеграцију у заједницу. Породице и други ресурси заједнице треба да буду укључени у примену рехабилитационих мера. Треба стимулисати заштиту менталног здравља у заједници, односно лечење пацијената у окружењу у којем живи.

- Унапређење менталног здравља треба да има за циљ да заштити, подржи и одржи емоционалну и социјалну добробит кроз унапређење фактора који јачају и штите

⁴ Примарна превенција се може поделити на универзалну, селективну и индиковану превенцију. Универзална превенција односи се на интервенције које су усмерене на општу популацију или на неку популациону групу која није идентификована на основу повећаног ризика.

Интервенције селективне превенције односе се на особе или групе под ризиком од развоја менталних поремећаја или поремећаја понашања већим од уобичајеног, на основу присуства биолошких, психолошких или социјалних фактора ризика или одсуства заштитних фактора.

Индикована превенција односи се на особе под високим ризиком које су идентификоване као оне које имају минималне, али препознатљиве знаке или симптоме менталних поремећаја или биолошких маркера и које показују предиспозицију за менталне поремећаје или поремећаје понашања, али које не испуњавају критеријуме за такве поремећаје.

ментално здравље, уз iskazivanje поштовања према култури, једнакости, социјалној правди и личном достојанству и кроз вођење рачуна о социјалним и економским факторима и акцијама за заштиту људских права.

Квалитет служби

- Комуникација и проток информација између различитих установа за заштиту менталног здравља треба да се побољшају и осигурају кроз систематске процедуре.
- Службе за ментално здравље треба да развију процедуре за побољшање њиховог квалитета, са уграђеним механизмима за контролу квалитета.
- Службе за ментално здравље треба да се баве систематским прикупљањем и анализом података о пацијентима (корисницима) кроз информациони систем за регистрацију, праћење и евалуацију.
- Неопходна је континуирана едукација стручњака за ментално здравље који морају да прате и примењују најновија знања у својој струци. Континуирана едукација треба да буде услов продужења лиценце за рад стручњака.

Доступност и једнакост

- Службе за ментално здравље треба да буду лако доступне и планиране тако да покрију сва географска подручја према потребама становништва. Ово је најбоље оствариво ако се лечење остварује преко принципа територијалне припадности који треба постепено развијати у нашој земљи.
- Службе за ментално здравље треба да буду отворене за све особе којима је потребна помоћ, без обзира на пол, етничку припадност, расу, религију, узраст, образовни ниво и социјални статус.

Заштита људских права

- Људска права свих пацијената треба да буду заштићена на свим нивоима унутар система заштите менталног здравља.
- Неопходно је да службе за ментално здравље имају уграђен систем за праћење који ће обезбеди права и потребе особа са проблемима у области менталног здравља.
- Рад са особама које имају менталне проблеме треба да буде у складу са етичким принципима. Све установе треба да имају етички одбор и да примењују етички кодекс у лечењу и истраживању.

Здравствена заштита у заједници

- Службе за заштиту менталног здравља (за лечење, превенцију и унапређење здравља) треба да буду организоване на нивоу заједнице, у којој особе са менталним поремећајима живе.
- У оквиру планирања и процеса доношења одлука, приоритети треба да буду дати службама здравствене заштите у заједници.
- Службе за заштиту менталног здравља треба да обезбеђују лечење на најмање рестриктиван начин - искључивање из породице и заједнице треба да буде сведено на најмањи могући степен.

Брига за вулнерабилне групе

- Вулнерабилне групе (деца, самохране мајке, старије особе, избеглице, расељена лица) треба да имају приоритет у процесу планирања и организацији служби.

- Кад год је то могуће, процедуре за идентификацију, бригу и лечење злостављане деце и жена, као и избеглица и расељених лица треба да буду развијене унутар служби за ментално здравље.

Учешће заједнице

- Корисници (особе са проблемима у области менталног здравља), удружења корисника (пацијената) и породичне групе, треба да буду укључени у процес планирања, организације и надгледања заштите менталног здравља.

- Јавност треба да буде систематски информисана о стварима везаним за заштиту менталног здравља и функционисање служби, са посебним нагласком на учешћу заједнице.

Ментално здравље је неодвојиво од општег здравља

- Ментално здравље треба да буде саставни део система свеукупне здравствене заштите.

- Током процеса планирања, организације и финансирања, ментално здравље не сме ни на који начин бити одвојено од општег здравља и система здравствене заштите.

Подршка укључивању релевантних установа и ресурса

- Треба подстаћи партнерство за ментално здравље. Сарадњу са образовним и правним системом, системом социјалне заштите и невладиним организацијама треба подстаћи на свим нивоима.

Дестигматизација

- Сви учесници у процесу лечења и превенције менталних поремећаја, као и унапређења менталног здравља, корисници и њихове породице, као и целокупна јавност треба да буду систематски поучавани о важним проблемима везаним за ментално здравље. Постојеће предрасуде и стигма (обележавање, искључивање, дискриминација) треба ублажити кроз кампање против стигматизације, које ће организовати и водити стручњаци за ментално здравље у сарадњи са свим релевантним организацијама (школе, медији и удружења).

3.3. Циљеви

Циљ 1. Побољшање здравља

1.1 Превенција менталних поремећаја и њихово лечење, као и унапређење менталног здравља треба да буду најважнији кораци у побољшању општег здравственог стања популације. Психијатри треба да буду активно укључени у примарну (универзалну, селективну и индикувану) превенцију и унапређење менталног здравља примењујући мултидисциплинарни приступ. Они треба да буду на располагању општим здравственим службама и да им пружају директну помоћ у решавању проблема менталног здравља. Психијатри треба да сарађују са другим стручњацима, као што су развојни и клинички психолози, геронтолози, лекари опште праксе и медицинске сестре, као и са стручњацима и организацијама посредно укљученим у питања менталног здравља (нпр. универзитети, школе, влада, полиција, учитељи, свештеници, државни службеници, новинари и сви остали слојеви друштва).

