

На основу члана 10. став 2. и члана 38. став 1. Закона о планском систему Републике Србије („Сл. гласник РС“, број 30/18),

Влада доноси

**СТРАТЕГИЈУ
ЗА ЗАШТИТУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ**

за период 2019-2026. године

1.УВОД

Стратегија за заштиту менталног здравља у Републици Србији за период 2019-2026. године (у даљем тексту: Стратегија) је усаглашен систем мера, услова и инструмената јавне политике које Република Србија треба да спроведе ради заштите менталног здравља превенцијом настанка менталних поремећаја, унапређењем менталног здравља, анализом и дијагнозом менталног стања лица, лечењем и рехабилитацијом лица са менталним поремећајима, као и сумње на постојање менталних поремећаја, а уз поштовање људских права и јачање достојанства особа са менталним сметњама и примене најмање рестриктивних облика третмана.

Иако је учињен значајан напредак од усвајања претходне Стратегије развоја заштите менталног здравља 2007. године, спровођење свеобухватних, квалитативних мера јавне политике захтевају неке од тадашњих констатација, које су и даље актуелне, а садрже оцену:

1) да се ментално здравље и даље често посматра као ниски приоритет иако је ментално здравље национални капитал и представља интегрални део индивидуалног здравља и добробити, као и здравља и добробити заједнице, њеног развоја и обнове, а квалитетна заштита менталног здравља је легитимно људско право;

2) да доминантна култура занемаривања и изопштавања људи са менталним сметњама опстаје, највише изражена у одржавању постојања великих установа за ментално здравље, које не одговарају потребама пацијената, што води кршењу права људи са менталним поремећајима и захтева трансформацију ка деинституционализацији.

Суштина менталног здравља је јасна у дефиницији здравља коју је дала Светска здравствена организација (СЗО): „Здравље представља комплексно физичко, ментално и социјално благостање, а не само одсуство болести и онеспособљености“. Из наведеног се закључује да је ментално здравље интегрални део општег здравља, што СЗО дефинише као „стање благостања у којем свака особа остварује свој потенцијал, носи се са свакодневним стресом, да може продуктивно да ради и да је у могућности да доприноси својој заједници“. Сматра се да је ментално здравље предуслов и темељна одредница квалитета живота.

Мере јавне политике у области менталног здравља се врше без дискриминације по основу расе, пола, рођења, језика, држављанства, националне припадности,

вероисповести, политичког или другог уверења, образовања, правног или социјалног статуса, имовног стања, узраста, инвалидитета или било којег другог личног својства. Забрањена је дискриминација на основу менталних поремећаја, а свако лице са менталним поремећајима има право на хумани третман, уз пуно поштовање његовог достојанства, и забрану сваког злостављања, занемаривања, експлоатације, злоупотребе или понижавајућег поступања према лицу са менталним поремећајима.

У Републици Србији спроводи се процес опсежних друштвених, политичких и економских реформи, спроводе се темељне реформе правног система, усвојени су бројни материјални и процесни закони, што је значајно утицало и на данашњу међународну позицију Републике Србије, која је у марту 2012. године постала кандидат за чланство у Европској унији. Овај статус захтева даље усклађивање националног законодавства са стандардима и прописима Европске уније, али и Савета Европе чији је Србија члан од 2003. године, као и њихово пуно спровођење. То се односи и на област заштите менталног здравља у којој су извршене значајне реформе доношењем Закона о заштити лица са менталним сметњама, Закона о правима пацијената, Закона о јавном здрављу, Закона о социјалној заштити, Закона о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом и пратећих подзаконских прописа.

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

Системи заштите менталног здравља морају покривати спектар потреба у менталном здрављу - од унапређења менталног здравља и иницијатива у превенцији менталних поремећаја, до ефикасније контроле тока болести и опоравка. Велике психијатријске и социјалне установе морају бити смањене, а систем заштите менталног здравља реформисан. Уз постојеће ресурсе потребни су нови да би се подржао процес реформи, посебно успостављање даљег развоја лечења и заштите менталног здравља у заједници, што би омогућило лечење у средини у којој особе са менталним поремећајима живе, уз примену најмање рестриктивног приступа у лечењу.

Ментално здравље се тиче свих и захтева партнерску акцију релевантних министарстава, стручњака и удружења корисника и пружалаца услуга. Инвестирање у ментално здравље од значаја је и за социјални и економски развој.

Стратегија је део настојања Републике Србије да буде интегрисана у савремене европске процесе и тенденције на плану заштите менталног здравља и добробити становништва. Почива на међународно договореним циљевима, конвенцијама, стратешким и оперативним документима, прописима и стандардима Уједињених нација, Савета Европе и Европске уније.

Стратегија је документ који утврђује општи оквир за акције и идентификује даље правце, остављајући простор за решавање старих и нових изазова, утврђује области деловања у заштити менталног здравља, оквир, мисију, визију и принципе Стратегије, опште и специфичне циљеве, акциони план за деловање, као и начин имплементације, праћења, евалуације и извештавања о спровођењу Стратегије.

Стратегија ће се прилагођавати у складу са потребама, могућностима и развојем друштва, међународним стандардима и добром праксом.

1.1. ЈАВНОЗДРАВСТВЕНИ АСПЕКТ МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА

Особе с менталним поремећајима имају значајно вишу учесталост инвалидитета и морталитета; оболели од великог депресивног поремећаја или шизофреније имају 40-60% повећани ризик од превремене смрти у односу на општу популацију и то због непрепознатих и занемарених соматских проблема (онколошки, кардиоваскуларни, метаболички и др. поремећаји) и суицида. Суицид је други најчешћи узрок смрти међу младим особама широм света (Mental Health Action Plan 2011-2030). Ментални поремећаји често настају код особа са соматским поремећајима и обрнуто (тако нпр. постоје докази да депресивни поремећај представља предиспозицију за инфаркт миокарда и дијабет, а у исто време оба ова поремећаја повећавају вероватноћу за настанак депресије). Због тога је важно организовати обједињене службе за заштиту. Многи фактори ризика за обољевања су заједнички менталним и соматским поремећајима – нпр. сиромаштво, злоупотреба алкохола и стрес.

На основу системске анализе опште популације у већини европских земаља показано је да ће 27% одрасле популације старости 18-65 година некада током свог живота имати ментални поремећај (то укључује поремећаје у вези са злоупотребом супстанци, психозе, депресије, анксиозност и поремећаје исхране); за жене ризик од оболевања износи око 33,2%, а за мушкарце 21,7%. Код поремећаја злоупотребе супстанци за мушкарци је 5,6%, а жене 1,3%, док за психотичне поремећаје нема разлике међу половима. Код 32% опште популације се очекује да ће имати један ментални поремећај, код 18% се могу очекивати два, а код 14% и три ментална поремећаја током живота.*

Поремећаји централног нервног система (злоупотреба супстанци, ментални поремећаји и неуролошки поремећаји) чине 13% целокупног терета болести према подацима СЗО из 2004. године. Сам депресивни поремећај чини 4.3% целокупног терета болести (GBD – Global Burden of Disease) и самим тим депресивни поремећај је један од најчешћих узрока онеспособљености широм света (11% година живота изгубљених због онеспособљености – YLL- Years of Life Lost), и то посебно код жена.**

Економска последица ових губитака услед нарушеног здравља је висока: трошкови услед менталних поремећаја у периоду 2011-2030 ће бити 16,3x10¹² америчких долара.