1.2 3.1 Системи заштите менталног здравља у региону морају штитити људска права и ефикасно реаговати на индивидуалне и друштвене последице катастрофичних догађаја и разарања друштва, посебно код вулнерабилних група као што су деца и млади људи, жене и старије особе., избеглице и расељење особе.

1.3 Терцијарна превенција треба да укључи: а) смањење нивоа ометености узроковане хроничним менталним поремећајима кроз програме рехабилитације у оквиру заштите менталног здравља у локалној заједници; б) превенцију дуготрајних последица стресом узрокованих поремећаја у популацији која је била изложена ратним и другим интензивним стресорима; ц) програме психосоцијалне подршке, како би се спречиле штетне последице стресних поремећаја и њихови трајни ожиљци као што је трансгенерацијско преношење трауме, агресије и насиља.

Циљ 2. Одговор на захтеве угрожених особа

2.1 Побошљати механизме за заштиту права појединаца са менталним поремећајима путем промена у законодавству и спровођењем механизма контроле у психијатријским службама.

2.2 Укључивање корисника (пацијената), удружења корисника и породичних група у процес планирања, организације и надзора над установама менталног здравља. Неопходно је, према томе, оснивање удружења корисника и њихових породица.

Циљ 3. Финансијска заштита

3.1 Подржати одлуке које ће довести до тога да сви основни психотропни лекови буду доступни, односно да буду на позитивној листи.

3.2 Постићи адекватно издвајање из здравственог буџета за ментално здравље и равноправност приватног и јавног здравственог сектора у погледу новчане надокнаде за трошкове лечења менталних поремећаја.

4. СТРАТЕШКИ ИЗАЗОВИ И ПРИОРИТЕТНА ПОДРУЧЈА ДЕЛОВАЊА

4.1. СТРАТЕШКИ ИЗАЗОВИ

Снага служби за заштиту менталног здравља у нашој земљи налази се у следећем: а) постојање дневних болница и примена психосоцијалне оријентације у скоро свим градовима, као и психијатријских одељења у општим болницама; б) упркос детериорацији служби у протеклој деценији, кадрови (психијатри, психолози, социјални радници, медицинске сестре) релативно су добро едуковани и мотивисани за континуирану едукацију.

Слабости система за заштиту менталног здравља су следеће: а) недовољна развијеност сарадње међу секторима као и између удружења које се баве менталним здрављем и изводе психосоцијалне пројекте; б) недовољно средстава из буџета Републике Србије одваја се службама за ментално здравље; ц) о фондовима за ментално здравље најчешће одлучују особе које се не баве заштитом менталног здравља; д) недовољна едукованост лекара примарне здравствене заштите из области лечења менталних поремећаја и неадекватна сарадња секундарних и терцијарних служби са примарном

заштитом; д) лоши услови у великим психијатријским болницама; е) неадекватни услови за рад и стручно усавршавање кадрова; ф) злоупотреба људских права у неким психијатријским болницама; д) недостаје информациони систем за ментално здравље; е) недовољно финансирање превентивних активности и унапређења менталног здравља.

Шанса за примену Стратегије налази се у озбиљном приступу започетој реформи заштите здравља, која има нове приоритете (неопходно је, међутим, да у те приоритете уђе и заштита и унапређење менталног здравља). Поред тога, постоји све већа свесност о постојању насиља у породици и заједници, злоупотребе деце и опасног ширења злоупотребе супстанци.

Претње

Развој Стратегије може бити угрожен, односно примена Стратегије отежана због: а) евентуалних финансијских проблема и социјалног незадовољства; ц) одлива квалитетних младих кадрова који се све чешће селе у друге земље; г) треба очекивати отпоре реформи и променама, због вишегодишњег стреса, несигурности, апатије, и недовољне материјалне стимулације кадрова, као и исцрпљивања снаге кадрова због синдрома изгарања; е) недовољне свесности јавности о значају менталног здравља и његове заштите, што је додатни фактор који може угрозити примену Стратегије; ф) свакодневни живот је политизован, а криминал у порасту, чему доприноси и сензационалистички стил који доминира у скоро свим медијима; г) недовољних средстава које се додељују службама менталног здравља које су често маргинализоване и застарелог начина финансирања које се углавном заснива на броју болесничких дана и услуга у које нису укључене едукација, истраживање, заступање, превенција и унапређење менталног здравља, као и многе терапијске методе.

4.2. ПОДРУЧЈА ДЕЛОВАЊА

Идентификована су следећа подручја деловања:

4.2.1. Законодавство и људска права

Постојећа законска решења на пољу заштите особа са менталним поремећајима нису задовољавајућа. Само нека од права пацијената покривена су деловима постојећих закона. Намеће се потреба за ревизијом постојећег законодавства и доношењем новог закона који ће посебно регулисати заштиту особа са менталним поремећајима и бити у складу са међународним стандардима⁵.

4.2.2. Организација служби

Постоји развијена мрежа стационарних психијатријских установа које треба реорганизовати кроз: 1) континуирану едукацију лекара опште медицине из области менталног здравља⁶; 2) стварање служби у заједници, односно развијање мреже алтернативних служби (центри за ментално здравље); 3) оснаживање постојећих психијатријских одељења у општим болницама; 4) деинституционализацију великих психијатријских болница - започети постепено смањивање броја постеља у великим болницама, што је могуће тек после стварања и оснаживања служби за ментално здравље у заједници уз учешће примарне здравствене заштите; 5) реорганизацију и рационализацију постојећих институција.