Ментални поремећаји представљају велики јавно-здравствени проблем, како у свету, тако и у нашој земљи због: релативно велике преваленције са тенденцијом пораста због јављања првих симптома болести у све ранијем животном добу; хроничног тока, због чега је нарушен квалитет живота оболелих особа (последича израженог субјективног осећаја патње), породица оболелих и целокупног друштва; великих економских трошкова по друштво - директних (услед скупог болничког лечења) и индиректних (због велике стопе незапослености и великог степена инвалидитета, те смањене радне способности); израженог морбититета и морталитета од соматских болести (нарочито кардиоваскуларних обољења, респираторних болести и болести узрокованих инфективним агенсима).

На основу наведеног, може се закључити да је ментално здравље национални капитал и пресудан за свеобухватно благостање индивидуе, породице, локалне заједнице и државе, те његова заштита мора представљати неопходан и значајан аспект свеукупног система здравствене заштите, односно јавног здравља. Због свега тога, превенција

менталних поремећаја и унапређење менталног здравља у оквиру националне политике и легислативе од кључног је значаја за локалну заједницу и државу.

Да би се ово реализовало, важно је обезбедити међуресорну сарадњу Министарства здравља са Министарством правде, Министарством унутрашњих послова, Министарством финансија, Министарством за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарством просвете, науке и технолошког развоја, Министарством омладине и спорта, као и сарадњу са јединицама територијалне аутономије и јединицама локалне самоуправе, удружењима пацијената и њиховим породицама, средствима јавног информисања и друштвеним мрежама.

1.2. ЈАВНА РАСПРАВА

О Нацрту Стратегије за заштиту менталног здравља у Републици Србији за период 2019-2026. године спроведене су консултације на међународној конференцији „У сусрет новој стратегији заштите менталног здравља и третману заснованом на људским правима“, одржаној у Београду, у организацији Савета Европе, у оквиру пројекта „Јачање заштите људских права лица лишених слободе и осуђених лица у Србији“, који је део заједничког програма Европске уније и Савета Европе “Horizontal Facility за Западни Балкан и Турску“ и невладине организације Међународна мрежа помоћи „IAN“ (International Aid Network) (IAN), којој су присуствовали представници Министарства здравља, Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, здравствених установа, установа социјалне заштите, невладиних организација и удружења корисника услуга.

Консултативни састанци одржани су са експертима Савета Европе ангажованим у оквиру пројекта „Јачање заштите људских права лица лишених слободе и осуђених лица у Србији“, који је део заједничког програма Европске уније и Савета Европе “Horizontal Facility за Западни Балкан и Турску“, али са стручним експертом ангажованим у оквиру пројекта „Правна подршка преговорима“ (PLAC II), као и са представницима невладиних организација „Центар за социјално-превентивне активности ГРиГ“ и „Мреже за ментално здравље НаУм“, коју чини 12 удружења из Републике Србије.

Дате сугестије и предлози су највећим делом прихваћени.

2. ОПИС ПОСТОЈЕЋЕГ СТАЊА

2.1. ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

У Републици Србији (без података за АП Косово и Метохија), према попису становништва из 2011. године, живи укупно 7.186.862 становника. Међутим, процењује се да је број становништва са подацима за АП Косово и Метохија за око два милиона већи, што се не може поуздано утврдити, пошто од 1991. године у АП Косово и Метохија није спроведен попис становништва.

Процењен број становника, од стране Републичког завода за статистику, на дан 30 јун 2017. године, износи 7.020.858 становника и то 3.419.815 мушкараца и 3.601.043 жена, што је 2,3 % мање у односу на број становника 2011. пописне године, односно чак 6,4 % мање у односу на број становника 2002. пописне године (7.498.001).

Према подацима поменуте процене узрасна структура и број деце по узрасту је: деца предшколског узраста 0-6 година 458.199, школска деца 7-18 година 829.694, школска деца 10-18 година 629.810, деца укупно до 18 година 1.287.893, односно 18,34% целокупне популације.

Укупан број одраслог становништва је 5.732.965, од којих је 1.378.524 одраслих старијих од 65 година, који чине 19,6% популације. Жене у фертилитетном добу, старости од 15 до 49 године чине 21,9% популације.

У Статистичком годишњаку Института за јавно здравље Републике Србије „Др Милан Јовановић Батут“ за 2017. годину, наведено је да очекивано трајање живота у Републици Србији износи 75,4 година, односно 73 године за мушки и 77,9 година за женски пол. Упоређујући области, најдуже очекивано трајање живота је у Београду (76,5 година, односно 74,1 за мушкарце и 78,8 за жене), а најкраће у Севернобанатском округу (72,8 година, односно 69,7 за мушкарце и 76,1 за жене). Према подацима из наведеног годишњака у 2017. години стопа природног прираштаја на 1.000 становника била је минус 5,5, стопа живорођених је 9,2 на 1.000 становника, док је стопа морталитета 14,3 на 1.000 становника. Витални индекс (број живорођених на 100 умрлих) је у опадању и у 2017. години је 62,6.

2.2. ЕКОНОМСКА СИТУАЦИЈА

Према подацима из Статистичког календара Србије за 2018. годину, Републичког завода за статистику, бруто домаћи производ (БДП) у 2017. години по глави становника је 5.899 америчких долара (USD). Спољнотрговински биланс Републике Србије за 2017. годину, у милионима USD, је: извоз 16.992, увоз 21.947, а покривеност увоза извозом је 77,4%. У 2017. години укупно је било 1.977.357 запослених, 1.720.435 корисника пензије и 618.827 незапослених лица, а стопа незапослености је 14,1% радно активног становништва.

Према подацима из Националног здравственог рачуна Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ у 2017. години, потрошња за здравствену заштиту је била 516 USD по глави становника, односно 8,8% БДП.

2.3. СТАЊЕ СЛУЖБИ И КАДРОВА

Укупан број постеља за стационарно лечење лица са менталним поремећајима у свим здравственим установама у државној својини у Републици, предвиђених Уредбом о Плану мреже здравствених установа, износи 5.231 и то у различитим врстама здравствених установа.

У установама за краткотрајну хоспитализацију предвиђена је 1.871 постеља и то у 28 општих болница, Специјалној болници за болести зависности, Институту за ментално здравље, Клиници за неурологију и психијатрију за децу и омладину, клиникама у саставу 4 клиничка центра и психијатријским болницама у саставу КБЦ „Звездара и КБЦ „Др Драгиша Мишовић“.

Од укупно 40 општих болница, у 28 општих болница, које су територијално распоређене, постоје постељни капацитети за стационарно лечење психијатријских болесника, а у претходном периоду завршен је процес раздвајања неуролошких од психијатријских одељења. У општим болницама у којима не постоје постељни капацитети

обезбеђује се збрињавање психијатријских болесника у оквиру специјалистичко-консултативних амбуланти, а у појединим и у оквиру капацитета дневних болница.