⁵ Национална комисија за ментално здравље припремила је Нацрт закона о заштити права ментално оболелих особа и предала Министарству здравља.

⁶ Едукација лекара опште медицине за проблеме менталног здравља започета је у Београду пре неколико година, у организацији Института за ментално здравље, као и у Врању. Неопходно је да се она прошири и на друге градове у Србији.

За бољу организацију служби треба користити постојећу евалуацију коју је урадила Национална комисија за ментално здравље Министарства здравља. На основу те евалуације треба проценити:

а) какве су потребе становништва (у неким крајевима постоји велики број избеглица и расељених лица, постојање злоупотребе супстанци, деловање секти, итд.);

б) које психијатријске службе (установе) вреди оснажити водећи рачуна о територијалном принципу лечења, преклапањима активности и постојећим кадровима. Неке установе имају већи број кадрова од потребног док су друге инсуфицијентне у том смислу. Установе које имају велики број кадрова треба да преусмере своје активности на едукацију кадрова у примарној заштити и лечење у заједници као и на кућно лечење и ангажовање у недовољно развијеним службама (за превенцију злоупотребе деце, злоупотребу психоактивних супстанци, заштиту менталног здравља старих и избеглица);

в) неопходно је скратити дужину хоспиталног третмана пацијената са тежим менталним поремећајима, уз принцип континуираног лечења, односно бриге о пацијентима и после отпуста;

г) лечење треба индивидуализовати и хуманизовати, у највећој могућој мери, примењујући психијатрију оријентисану на личност, у складу са Институцијским програмом Светске психијатријске асоцијације;

д) у многим установама постоје клиничка одељења за хоспитално лечење особа са неуротичним поремећајима и поремећајима личности. Таква одељења треба реорганизовати, јер нема оправдања за дуготрајан хоспиталан третман таквих поремећаја. Они треба да се лече у диспанзерским условима или дневним болницама;

ђ) универзитетске клинике треба да представљају методолошке центре за лечење, едукацију, истраживање, као и превенцију и унапређење менталног здравља (засновани на доказима). Њихове активности треба рационализовати - ако се, рецимо, више таквих клиника налази у истом граду, њихове активности не треба да се преклапају;

е) постоји потреба за развојем служби за заштиту менталног здравља (СМЗ) у заједници који ће пружати свеобухватну заштиту менталног здравља, уз најмање могуће рестрикције и што ближе месту боравка, односно породици. Треба смањити упућивање на лечење у удаљена места, што је сада уобичајена пракса у нашој земљи⁷.

Службе за заштиту менталног здравља у заједници ће се оснивати на секундарном и терцијарном нивоу. За контролу процеса формирања служби за заштиту менталног здравља у заједници треба да буду одговорни оснивачи – органи локалне самоуправе за развој служби у саставу општих болница а Република, односно Министарство здравља за развој служби у специјалним болницама и у установама терцијарног нивоа здравствене заштите.

У организацији центара треба имати у виду следеће: 1) успостављање центара могуће је унутар простора постојећих здравствених установа, али са неопходном административном, планском и организационом издвојеношћу и потпуном самосталношћу; 2) центри треба да буду организовани по територијалном принципу (по један центар на популацију од 40.000 до максимално 100.000 становника); 3) центри треба да пружају заштиту и унапређују ментално здравље целокупног становништва на одређеној (припадајућој) територији, а не само да одговарају потребама особа са хроничним менталним поремећајима; 4) у центрима треба да се развију све службе неопходне за заштиту менталног здравља популације.

Број СМЗ у региону (округу) зависиће од броја становника, а хоспитализација пацијената који се лече у ЦМЗ, када је то неопходно, реализовала би се на психијатријском одељењу регионалне опште болнице.

⁷ Пилот Центар за заштиту менталног здравља у заједници основан је у Нишу 2. октобра 2005. године, као део друге компоненте Пројекта за ментално здравље Пакта стабилности.

Поред СМЗ који треба да представљају окосницу будућег система заштите менталног здравља, организована мрежа психијатријских служби сваког региона (округа) укључивала би и следеће: 1) психијатријско одељење у оквиру опште болнице; 2) „заштићене куће” („заштићене станове” „куће на пола пута”) и 3) службе за радно оспособљавање и запошљавање ментално оболелих особа („задруге пацијената”).

Да би се остварила боља организација служби за ментално здравље неопходно је даље развијати и оснаживати установе које су засноване на савременим психосоцијалним принципима. Користити снагу адекватног информисања, поштовања, потреба кадрова и њиховог укључивања у програме за рад центара за ментално здравље, као и постојање мотивације стручног кадра за едукацијом и променом, односно реформом заштите менталног здравља. Ипак, треба очекивати отпор у неким срединама у процесу реформи.

Треба направити мрежу установа, базу кадрова и постојећих пројеката и остварити бољу сарадњу између психијатара и здравствених сарадника, психолога, социјалних радника, сестара и лекара и сарадника примарне здравствене заштите. Будуће психијатријске службе треба да буду организоване по мери болесника, за болеснике а не против њих. Боља сарадња удружења допринеће бржој реформи служби.

Организација служби по међународним стандардима захтева повећање средстава из здравственог буџета која се додељују менталном здрављу. Процес реформе служби за ментално здравље захтева и промене у начину њиховог финансирања од стране фондова за здравство, које се заснивало на броју болесничких дана и услуга, у које нису укључене едукација, истраживање, заступање, превенција и унапређење менталног здравља, као и многе терапијске методе. Реформа може бити двоструко угрожена – инерцијом и отпором кадрова, а још више недостатком средстава.