У специјалним психијатријским болничким установама: 4 специјалне болнице за психијатријске болести у Новом Кнежевцу, Вршцу, Ковину и Горњој Топоници и Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ у Београду предвиђено је 3.360 постеља за психијатрију. Од ових капацитета 1.063 постеља користи се за збрињавање и лечење психотичних поремећаја у акутној фази, болести зависности, за мере безбедности медицинског карактера, психогеријатрију и психосоцијалну рехабилитацију, а до 2.297 постеља за хоспитализацију пацијената оболелих од хроничних психијатријских болести.

Поред поменутог у око 70 домова здравља у оквиру специјалистичко-консултативних служби постоје и психијатријске амбуланте.

Стање људских (професионалних) ресурса, на дан 31.12.2017. године, према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ је следеће: на 100.000 становника има 7 психијатара и 3,46 неуропсихијатра. Укупан број психијатара је 496, а неуропсихијатара 246, што је укупно 742, док је 114 доктора медицине на специјализацији из психијатрије. Треба нагласити, међутим, да се 110 неуропсихијатара бави искључиво особама са менталним поремећајима, док је 132 неуропсихијатра укључено у лечење пацијента са неуролошким проблемима, нарочито у општим болницама, а неретко и нису вољни да се баве особама са менталним поремећајима, нити имају довољно знања за њихово лечење.

Укупан број специјалиста психијатрије који се баве децом и младима и специјалиста дечје и адолесцентне психијатрије у Србији је 47, од којих су 24 специјалисти дечје и адолесцентне психијатрије. Од поменутог броја специјалиста психијатрије који се баве децом и младима 38 ради у психијатријским установама и још 9 специјалиста дечје и адолесцентне психијатрије обавља свој посао у оквиру регионалних здравствених центара, домова здравља, приватној пракси. Статистички гледано то је један лекар на 27.400 деце / адолесцената, узраста до 18. година.

2.3.1. ПРЕДНОСТИ САДАШЊЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ЗАШТИТЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

1) Равномерна територијална покривеност стационарним психијатријским одељењима (посебно истичемо важност постојања психијатријских постеља - одељења у општим болницама),

2) Добро образован стручни кадар,

3) Мали проценат институционализованих пацијената у Републици Србији у поређењу са другим европским земљама у тренутку када су оне отпочињале реформе у области заштите менталног здравља,

4) Постојање психијатријских служби на нивоу примарне здравствене заштите,

5) Постојање психосоцијалне оријентације у заштити менталног здравља, са дневним болницама и клиникама у већини великих градова у Републици Србији,

6) Постојање психосоцијалних програма разних удружења.

2.3.2. НЕДОСТАЦИ САДАШЊЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ЗАШТИТЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

1) Лекари опште медицине на нивоу примарне здравствене заштите немају довољно знања и вештина из психијатрије и заштите менталног здравља. Услед тога често нису у могућности да адекватно дијагностикују, лече и упуте пацијенте тако да постоји тенденција њиховог претераног ослањања на службе заштите менталног здравља у здравственим установама на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите. Сарадња психијатријских здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа са примарном здравственом заштитом је неадекватна. Један број особа са менталним поремећајима не обраћа се лекарима примарне здравствене заштите пре консултовања других нивоа,

2) У једном делу великих психијатријских болница реализују се дуготрајне хоспитализације особа са хроничним психозама и поремећајем интелектуалног развоја. Један део ових пацијената је годинама институционализован, најчешће због социјалних разлога. Пацијенти у психијатријским болницама су често смештени у собе са великим бројем кревета, у лошим материјалним условима, са недовољно особља, а третман често не следи принципе савремене психијатрије. Поштовање људских права и права пацијената у оваквим условима није увек могуће у потпуности остварити,

3) У великим установама социјалне заштите (са домским смештајем) су дуготрајно (више година) смештене особе са хроничним психозама и поремећајем интелектуалног развоја. Слично као и у психијатријским болницама и у великим установама социјалне заштите често су лоши материјални услови, а број особља је мали у односу на број корисника,

4) Не заступа се увек 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 (овај тзв. "отворени" приступ је у развијеним земљама превазиђен, јер се оне стриктно ослањају на територијални приступ),

5) Неравномерна дистрибуција кадрова у психијатријским установама, односно психијатријским службама општих болница, у односу на број становника на територији која гравитира ка одређеној установи,

6) Недовољно дефинисане обавезе и одговорности у односу на пружање здравствених услуга код коморбидитетних стања са поремећајем менталног здравља (акутне интоксикације психоактивним супстанцама, делирантна стања различите етиологије, поремећаји исхране, хируршке и друге медицинске интервенције у ситуацијама виталне угрожености...),

7) Недовољно развијене службе за дечју и адолесцентну психијатрију на свим нивоима здравствене заштите и неадекватно повезивање с другим службама за децу и

младе – како педијатријским, тако и службама за адултну психијатрију; недовољно развијена интерсекторска сарадња,

8) Неповезаност служби за судску психијатрију са осталим психијатријским службама,

9) Недовољна сарадња између психијатријских установа, као и између психијатријских установа и установа социјалне заштите, невладиних организација, удружења корисника услуга и чланова њихових породица, која је неопходна за налажење адекватних решења по питању третмана, континуиране неге и смештаја особа са менталним поремећајима,

10) Одсуство центара за заштиту менталног здравља у локалној заједници и других нестационарних психијатријских служби (нпр. службе за дечију и адолесцентну психијатрију, службе за ране интервенције у психијатрији, службе за рехабилитацију и радно оспособљавање, службе за болести зависности, службе за геронтопсихијатрију, итд.),

11) Едукација медицинских сестара и техничара, студената медицине и специјализација будућих психијатара није у потпуности усклађена са потребама савремене заштите менталног здравља, као ни са принципима превенције и унапређења менталног здравља.

12) Недовољан број истраживачких пројеката (недостају епидемиолошке студије),

13) Непостојање националних регистара за одређене психијатријске поремећаје,

14) Недостатак координације психосоцијалних програма,

15) Удружења пацијената (корисника услуга) и чланова њихових породица нису довољно укључена у креирање процеса заштите менталног здравља,

16) Изложеност запослених пролонгираном стресу и тешким условима за рад,

17) Распрострањена стигма у вези са менталним поремећајима, чему значајно доприноси и сензационалистички приступ медија и неадекватно информисање јавности,

18) Недовољно развијен информациони систем за регистровање и праћење менталних поремећаја, што отежава континуирано праћење инциденције и преваленције менталних поремећаја у друштву и планирање програма за превенцију и лечење менталних поремећаја,

19) Недовољно средстава која се додељују за заштиту менталног здравља из буџета Републике Србије и непостојање података о проценту тих средстава у односу на средства издвојена за здравство у целини.

2.3.3. КАРАКТЕРИСТИКЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА ГРАЂАНА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

Здравствено-статистички годишњак Републике Србије за 2017. годину Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, приказује основне податке о становништву, рађању, оболевању и умирању, утицају фактора животне средине на

здравље, коришћењу здравствене заштите, организацији и раду здравствене службе, о утврђеним оболењима, стањима и повредама по групама, Морбидитетна листа (МКБ 10) Из приказаних података види се да је током 2017. године због душевних поремећаја и поремећаја понашања болнички лечено укупно 34.497 особа, од којих је 18.806 мушких особа, са индексом структуре 1,55 и стопом од 5,50 особа на 1000 становника, а женских особа 15.691, са индексом структуре 1,29 и стопом од 4,36 особа на 1000 становника.

С обзиром на неадекватно функционисање информационог система и непостојање националних регистара за менталне поремећаје није могуће добити поуздане епидемиолошке и статистичке податке, који су неопходни за процену менталног здравља грађана Републике Србије.

Према извештају Светске здравствене организације за 2017. годину (Глобалне здравствене процене-депресија и остали најчешћи ментални поремећаји) у Републици Србији са депресијом живи 419.302 особе, што чини 5% популације, док са анксиозним поремећајем има 323.690 особа или 3,8% популације.

2.3.4. КАРАКТЕРИСТИКЕ СТАЊА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА И ОРГАНИЗАЦИЈЕ ЗАШТИТЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА У ДРУГИМ ЗЕМЉАМА

Системи организације заштите менталног здравља у земаљама у окружењу, као и земаљама тзв. Вишеградске групе, су у транзицији од институционалног ка збрињавању у заједници.

Скоро све европске земље усвојиле су неку врсту стратегије менталног здравља, које се разликују по формату и садржини. Двадесет једна европска земља има стратегију менталног здравља као посебан документ, у шест земаља које имају стратегију као посебан документ поједина питања у области менталног здравља уређена су и другим стратегијама, а у тринаест земаља ментално здравље је уређено општездравственом стратегијом.

Федерација Босна и Херцеговина, поред закона о менталном здрављу, има Политику и стратегију за заштиту и унапређење менталног здравља за период 2012-2020, а у Републици Српској је 2017. године усвојена Стратегија развоја менталног здравља за период 2017-2027. Сва правна акта су, у смислу усклађености са међународним прописима којима се уређују људска права високо оцењена од стране Светске здравствене организације (Bosna and Herzegovina, Mental Health Atlas 2017, Member State Profile, World Health Organization). Услуге у области менталног здравља пружају се кроз мрежу центара за ментално здравље, којих је укупно 59, који располажу са по 10 болесничких постеља (намењених за акутну хоспитализацију) на психијатријским одељењима територијално надлежних општинских болница. Услуге из области менталног здравља на секундарном и терцијарном нивоу пружају се у универзитетским болницама и психијатријским одељењима општинских болница у већим градовима у Федерацији, а у Републици Српској центри за заштиту менталног здравља су носиоци ванболничке заштите и неге у јединицама локалне самоуправе. У заједницама у којима постоје центри за ментално здравље нема довољно других служби за пружање алтернативних услуга у области менталног здравља (корисничке организације, дневни центри, заштићено становање и друго).

У Босни и Херцеговини је, у 2017. години, укупан број становника процењен на 3.535.961. Према званичним проценама Светске здравствене организације оптерећење становништва менталним поремећајима и интелектуалним потешкоћама је 3.125 (на 100.000 становника), посматрано кроз године живота измењене услед инвалидитета. Стопа

морталитета, због суицида, износи 8,8 на 100.000 становника.

Светска здравствена организација је, са становишта усклађености са међународним прописима којима се уређују људска права, високо оценила Стратегију заштите и унапређења менталног здравља у Црној Гори за период 2019-2023 и Закон о заштити и остваривању права ментално обољелих лица (Montenegro, Mental Health Atlas 2017, Member State Profile, World Health Organization). Према подацима из Стратегије, болнички третман особа са менталним поремећајима се врши у јединицама за стационарно лечење у 4 здравствене установе у Подгорици, Никшићу, Котору и Бијелом Пољу, са укупно 310 болесничких постеља, односно са 50 постеља на 100.000 становника. Ефикасност центара за ментално здравље, у погледу квалитета и садржаја услуга у заједници није у потпуности одговарајућа према утврђеној првобитној намени, а психијатријска служба се и даље доминантно ослања на болнички третман, не пружајући неопходне услуге у заједници. Извршена редукција болничких постеља није адекватно праћена јачањем услужних сервиса у заједници, што је довело до преоптерећења болничких капацитета и недостатком капацитета за лечење акутних психијатријских стања, уз констатован пораст пацијената којима је изречена обавезна мера лечења. У центрима за ментално здравље при домовима здравља пружају се услуге деци до 15 година старости, а не постоје капацитети за стационарно лечење деце и омладине.

У Црној Гори је, у 2017. години, укупан број становника процењен на 628.178. Према званичним проценама Светске здравствене организације оптерећење становништва менталним поремећајима и интелектуалним потешкоћама је 3.847 (на 100.000 становника), посматрано кроз године живота измењене услед инвалидитета. Стопа морталитета, због суицида, износи 10,3 на 100.000 становника.

Република Хрватска је усвојила Стратегију заштите менталног здравља за раздобље 2011-2016, којом су обухваћена и деца. 2014. године усвојен је и Закон о заштити особа са душевним сметњама, а Светска здравствена организација је, са становишта усклађености са међународним прописима којима се уређују људска права, та документа високо оценила (Croatia, Mental Health Atlas, World Health Organization).

У Хрватској има 7 психијатријских болница са укупно 73,35 постеља и 664,83 пријема годишње на 100.000 становника. Служби у заједници има 102, а других облика дневних центара 31. Служби у заједници (за децу) има 29, а 3 друга облика дневног збрињавања.

У Хрватској је, у 2017. години, укупан број становника процењен на 4.236.000. Према званичним проценама Светске здравствене организације оптерећење становништва менталним поремећајима и интелектуалним потешкоћама је 4.248 (на 100.000 становника), посматрано кроз године живота измењене услед инвалидитета. Стопа морталитета, због суицида, износи 16,5 на 100.000 становника.

Националну стратегију менталног здравља из 2006. године, Национални програм за ментално здравље из 2007. године и посебан закон који уређује заштиту менталног здравља у Румунији Светска здравствена организација је, са становишта усклађености са међународним прописима којима се уређују људска права, високо оценила (Romania, Mental Health Atlas, 2017, World Health Organization).

У Румунији има 34 психијатријске болнице са укупно 82,47 постеље и 311,63 пријема годишње на 100.000 становника. Служби у заједници има 41, са 1070 посета на годишњем нивоу. Других облика дневних центара има 16, са 427 посета на годишњем нивоу, а служби у заједници за децу има 39.

У Румунији је, у 2017. години, укупан број становника процењен на 19.876.621. Према званичним проценама Светске здравствене организације оптерећење становништва менталним поремећајима и интелектуалним потешкоћама је 2.743 (на 100.000 становника), посматрано кроз године живота измењене услед инвалидитета. Стопа морталитета, због суицида, износи 10,4 на 100.000 становника.