4.2.3. Превенција менталних поремећаја и унапређење менталног здравља

У општем недостатку ресурса у земљи неопходно је да се идентификују посебно угрожене групе чије ментално здравље је под ризиком. Те групе укључују школску популацију, старије особе, избеглице, или припаднике мањинских група. Требало би развити превентивне програме и програме за унапређење менталног здравља за ове групе и то у оквиру сарадње међу секторима. Неопходно је развити програме за све нивое превенције (примарну – универзалну, селективну и индиковану, секундарну и терцијарну)⁸.

а) Деца и млади

Деца (0-14) и млади (15-24 године) спадају у посебно вулнерабилну популацију. Клиничка искуства и истраживања указују да, из године у годину, све већи број деце и младих имају психолошке проблеме или манифестују одређену, за овај узраст, специфичну психопатологију. Најчешће психопатолошке манифестације су депресивна стања (укључујући самоубилаштво) и поремећаји понашања (укључујући злоупотребу психоактивних супстанци и делинквентно понашање). Истраживања обављена у нашој средини показују да трећина средњошколске популације припада групи граничних и ризичних, тј. манифестује знаке психолошког трпљења и менталних проблема и поремећаја. Слични резултати добијени су и на студентској популацији. Угроженије су девојке и адолесценти у урбаним срединама.

Постојећи број и организација здравствених служби, као и удружења, које се баве менталним проблемима деце и младих је недовољан, односно нефункционалан да би могао да одговори потребама ове популације.

Због тога је потребно следеће: 1) да се у оквиру будућих служби за ментално здравље формирају тимови стручњака и организационе јединице намењена деци и

⁸ Форум о превенцији и унапређењу менталног здравља организовао је Институт за ментално здравље 3-4. априла 2006. године, по покровитељством Министарства здравља.

младима; 2) да се повећа превентивни и терапијски потенцијал примарне здравствене заштите кроз додатну едукацију постојећих кадрова домова здравља (лекара опште медицине, педијатара и сарадника) за менталне проблеме деце и младих; 3) потребно је оснажити и помоћи (кадровски, организационо и просторно) постојеће специјализоване јединице за менталне проблеме деце и младих у секундарним и терцијарним установама; 4) створити младима могућност да добијају психолошку подршку и помоћ изван здравствених и психијатријских установа – у школама, студентским домовима и интернатима, али и кроз отварање саветовалишта у градовима, изван институција; 5) радити на примарној превенцији менталних поремећаја деце и младих као и на унапређењу њиховог менталног здравља, кроз школски систем и све облике масовних комуникација

б) Зависници од супстанци

У оквиру превенције и третмана зависници од психоактивних супстанци чине специфичну субпопулацију. Према истраживањима у нашој средини, у последњих неколико година пораст инциденце младих који траже помоћ сваке године је преко 100%. Према полицијским извештајима две трећине разбојништва у вези је са зависнисцима, а пораст кривичних дела је 300% у последњих 10 година. Цена наркотика убрзано пада што је показатељ пораста злоупотребе супстанци као и недостатка превенције и репресије.

Због широке распрострањености и штетних последица по друштво требало би сачинити посебан национални програм и акциони план за спречавање, сузбијање, лечење и рехабилитацију зависника. Неопходно је да се у реализацији овог плана ангажује целокупна друштвена заједница јер болести зависности примарно представљају социјални а секундарно медицински проблем. Мултидисциплинарни приступ показао се као најбоље решење проблема зависности од супстанци укључујући терапију агонистима и антагонистима.

Алкохолна пића користи висок проценат опште популације у нашој земљи. Алкохолизам треба сагледавати системски у процесу настајања и развијања, а у борбу против алкохолизма треба да буду укључени и друштвени и медицински ресурси. То подразумева: повећање социјалне видљивости штетне употребе, злоупотребе или зависности од алкохола; рано откривање; дијагностиковање у примарној здравственој заштити; јачање мотивације за лечење; повећање приступачности установа за лечење и рехабилитацију алкохоличара у локалној заједници.

в) Старије особе

Број старих особа расте а самим тим и број особа са одређеним менталним поремећајима, што намеће потребу за правовременим реаговањем сваког друштва. Према демографској процени у Републици Србији живи 1.698.730 милиона особа старијих од 60 година, што нашу земљу ставља на десето место у свету по броју старих људи. По подацима СЗО и истраживањима код нас, велики број старих особа има менталне поремећаје. Па ипак, службе за заштиту менталног здравља старих су неразвијене у нашој средини, као и у већем делу света, односно оне су неспремне да се суоче са изазовом популације која стари. Постоји недостатак образованог кадра, недостатак мотивације за бављење овом облашћу и недостатак мреже служби у којима би се збрињавале старе особе са менталним поремећајима.

Неопходно је зауставити дискриминацију по годинама старости. Важно је промовисати аутономију као и могућности независног живљења старих и омогућити њихово учешће у свим значајним сегментима друштва.

Заштита менталног здравља популације старих треба да се одвија у заједници, базирана на идентификованим потребама корисника и њихове околине, од стране

стручњака и друштва. Та заштита укључује превентивне интервенције као алтернативу односно допуну традиционалним клиничким службама. Треба створити мрежу установа у којима се на различите начине збрињавају старе особе, уз неопходну континуирану едукацију стручњака и друштва у целини. Антистигма кампање су важне за ову популацију (старе особе са менталним поремећајима су дупло стигматизоване – због старости и самих менталних поремећаја).