Министарство здравља Републике Чешке, уз помоћ тимова здравствених стручњака у области менталног здравља и пацијената, креирало је, 2013. године, Стратегију реформе психијатријског збрињавања, са унапређењем квалитета живота особа са менталним сметњама, као општим циљем и смањењем стигматизације, повећањем задовољства пацијената, повећањем инклузије пацијената у заједницу и хуманизацијом психијатријског збрињавања, као стратешким циљевима. Поред проширења амбулантног и стационарног психијатријског лечења, Стратегијом се уводе центри за ментално здравље у заједници, са мултидисциплинарним тимовима. У 2017. години је спроведен пилот пројекат у 30 центара, финансиран средствима европских фондова у трајању од 18 месеци, након чега финансирање преузима фонд здравственог осигурања и локални социјални фондови.

Светска здравствена организација је, са становишта усклађености са међународним прописима којима се уређују људска права, високо оценила документа којима се уређује заштита менталног здравља (Czech Republic, Mental Health Atlas, 2017, World Health Organization).

У Чешкој има 18 психијатријских болница са укупно 80,94 постеље и 309,36 пријема годишње на 100.000 становника. Служби у заједници има 1.161, са 27.623 посете на годишњем нивоу. Резиденцијалних установа има 156.

У Републици Чешкој је, у 2017. години, укупан број становника процењен на 10.603.762. Према званичним проценама Светске здравствене организације оптерећење становништва менталним поремећајима и интелектуалним потешкоћама је 3.016 (на 100.000 становника), посматрано кроз године живота измењене услед инвалидитета. Стопа морталитета, због суицида, износи 13,1 на 100.000 становника.

Први национални програм за ментално здравље у Мађарској донет је 2009. године, као програм министарства здравља, али није постао програм владе, нити је имплементација програма подржана финансијски. Не постоји ни посебан закон којим би се уредила област менталног здравља, већ је збрињавање особа са менталним сметњама уређено појединим члановима закона о здравственој заштити из 1997. године. Уз услуге које нуде тзв. транзиционе установе (домови за негу, свратишта за бескућнике, домови за наркомане и психијатријске пацијенте) услуге психијатријског збрињавања у заједници се третирају као услуге социјалне заштите. Недостаци оваквог начина збрињавања резултат су непостојања нормативног уређења и повезаности између установа здравствене и социјалне заштите. Збрињавање особа са менталним сметњама у заједници, у складу са иницијативом Светске здравствене организације, не постоји, помиње се реторички, без конкретног плана (Hungary, Mental Health Atlas, 2017, World Health Organization).

У Мађарској нема посебних психијатријских болница, а постоји 259 психијатријских одељења у општим болницама са укупно 86,67 постеља и 955,75 пријема годишње на 100.000 становника. Служби у заједници има 251, са 3.951 посету на годишњем нивоу. За децу постоји 91 служба у заједници, уз 2 дневна центра за децу.

У 2017. години, укупан број становника Мађарске процењен је на 9.783.925. Према званичним проценама Светске здравствене организације оптерећење становништва менталним поремећајима и интелектуалним потешкоћама је 4.542 (на 100.000 становника), посматрано кроз године живота измењене услед инвалидитета. Стопа морталитета, због суицида, износи 19,1 на 100.000 становника.

У Пољској постоји Закон о менталном здрављу из 1994. године и Национални програм заштите менталног здравља из 2006. године, са решењима за трансформацију постојећег система у збрињавање особа са менталним поремећајима у заједници. Планирано је значајно смањење броја болесничких постеља и формирање дневних центара.

Светска здравствена организација је, са становишта усклађености са међународним прописима којима се уређују људска права, средњом оценом оценила документа којима се уређује заштита менталног здравља, уз оцену да постоји међусекторска сарадња у области менталног здравља и сарадња са корисницима услуга и њиховим породицама или групама за заступање (Poland, Mental Health Atlas, World Health Organization).

У Пољској има 48 психијатријских болница са укупно 30,40 постеља и 288,03 пријема годишње на 100.000 становника. У општим болницама постоји 100 психијатријских одељења, служби у заједници има 914, са 11.918 посета на годишњем нивоу., а других облика дневног збрињавања за децу има 33.

У Пољској је, у 2017. години, укупан број становника процењен на 38.265.226. Према званичним проценама Светске здравствене организације оптерећење становништва менталним поремећајима и интелектуалним потешкоћама је 3.730 (на 100.000 становника), посматрано кроз године живота измењене услед инвалидитета. Стопа морталитета, због суицида, износи 16,2 на 100.000 становника.

Словачка је 2004. године усвојила национални програм за ментално здравље, као стратешки документ којим су утврђене мере за унапређење менталног здравља становништва.

Овај документ је Светска здравствена организација, са становишта усклађености са међународним прописима којима се уређују људска права, оценила средњом оценом, уз констатацију да постоји међусекторска сарадња у области менталног здравља и сарадња са корисницима услуга и њиховим породицама или групама за заступање (Slovakia, Mental Health Atlas 2017, Member State Profile).

У Словачкој има 48 психијатријских болница са укупно 30,40 постеља и 288,03 пријема годишње на 100.000 становника. У општим болницама постоји 100 психијатријских одељења, служби у заједници има 914, са 11.918 посета на годишњем нивоу, а других облика дневних центара има 241. За децу постоји 181 служба у заједници, а других облика дневног збрињавања за децу има 33.

У Словачкој је, у 2017. години, укупан број становника процењен на 5.439.318. Према званичним проценама Светске здравствене организације оптерећење становништва менталним поремећајима и интелектуалним потешкоћама је 3.664 (на 100.000 становника), посматрано кроз године живота измењене услед инвалидитета. Стопа морталитета, због суицида, износи 12,8 на 100.000 становника.

2.4. АНАЛИЗА СПРОВОЂЕЊА ПРЕТХОДНОГ ПЛАНСКОГ ДОКУМЕНТА

Стратегијом развоја заштите менталног здравља („Службени гласник РС“, број 8/07), као претходним планским документом, констатовано је:

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

- да је реформа у области менталног здравља започета у контексту политичких промена у земљи и да у будућности мора бити равноправан део целокупних реформи у

области здравства; да се мора ослањати на постојећи систем заштите здравља и да мора бити постигнута у складу са међународним искуствима и стандардима, у сарадњи са стручњацима у региону и разменом искустава са земљама у транзицији,

- да реформа треба да промовише службе у заједници, које су лако доступне и планиране тако да покрију сва географска подручја, према потребама становништва, које треба да пруже савремено, свеобухватно лечење које подразумева био-психо-социјални приступ, а што је могуће ближе породици оболеле особе,

- да конвенционални приступ, заснован на лечењу болести, треба да буде проширен на свеобухватни, мултидимензионални приступ менталном здрављу и менталним поремећајима,

- да 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,

- да 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,

- да реформа треба да буде подржана променама у законодавству које се посебно односе на заштиту права и потреба особа са менталним поремећајима и реалним оснажењем оних који планирају службе у области менталног здравља.

Непостојање координационог тела са стварном надлежности у погледу управљања реформама и непостојање механизма праћења реализације мера овог планског документа резултирало је неостваривањем утврђених циљева.