г) Избеглице и расељене особе

У Републици Србији данас живи око 500.000 избеглица и расељених особа. Велики број њих доживео је мултипле стресоре, незапослен је и живи у тешким економским условима. Ова популација је под високим ризиком за развијање посттрауматских стресних поремећаја. Студије у нашој средини показале су да 29.2% избеглица испољава посттрауматски стресни поремећај, поремећај прилагођавања регистрован је код 18.6%, мешани анксиозно-депресивни поремећај код 11.3%, а депресивне поремећаје имало је 5% избеглица. Највиши проценат посттрауматског стресног поремећаја манифестују избеглице које су доживеле сексуалну злоупотребу (56%) и тешку тортуру (74.8%). Због свега наведеног, неопходно је да се подрже психосоцијални програми за заштиту менталног здравља избеглица и расељених особа. Неопходно је да се развије сарадња између стручњака који воде психосоцијалне програме удружења, намењене овој вулнерабилној популацији и појача међусекторска сарадња између Комесаријата за избеглице, здравствених установа, социјалних служби и невладиних организација.

4.2.4. Људски ресурси, едукација и истраживање

а) Психијатријске службе фокусиране на заједницу – изазов за едукацију будућих психијатара

Неопходно је унапредити едукативне програме за стручњаке из области менталног здравља (психијатре, психологе, социјалне раднике, медицинске сестре, специјалне педагоге) који ће им омогућити да спроводе заштиту менталног здравља у заједници. Дипломске и последипломске студије за лекаре треба изменити у складу са принципима реформе менталног здравља и организовати континуирану едукацију кадрова. Неопходно је организовати и континуирану едукацију лекара опште медицине на пољу менталног здравља како би се осигурала добра сарадња између опште праксе (породични лекар), центара за заштиту менталног здравља у заједници, као и боља сарадња са секундарним и терцијарним установама.

Идентитет будућих психијатара, у складу са препорукама Европског удружења психијатара треба да се развија у складу са савременим концептом заштите менталног здравља, односно са развијањем заштите менталног здравља у заједници. Зато је неопходно да се промени приступ едукацији која ће омогућити психијатрима овладавање неопходним вештинама и тако им на најбољи начин омогућити да оснаже своју улогу кључног члана тимова за ментално здравље.

Психијатрија у заједници подразумева значајне промене које укључују следеће:

1. Већи нагласак на обезбеђивање служби које ће одговарати на потребе корисника и њихових породица и пружаоца неге (насупротив важећем принципу да се њихове потребе

прилагођавају диктатима служби).

2. Службе треба да буду мобилне и флексибилне.

3. Хоспиталне службе треба да представљају део и подршку службама у заједници (домови здравља, центри за ментално здравље, “заштићено становање”, “задруге пацијената”).

4. Службе за ментално здравље треба да буду мултидисциплинарне и да укључују сарадњу међу секторима и агенцијама, које имају различите компетенције.

5. Савремени психијатри треба да буду едуковани у сва три аспекта биопсихосоцијалног приступа менталном здрављу и болести. Знање о соматским поремећајима и соматском третману једна је од суштинских компоненти вештина психијатра. Неговање психосоцијалног приступа треба да буде важан део идентитета психијатра и његове едукације.

6. Компетентност психијатара подразумева вештине у следећим областима: а) превенција; б) клинички третман (пракса заснована на доказима и вредностима); ц) унапређење менталног здравља; д) едукација; е) истраживање; ф) тимски рад и г) руковођење.

б) Едукација

1) Психијатри треба да буду укључени у едукацију лекара и сарадника примарне здравствене заштите и да буду консултантни у тој заштити. Пракса у току едукације психијатара треба да се обавља и у службама у заједници, нарочито у примарној заштити, тако да психијатри буду способни да раде флексибилно у различитим окружењима са колегама и сарадницима као и са пацијентима и њиховим породицама.

2) Психијатри треба да овладају специфичним вештинама за мултидисциплинарни праксу и за рад у мултидисциплинарном тиму и са другим агенцијама. Ово укључује способност разумевања групне динамике, као и учествовање у подели одговорности за одлучивање.

3) Психијатри треба добро да овладају основним психотерапијским вештинама које ће им омогућити да осећају емпатију и поштују пацијенте и њихове породице. Они треба да буду у стању да разумеју и управљају сопственим емоционалним реакцијама у сусрету са различитим личностима, понашањем, осећањима и феноменима које срећу у клиничком раду.

4) Треба обављати едукацију кадрова који ће даље ширити, односно примењивати едукацију (едукација едукатора). Важна је едукација и других стручњака (медицинског особља, специјалиста других струка, наставника, правника, новинара).

в) Улога психотерапије у заштити менталног здравља

Значајан пораст непсихотичних поремећаја указује на потребу психотерапијског метода лечења у оквиру заштите менталног здравља. Стручњаци у нашој земљи који користе овај метод лечења едукују се по програму различитих психотерапијских школа, у складу са европским и светским стандардима. Едукација из психотерапије у оквиру већине школа одвија се према трипартитном моделу – супервизија, теорија и лична терапија (индивидуална или у групи).

Лично искуство и супервизија омогућавају сензитивнији приступ пацијенту и превенирају синдром изгарања - потребно је да они буду доступни свим здравственим радницима и сарадницима у области менталног здравља као и лекарима опште медицине. Зато је неопходно да током студија медицине будући лекари опште медицине овладају основним знањима, искуствима и вештинама психолошког саветовања, као и да се током

рада додатно едукују, кроз различите семинаре и искуствене групе за неке облике (краће и површније) психотерапијског рада.

Лекари специјалисти, неуропсихијатри и психијатри, у оквиру специјалистичких студија треба да овладају неком од психотерапијских техника, кроз едукацију по трипаритном моделу, а да касније током рада повећавају свој психотерапијски потенцијал и вештине.

г)Истраживање

Неопходно је подржати истраживања у свим областима менталног здравља и психијатрије значајним за нашу средину. Истраживања треба да буду део додипломских и последипломских студија, саставни део рада психијатријских служби и заснована на кодексу добре научне праксе. У нашој средини су ретке (ако уопште и постоје) епидемиолошке студије, а оне су неопходне за планирање организације служби и формирање програма за заштиту менталног здравља. Неопходно је стимулисати оваква истраживања у оквиру последипломских студија (магистарских и докторских), као и подршка пројектима чији циљ би биле такве студије (у оквиру Министарства науке и заштите животне средине и Министарства здравља).

д)Побољшање услова рада

Здравствени кадар је дуги низ година био изложен мултиплим стресорима, јер ради у отежаним условима, за минималну зараду, делећи судбину са својим пацијентима. Истраживања показују да је синдром изгарања у значајној мери изражен код лекара и њихових сарадника. Неопходно је да се побољшају услови рада здравствених радника и да се њихов тежак рад адекватније награђује. Треба стимулисати кадар омогућавањем одласка на стручна усавршавања и учешће на међународној стручној сцени. Тек тада се апатија која је раширена у целом друштву може променити а кадрови више мотивисати за учешће у реформи заштите менталног здравља. Иначе, може се очекивати снажан отпор који ће успорити и отежати промене.

4.2.5. Побољшање квалитета (осигурање квалитета)

Квалитет услуга у различитим службама менталног здравља је неуједначен, тако да је неопходно следеће: 1) стандардизовати процедуре (алгоритме) дијагностике и лечења у складу са међународним стандардима; 2) развити процедуру за акредитацију стручњака и установа; 3) развити процедуру за праћење и надзор, као и унапређење квалитета рада, евалуацију квалитета рада и пружених услуга. Први резултати праћења контроле квалитета које је Министарство здравља наложило свим здравственим установама биће значајни за планирање поступака за унапређење квалитета рада.

У свим службама менталног здравља треба поштовати принципе добре клиничке праксе. На свим нивоима треба развити и применити процедуре за праћење и евалуацију учинка лечења заснованог на примени рационалне терапије засноване на доказима.

Неопходно је да све психијатријске установе свој рад са пацијентима заснивају на етичким принципима и поштовању људских права пацијената, као и да строго примењују Закон о заштити права особа оболелих од менталних поремећаја када он буде усвојен (како је већ наведено, Нацрт закона припремила је Национална комисија за ментално здравље).

Све психијатријске установе треба да имају етичке одборе – било би добро да

један од чланова тог одбора буду пацијенти или чланови њихових породица.

4.2.6. Информациони системи

Треба развити и применити процедуре и софтверске програме за регистрацију и праћење корисника у свим службама менталног здравља, уз непосредну сарадњу између служби како би се побољшале базе података, избегло преклапање и осигурало праћење и евалуација услуга и учинка.

Неопходно је доследно примењивати X Међународну класификацију болести СЗО.

4.2.7. Међусекторска сарадња (партнерство за ментално здравље)

Како би се постигло свеобухватно лечење појединаца са менталним поремећајима неопходно је успоставити партнерство за ментално здравље. Треба развити међусекторску сарадњу између психијатријских служби и релевантних министарстава. Удружења, такође, треба да буду укључене у ову сарадњу, као и медији, због процеса дестигматизације, превенције менталних поремећаја и унапређења менталног здравља. Без развијеног партнерства све би остало у домену стручњака у области менталног здравља и само по себи затворено у херметичне оквире који немају довољну снагу и способност за реализацију Стратегије, која је дуготрајан процес.

4.2.8. Заступање и јавно заговарање⁹

Укључивање корисника (пацијената) у планирање, организацију и праћење служби менталног здравља, као и јавно заговарање са циљем унапређења права менталних болесника од највеће је важности. То се може постићи кроз подршку оснивању удружења корисника (који, за сада, не постоје у нашој средини, осим клубова лечених алкохоличара и зависника од супстанци), укључивањем удружења и јавних кампања у медијима. Стручњаци у области менталног здравља треба тесно да сарађују са удружењима корисника и њиховим породицама. Треба, такође, да подижу јавну свест о значају заштите менталног здравља, да покрећу и воде кампање против стигматизације, предрасуда, дискриминације и искључивања ментално оболелих особа и њихових породица.

Ментално оболеле особе нису једине које су стигматизоване. Неретко су то и здравствени радници у целини, а посебно психијатри. Неопходно је да се стручна удружења заложе за смањивање те стигматизације и заштиту права и лекарске професије, као и здравствених сарадника, а посебно стручњака за ментално здравље.

Треба развити едукацију медија, затворских лекара, полиције, и свих који долазе у контакт са особама које имају менталне проблеме, да би се смањила њихова дискриминација, стигматизација и искључивање.

Психијатри треба да се ангажују у дискусијама у јавним групама и помогну у подизању свести и разумевању менталних поремећаја. Они треба да буду свесни постојања тенденције у њима самима, као и код њихових колега да се стигматизују пацијенти. Они треба да едукују јавност преко медија, да би се смањиле предрасуде према психијатријским пацијентима и важеће уверење да те пацијенте треба маргинализовати, као и да су ментални поремећаји неизлечиви и везани за агресију и

⁹ Национална комисија за ментално здравље је у сарадњи са Министарством здравља организовала прву антистигма кампању „Уједињене боје душе” 24. јуна 2004. године, уз учешће стручњака, пацијената и медија.

насиље. Стална сарадња са пацијентима и њиховим породицама представља значајан инструмент против стигматизације.