Доношењем Закона о заштити лица са менталним сметњама, Закона о правима пацијената, Закона о јавном здрављу, Закона о социјалној заштити, Закона о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом и пратећих подзаконских прописа, створени су услови за даљу реформу у области заштите менталног здравља.

На територији Републике Србије отворено је укупно само пет центара за заштиту менталног здравља у заједници, који су формиран као организационе јединице постојећих стационарних здравствених установа на секундарном и терцијарном нивоу. И даље постоје велике психијатријске болнице у које се смештају пацијенти са хроничним психијатријским болестима и менталним ретадардацијама, често из социјалних разлога. Болнице су недовољног просторног капацитета и особља и често нису у могућности спроводити принципе савремене психијатрије. Није остварен принцип територијалне заштите менталног здравља (пацијенти се и даље упућују на лечење у психијатријске установе у удаљеним местима), нити је успостављена у потпуности међусобна сарадња психијатријских установа и сарадња психијатријских установа и установа социјалне заштите. Повећање броја дуготрајних (чак и више деценија) хоспитализација психијатријских пацијената објашњава се недостатком капацитета у систему социјалне заштите, ради чега је у том систему заштите потребно основати више резиденцијалних установа.

Иако је у области удружења корисника услуга дошло до извесних промена, с обзиром да је, у међувремену, основано неколико удружења која релативно добро функционишу, ипак корисници и даље нису довољно укључени у рад тела која доносе одлуке или у процесе одлучивања.

У великим психијатријским болницама, које су, у правилу, изоловане од урбаних средина и у којима је ограничено кретање пацијената, углавном изостаје програм

психосоцијалне рехабилитације или је мали број пацијената укључених у рехабилитацију, првенствено због постојећег начина финансирања.

Како је лицима са менталним поремећајима потребна подршка у различитим областима живота, да би уживала пуна грађанска права, неопходна је међусекторска сарадња надлежних републичких и органа јединица локалне самоуправе, ради стварања свеобухватних модела помоћи и подршке (центар за ментално здравље у оквиру здравственог система, систем социјалне заштите, јединице локалне самоуправе). Подршку центрима за ментално здравље у заједници могу дати и локалне самоуправе са искуством у раду са службама у заједници, а у реализацији циљева претходног планског документа изостало је препознавање улоге локалних самоуправа у формирању служби према потребама становништва на локалном нивоу.

Иако је учињен заокрет у разумевању менталног инвалидитета, неопходна је промена парадигме међу професионалцима и у јавности, те прелазак са традиционалног приступа инвалидности (утемељен на медицини) на приступ утемељен на људским правима (на инвалидност се гледа из перспективе људских права и инклузије). Основни елементи старе парадигме (нпр. неизлечивост менталних поремећаја, биомедицински појам болести) коче процес деинституционализације), па је неопходно на основу података и искустава указивати на предности психосоцијалног приступа, постепено, кроз све активности и програме у току реформе.

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.

Визија реформе заштите менталног здравља актуелне стратегије укључује примену ефикасних и свеобухватних метода на неколико нивоа:

1) На нивоу опште популације - превенција и унапређења менталног здравља кроз стручно планирање и спровођење информативних кампања, перманентну едукацију путем различитих средстава информисања и ширење мрежа саветовалишта за групе становништва под различитим ризицима;

2) На нивоу здравствене службе - савремена дијагностика и третман заснован на доказима (уз формулисање индивидуалног плана лечења и примену комбинације фармаколошких и нефармаколошких интервенција), који се базира на тимском раду и којим руководи додатно обучен кадар (по принципу "case-management" тј. вођења случаја);

3) На нивоу едукативних и академских центара - на националном нивоу осавремењивање и хармонизација постојећих едукативних програма из психијатрије одраслог доба, дечије и адолесцентне психијатрије, клиничке психологије и осталих повезаних области (основне и пост-дипломске студије, континуирана медицинска едукација) и подстицање мултицентричних истраживања. Такође, одржавање и проширење интернационалне стручно-научне сарадње.

Реформа у области менталног здравља, након заостајања у односу на прихваћене међународне стандарде и добру праксу, постала је неопходан процес, пре свега због промене стручне доктрине и увођења нових психофармака који значајно утичу на начин и динамику лечења и квалитет живота ментално оболелих лица. Реформа у области менталног здравља је цивилизацијски искорак примерен савременом добу, који захтева недвосмислено поштовање људских права и промену парадигме у лечењу менталних поремећаја.

Национална стратегија развоја заштите менталног здравља (2007.) је утемељила основне принципе реформе. Након шест година од њеног доношења, донет је Закон о заштити лица са менталним сметњама, Правилник о ближим условима за примену физичког спутавања и изолације лица са менталним сметњама која се налазе на лечењу у психијатријским установама, као и Правилник о врсти и ближим условима за образовање организационих јединица и обављање послова заштите менталног здравља у заједници, који представљају окосницу даље трансформације психијатријских служби.

Након деценијског скромног помака у реформисању области заштите менталног здравља и заостајања у односу на неке европске земље, јасно је да се реформисању мора приступити радикалније, уз уважавање особености система на коме је концепт базиран. Реформа се мора ослањати на постојећи систем здравствене заштите и мора бити постигнута у складу са међународним искуствима и стандардима.

Реформа у области менталног здравља треба да промовише службе у заједници које нису дискриминишуће, које су лако доступне и чији рад (превентивни и терапијски) 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 и пракси, које се посебно односе на заштиту права и потреба особа са менталним поремећајима и реалним оснаживањем оних који планирају службе у области менталног здравља. У разрађивању реформи стручњаци за ментално здравље морају сарађивати са стручњацима који се баве реформом система здравствене заштите, као и са стручњацима из области социјалне заштите, али и других области друштвеног живота, јер процес деинституционализације постојећег система заштите особа са менталним поремећајима треба посматрати као јединствен, те је неопходно креирати програм деинституционализације у који ће се укључити сви сегменти заједнице и који ће пратити реалне потребе особа са менталним поремећајима.

Деинституционализација је процес који је започео пре више од 40 година, развијао се полако и није се дефинитивно завршио у свим земљама које су тај процес започеле и управо стога је и даље један од приоритетних циљева на нивоу Европске уније.

Процес деинституционализације не подразумева само смањење броја психијатријских постеља – дехоспитализацију, већ развијање мреже планираног и координисаног алтернативног збрињавања у заједници. Координација пружања услуга у заједници је веома важна и то између здравствених и установа социјалне заштите, локалне заједнице, удружења породица и пацијената. Основа заштите менталног здравља у заједници, подразумева прелазак из институционалне психијатрије и својеврсну промену парадигме у лечењу пацијената. Ове промене укључују не само измештање служби из болница у заједницу, већ и координацију и међусекторску сарадњу, што захтева активно укључивање социјалног, образовног, сектора правосуђа и полиције, као и функционалне промене начина и циљева лечења. Промена парадигме заснива се на промени става према ментално оболелим, промени начина лечења и промени социјалног статуса оболелог.

Ментална болест мора бити посматрана као било која друга болест, а лечење мора бити засновано на свеобухватном, интердисциплинарном приступу.