Напомене

1) Све поменуте активности у оквиру Стратегије биће развијане у складу са међународним стандардима и у сталној сарадњи са другим земљама у региону. Стратегија ће се прилагођавати у складу са потребама, могућностима и развојем друштва.

5. АКЦИОНИ ПЛАН

Акциони план одштампан је уз ову стратегију и чини њен саставни део.

6. ЗАВРШНИ ДЕО

Ову стратегију објавити у „Службеном гласнику Републике Србије“.

05 Број: 500-177/2007-001

У Београду, 18. јануара 2007. године

В Л А Д А

Тачност преписа оверава
ЗАМЕНИК
ГЕНЕРАЛНОГ СЕКРЕТАРА
Драган Блешић

ПРЕДСЕДНИК
Војислав Коштуница, с.р.

АКЦИОНИ ПЛАН

1.1. ОСНОВНЕ СТРАТЕГИЈЕ

Подручја деловања	Стратегије
1. Законодавство и људска права	○ Ревизија постојећег законодавства и процедура за заштиту права особа са менталним поремећајима. ○ Формулисање нацрта закона о заштити права особа са менталним поремећајима. ○ Организовање јавних расправа и кампања како би се осигурало учешће релевантних група и заинтересованих страна у ревизији и коментарисању нацрта закона о менталном здрављу. ○ Усвајање закона. ○ Развој и примена механизма за спровођење закона о заштити права ментално оболелих особа у психијатријским установама и свим службама које се баве менталним здрављем.
2. Организација служби	○ Успостављање служби за заштиту менталног здравља у заједници (центри за заштиту менталног здравља, заштићене куће за збрињавање пацијената и службе за професионалну обуку). ○ Скраћивање дужине хоспиталног третмана. ○ Рационализација служби у секундарним и терцијарним психијатријским институцијама. Фокусирање на дневне болнице и диспанзерско лечење. ○ Постепено смањивање броја постеља у великим психијатријским болницама у оквиру процеса деинституционализације.
3. Превенција менталних поремећаја и унапређење менталног здравља	○ Универзална превенција усмерена на општу популацију. ○ Процена потреба специфичних ризичних група. ○ Развој програма усмерених ка превенцији менталних поремећаја унутар ризичних група. ○ Селективна превенција са фокусирањем на групе под ризиком за развој менталних поремећаја (злостављана деца, избеглице, старе особе). ○ Индикувана превенција за особе под високим ризиком које показују предиспозицију за менталне поремећаје или поремећаје понашања. ○ Кампање унапређења здравља (развијање вештина живљења, антистрес програми, превенција у школама, програми за превенцију злоупотребе супстанци)
4. Људски ресурси, едукација и истраживање	○ Ревизија постојећих програма за едукацију стручњака у области менталног здравља и њихово прилагођавање захтевима заштите менталног здравља заједници. ○ Развој програма за континуирану едукацију лекара опште медицине на пољу менталног здравља с посебним нагласком на заштиту менталног здравља у заједници. ○ Континуирана едукација стручњака за ментално здравље и њихових сарадника. ○ Подржати истраживања у области менталног здравља. ○ Доношење и примена етичких кодекса у истраживању из области менталног здравља. ○ Побољшање услова рада у психијатријским службама.
5. Побољшање квалитета	○ Развој стандардизованих процедура (смернице за добру клиничку праксу) за дијагностику и лечење менталних поремећаја.

(осигурање квалитета)	- Развој критеријума и процедура за акредитацију стручњака и установа. - Развој процедура за праћење и надзор учинка лечења, као и за евалуацију психијатријских служби.
6. Информациони системи	Развој процедура и софтверских програма за регистрацију корисника, за дијагностику и праћење и за епидемиолошка истраживања.
7. Међусекторска сарадња (партнерство за ментално здравље)	- Успостављање међусекторских одбора на нивоу релевантних министарстава (Министарство здравља, Министарство рада, запошљавања и социјалне политике, Министарство просвете и спорта, Министарство правде) који ће координисати и осигурати свеобухватну заштиту и лечење особа са менталним поремећајима. - Развој пилот-пројеката које ће организовати међусекторски одбори (нпр. пројекти у сфери образовања, запошљавања и становања за особе са менталним поремећајима).
8. Заступање и јавно заговарање	- Подршка успостављању и оснаживању удружења корисника и породичних група. - Развој кампања против стигматизације.

1.2. ВРЕМЕНСКИ ОКВИР И РЕСУРСИ

Подручја деловање		Стратегије	Приоритет	Временски оквир		Партнери
1. Законодавство и људска права	1.1.	Анализа постојећег законодавства и процедура за заштиту права особа са менталним поремећајима	1	јануар 2004 – март 2004.	Краткорочна активност	НКМЗ, МЗ, МП
	1.2.	Формулисање нацрта Закона за заштиту права особа са поремећајима менталног здравља (даље: Закон)	1	децембар 2003 - септембар 2004.	Краткорочна активност	НКМЗ, МЗ, МРЗСП,
	1.3.	Организовање јавних расправа и кампања, како би се осигурало учешће релевантних група и заинтересованих страна у ревизији и коментарисању нацрта Закона	2	децембар 2003 - септембар 2004.	Краткорочна активност	СУ, МЗ, МРЗСП, удружења
	1.4.	Усвајање Закона у Народној скупштини Републике Србије	1	Јануар 2007- децембар 2007.	Краткорочна активност	МЗ, МП, МРЗСП
	1.5.	Развој и увођење у праксу механизма за спровођење Закона	2	јун 2007 - децембар 2008.	Средњорочна активност	МЗ, МП, МРЗСП

2. Организација служби	2.1.	○ Скраћивање дужине хоспиталног третмана.	2	јануар 2007-децембар 2008.	Средњорочна активност	МЗ, СМЗ
		○ Успостављање служби за заштиту менталног здравља у локалној заједници (центри за ментално здравље, заштићене куће за збрињавање пацијената и службе за професионалну обуку).	1	Јануар 2007 - децембар 2014.	Дугорочна активност	НКМЗ, МЗ, ЛВ, СМЗ, НВО
		○ Рационализација служби у секундарним и терцијарним психијатријским институцијама. Фокусирање на дневне болнице и диспанзерско лечење.	2	јануар 2007-децембар 2008.	Средњорочна активност	СМЗ, МЗ, СМЗ
	2.2.	Постепено смањивање броја постела у великим психијатријским болницама у оквиру процеса деинституционализације	2	јануар 2007 - децембар 2017.	Дугорочна активност	МЗ, СМЗ

Подручја деловање		Стратегије	Приоритет	Временски оквир		Партнери
3. Превенција и менталних поремећаја унапређење менталног здравља	3.1.	Процена потреба специфичних ризичних група.	1	Током 2007. године	Краткорочна активност	МЗ, СМЗ, ИЗЗ, МРЗСП, НВО
	3.2.	Развој програма усмерених ка превенцији менталних поремећаја ризичних група (акциони план за заштиту деце и младих, превенцију и лечење зависника од супстанци, заштиту старих и избеглица)	1	јануар 2007-децембар 2007.	Краткорочна активност	МЗ, МО, МРЗСП, СМЗ, НВО, УЗ, ИЗЗ, КИ
	3.3.	Спровођење превентивних програма	3	јануар 2008-децембар 2017.	Дугорочна активност	НКМЗ, МЗ, МО, МРЗСП, СМЗ, УЗ, НВО, УК
	3.4	Кампање за унапређење здравља	2	Јануар 2007 - надаље	Дугорочна активност	

4. Људски ресурси, едукација и истраживање	4.1.	Анализа постојећих програма за едукацију стручњака у области менталног здравља и њихово прилагођавање захтевима заштите менталног здравља у локалној заједници.	2	јануар 2007 – децембар 2008.	Краткорочна активност	МЗ, МО, СУ; УЗ
	4.2.	Развој програма за едукацију лекара и сарадника опште медицине у области менталног здравља с посебним нагласком на заштиту менталног здравља у локалној заједници.	3	јануар 2007 - децембар 2007.	Средњорочна активност	НКМЗ, МЗ, МО, СУ, УЗ
	4.3.	Извођење програма едукације лекара и сарадника примарне здравствене заштите	3	јануар 2007 – децембар 2012.	Дугорочна активност	НКМЗ, МЗ, МО, СУ, УЗ
5. Побољшање квалитета (осигурање квалитета)	5.1.	Развој стандардизованих процедура (смернице за добру клиничку праксу) у области дијагностике и лечења.	2	септембар 2006 - децембар 2008.	Краткорочна активност	СМЗ, МЗ, СУ, УЗ
	5.2.	Развој критеријума и процедура за акредитацију стручњака и установа.	2	јануар 2007 – децембар 2007.	Краткорочна активност	МЗ, МО, СУ, УЗ
	5.3..	Развој процедура за надзор и праћење учинка лечења, као и за евалуацију служби.	2	јануар 2007 – децембар 2007.	Краткорочна активност	МЗ, СУ, УЗ
	5.4.	Увођење у праксу горе наведених мера за побољшање квалитета	2	јануар 2007- децембар 2008.	Краткорочна активност	СМЗ, МЗ, СУ, УЗ
	5.5.	Развој и увођење у праксу етичких кодекса за истраживање	2	јануар 2007- децембар 2008.	Краткорочна активност	СМЗ, МЗ, СУ, УЗ
6. Информациони системи	6.1.	Развој процедура и софтверских програма за регистрацију и праћење корисника.	2	јануар 2007 – децембар 2008.	Краткорочна активност	МЗ, СМЗ, СУ, УЗ
7. Међусекторска сарадња (партнерство за ментално здравље)	7.1.	Успостављање међусекторских одбора на нивоу министарстава ((Министарство здравља, Министарство рада, запошљавања и социјалне политике, Министарство просвете и спорта, Министарство правде) који ће координисати и осигурати свеобухватну заштиту и лечење особа са менталним поремећајима.	1	јануар 2007- децембар 2007.	Краткорочна активност	МЗ, МРЗСП, МО, МП, УК, СМЗ

	7.2.	Развој пилот-пројеката које ће организовати међусекторски одбори (нпр. пројекти у сфери образовања, запошљавања и становања особа са менталним поремећајима).	2	јануар 2007 – надаље	Дугорочна активност	МЗ, МРЗСП, МО, МП, СМЗ, УК
8. Заступање и јавно заговарање	8.1.	Подршка успостављању и оснаживању удружења корисника и породичних група.	3	јануар 2007 – надаље	Дугорочна активност	МЗ, НВО, УК, М
	8.2.	Развој кампања против стигматизације.	2	Јануар 2007. – надаље	Дугорочна активност	НКМЗ, МЗ, НВО, УК, МСП, М

Списак скраћеница:

ДЗ -	Домови здравља у примарној здравственој заштити
СМЗ -	Службе менталног здравља
КИ-	Комесаријат за избеглице
ИЗЗ -	Институт за заштиту здравља
ЛВ -	Локалне власти
М -	Медији
МЗ -	Министарство здравља
МП -	Министарство правде
МРЗСП -	Министарство за рад, запошљавање и социјална питања
МО -	Министарство образовања
НКМЗ -	Национална комисија за ментално здравље
НВО -	Невладине организације
СУ -	Стручна удружења
УК -	Удружења корисника
УЗ -	Универзитети