3.2. ВРЕДНОСТИ И ПРИНЦИПИ

3.2.1. Заштита менталног здравља

Службе менталног здравља треба да пруже савремену, свеобухватну превенцију, лечење и рехабилитацију, што подразумева био-психо-социјални приступ и треба да се одвија у заједници, односно у средини у којој та особа живи.

Заштита менталног здравља мора укључити примарну здравствену заштиту; изабрани лекари (педијатри, доктори медицине, гинеколози и доктори стоматологије) и други здравствени радници и здравствени сарадници морају бити подржани у знању и ресурсима како би били у стању да одговоре потребама особа са менталним поремећајима.

Психофармаци треба да буду доступни особама са менталним поремећајима на свим нивоима лечења.

3.2.2. Превенција менталних поремећаја и поремећаја понашања и унапређење менталног здравља

Стратегија за заштиту менталног здравља треба да укључује, између осталог, и програм превентивних активности и активности за унапређење менталног здравља.

Примарна (универзална, селективна и индикована), секундарна и терцијарна превенција треба да буду најважнији део система заштите менталног здравља. Адекватна превенција доводи до повећања општег и менталног здравља, професионалне и опште функционалности појединца. Превентивне мере и радње утичу на контролу фактора ризика за настанак менталних поремећаја, оснажују протективне факторе и редукују симптоме менталних поремећаја, као и онеспособљеност која настаје поводом њих. Вишегодишња истраживања у овој области показују да је превенција менталних поремећаја значајно исплатива („*cost-effective*“ студије).

Превенција менталних поремећаја и поремећаја понашања и промоција менталног здравља морају бити саставни део јавног здравља и система за унапређење здравља на локалном и националном нивоу, а обављају се активностима у оквиру различитих јавних сектора који поред здравствене заштите обухватају и просвету, правосуђе, социјалну заштиту и сл.

Унапређење квалитета менталног здравља односи се на могућност психијатријске службе да постигне жељени циљ у пружању услуга у домену менталног здравља и постизање третмана у складу са актуелним смерницама за лечење заснованим на доказима. Према Отавској декларацији (1986), 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.

3.2.3. Квалитет служби

Комуникација и проток информација између различитих установа за заштиту менталног здравља треба да се побољшају и осигурају кроз системске процедуре, уз поштовање права на поверљивост података о здравственом стању пацијента.

Службе за ментално здравље треба да развију процедуре за побољшање њиховог квалитета, са уграђеним механизмима за проверу квалитета стручног рада.

Службе за ментално здравље треба да се баве систематским прикупљањем и анализом података о пацијентима кроз установљени систем извештавања и регистрације.

Неопходна је континуирана едукација стручњака за ментално здравље који морају да прате и примењују најновија знања у својој струци.

3.2.4. 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.

3.2.5. Заштита људских права

Људска права и права пацијената треба да буду заштићена на свим нивоима унутар система заштите менталног здравља.

Неопходно је да службе за ментално здравље имају уграђен систем за заштиту права особа са менталним поремећајима.

Рад са особама са менталним поремећајима треба да буде у складу са етичким принципима. Све установе треба да примењују етички кодекс у лечењу и истраживању.

3.2.6. Здравствена заштита у заједници

Службе за заштиту менталног здравља (превенцију, дијагностику, лечење, рехабилитацију 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 центрима за ментално здравље 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.

3.2.7. Брига за вулнерабилне групе

Вулнерабилне групе (деца, адолесценти, труднице и породиље, самохрани родитељи, старије особе, избегла и расељена лица и др.) треба да имају приоритет у процесу планирања и организацији служби.

Процедуре за идентификацију, бригу и лечење злостављане и занемариване деце, адолесцената и одраслих лица треба да буду развијене унутар служби за ментално здравље.

3.2.8. Учесће заједнице

Особе са менталним поремећајима, удружења пацијената и породичне групе, треба да буду укључени у процес планирања и организације 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.

3.2.9. 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.

3.2.10. Подршка укључивању релевантних установа и ресурса

Треба подстаћи партнерство за ментално здравље, сарадњу са образовним и правним системом, системом социјалне заштите и невладиним организацијама као и подстаћи партнерства и на свим другим нивоима.

3.2.11. Дестигматизација

Сви учесници у процесу лечења и превенције менталних поремећаја, као и унапређења менталног здравља, укључујући кориснике услуга и њихове породице и целокупна јавност, морају бити систематски информисани о важним проблемима везаним за ментално здравље. Постојеће предрасуде и стигму (обележавање, искључивање, дискриминацију) треба ублажити кроз кампање против стигматизације, које ће организовати и водити не само стручњаци за ментално здравље већ и корисници психијатријских услуга и све релевантне организације (школе, медији и цивилни сектор).

3.3. ЦИЉЕВИ

3.3.1. ОПШТИ ЦИЉ

Реформа система заштите менталног здравља у Републици Србији и унапређење људских права лица са менталним поремећајима у складу са међународним стандардима и најбољом праксом

Свеобухватна реформа психијатријских служби у складу са концептом заштите менталног здравља у заједници, базирана на принципима деинституционализације и социјалне инклузије лица са менталним поремећајима кроз индивидуализоване планове третмана, у значајној мери је усмерено и на:

- побољшање механизма за заштиту права појединаца са менталним поремећајима путем промена у законодавству и спровођења механизма контроле у психијатријским службама,

- укључивање корисника (пацијената), удружења корисника и породичних група у процес планирања, организације и надзора над установама за третман лица са менталним поремећајима. Неопходно је, према томе, оснаживање удружења корисника и њихових породица.

3.3.2. ПОСЕБАН ЦИЉ 1

Унапређење нормативног и институционалног оквира заштите менталног здравља

Неопходни услов за реформу система заштите менталног здравља је анализа усклађености нормативног оквира из надлежности различитих министарстава и усвајање

измена и допуна постојећег нормативног оквира на начин који би омогућио примену Стратегије.

Евалуација постојећег система заштите менталног здравља у погледу потреба становништва и расположивих људских и материјалних ресурса, уз наведене измене нормативног оквира, стварају услове за развој центара за заштиту менталног здравља у заједници, који ће пружати свеобухватну заштиту менталног здравља уз најмање могуће рестрикције и што ближе месту боравка, односно породици оболелог.

Измене нормативног оквира треба да омогуће и јачање улоге особа са менталним поремећајима, промовисање и оснивање њихових удружења, као и обезбеђивање стручне подшке постојећим удружењима како би агилније заступали унапређење права особа са менталним поремећајима и допринели побољшању квалитета живота лица са менталним поремећајима.

3.3.3. ПОСЕБАН ЦИЉ 2

Превенција менталних поремећаја и унапређење менталног здравља

Унапређење менталног здравља (примарна превенција), скрининг, правовремена дијагностика и третман (секундарна превенција), као и интегративно лечење засновано на доказима, усмерено ка опоравку и спречавању компликација (терцијарна превенција), треба да буду најважнији кораци у побољшању општег здравственог стања популације. Здравствени радници и сарадници, удружења корисника психијатријских услуга и њихових породица треба да буду активно укључени у примарну (универзалну, селективну и индиковану) превенцију и унапређење менталног здравља примењујући мултидисциплинарни приступ и треба да сарађују са другим стручњацима, организацијама и институцијама посредно укљученим у питања менталног здравља.

Рад на превенцији менталних поремећаја и унапређењу менталног здравља посебно ће се усмеравати на осетљиве популационе групе (труднице, деца и млади, стари, особе са болестима зависности, пацијенти са изреченим мерама безбедности) и подразумеваће развој мреже специфичних служби.

3.3.4. ПОСЕБАН ЦИЉ 3

Развој људских ресурса, унапређење едукације, истраживања и услова рада

Развој мреже центара за заштиту менталног здравља у заједници захтева измену норматива о условима у погледу кадрова у психијатријским службама општих болница и психијатријским установама у складу са потребама концепта заштите менталног здравља у заједници.

Реформа система заштите менталног здравља и развој психијатријских служби фокусираних на заједницу, захтева унапређење едукативних програма у медицинским

школама и на основним и постдипломским студијама за лекаре, психологе, социјалне раднике, дефектологе, радне терапеуте и медицинске сестре/техничаре, као и континуирану медицинску едукацију ових стручњака из области заштите менталног здравља у заједници.

С обзиром да концепт заштите менталног здравља у заједници подразумева укључивање свих потенцијала заједнице и интерсекторску сарадњу, поред едукације стручњака који су у саставу мултидисциплинарних тимова центара за ментално здравље, неопходна је и едукација стручњака из других области друштвеног живота (наставници, правници, новинари...).

Унапређење научноинтраживачког рада мора бити подржано.

3.3.5. ПОСЕБАН ЦИЉ 4

Побољшање квалитета, информациони системи, међусекторска сарадња, заступање и јавно заговарање

Неопходно је усклађивање и унапређење процедура дијагностике и лечења у складу са међународним стандардима.

Такође је потребно унапређење стандарда за акредитацију здравствених установа, развој процедура за праћење и надзор, за унапређење и евалуацију квалитета рада и пружених услуга психијатријских установа.

Побољшање квалитета рада у складу са међународним стандардима захтева и развој информационих система и софтверских програма за праћење корисника у свим службама за заштиту менталног здравља.

Успостављање ефикасне међусекторске сарадње између релевантних министарстава и сарадње релевантних установа на нивоу локалне самоуправе је један од основних услова развоја система заштите менталног здравља у заједници.

Унапређење заступања и јавног заговарања захтева подстицање оснивања удружења корисника, њихово укључивање у јавне кампање у медијима, подршку удружењима корисника и њиховим породицама од стране стручњака, континуирану борбу против стигматизације, предрасуда, дискриминације и искључивања ментално оболелих особа.

4. МЕРЕ ЗА ДОСТИЗАЊЕ ЦИЉЕВА

4.1. СТРАТЕШКИ ИЗАЗОВИ

Снага служби за заштиту менталног здравља у нашој земљи налази се у следећем:

- 1) постојање дневних болница и примена психосоцијалне оријентације у скоро свим градовима;
- 2) постојање психијатријских одељења у општим болницама;
- 3) запослени у постојећим службама су добро едуковани и мотивисани за даљу едукацију;
- 4) оснивање центара за ментално здравље при великим психијатријским болницама;
- 5) побољшан је нормативни оквир којим је уређена област менталног здравља;

6) побољшано поштовање људских права и права пацијената смештених у психијатријским установама;

7) делимично побољшани услови у великим психијатријским болницама.

Слабости система за заштиту менталног здравља су следеће:

1) недовољна развијеност сарадње међу секторима;

2) мали број удружења која се баве менталним здрављем;

3) недовољно средстава из буџета Републике Србије одваја се службама за ментално здравље;

4) о фондовима за ментално здравље најчешће одлучују особе које се не баве заштитом менталног здравља;

5) недовољна едукованост лекара примарне здравствене заштите из области лечења менталних поремећаја и неадекватна сарадња секундарних и терцијарних нивоа здравствене заштите са примарном здравственом заштитом;

6) недовољно добри услови у великим психијатријским болницама и установама социјалне заштите (домовима) где дуготрајно бораве особе са хроничним психозама и интелектуалним поремећајима;

7) незадовољавајући ниво поштовања људских права лица са менталним поремећајима;

8) непостојање услова за рану детекцију и интервенције у случајевима повишеног ризика за психозу;

9) неадекватни национални регистри за менталне поремећаје;

10) недовољно финансирање истраживања у области менталног здравља, превентивних активности и унапређења менталног здравља;

11) недовољно развијене службе за детекцију раних развојних поремећаја, њихову терапију и пружање раних интервенција;

12) недовољан број служби за пружање помоћи адолесцентима са проблемима 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 и злостављања у породици и заједници и опасног ширења злоупотребе супстанци.

Развој Стратегије може бити угрожен, односно примена Стратегије отежана због:

1) евентуалних финансијских проблема;

2) одлива квалитетних младих кадрова који све чешће одлазе у друге земље, ради професионалне афирмације;

3) отпора реформи и променама, превасходно због промене парадигме у третману лица са менталним поремећајима, недовољне материјалне стимулације кадрова и исцрпљивања снаге кадрова због синдрома изгарања;

4) недовољно развијене свести о значају менталног здравља и његове заштите;

5) сензационалистичког приступа у извештавању који доминира у скоро свим медијима и доприноси стигматизацији лица са менталним поремећајима;

б) недовољних средстава која се опредељују за рад служби менталног здравља (које су често маргинализоване и застарелог начина финансирања), а које се углавном заснива на броју болесничких дана и услуга у које нису укључене заступање, превенција и унапређење менталног здравља, као и многе терапијске методе.

Свеобухватна студија изводљивости, која би обухватила процену нормативног и институционалног оквира, буџетских као и административних капацитета у сектору заштите менталног здравља, допринела би имплементацији Стратегије.

4.2. ПОДРУЧЈА ДЕЛОВАЊА

Идентификована су следећа подручја деловања:

4.2.1. ЗАКОНОДАВНИ ОКВИР И ЉУДСКА ПРАВА

Постојећа законска решења у области заштите лица са менталним поремећајима треба унапредити и прилагодити међународним стандардима и доброј пракси.

4.2.2. ОРГАНИЗАЦИЈА СЛУЖБИ

Постоји развијена мрежа стационарних психијатријских установа које треба реорганизовати кроз:

- 1) стварање служби у заједници, односно развијање мреже алтернативних служби (центри за ментално здравље у заједници);
- 2) оснаживање постојећих психијатријских служби у општим болницама;
- 3) деинституционализацију великих психијатријских болница и установа социјалне заштите - започети постепено смањивање броја постеља у великим болницама и броја корисника у установама социјалне заштите, што је могуће тек после стварања и оснаживања центара за ментално здравље у заједници уз учешће примарне здравствене заштите;
- 4) реорганизацију и рационализацију постојећих институција;
- 5) континуирану едукацију изабраних лекара и других здравствених радника и здравствених сарадника на нивоу примарне здравствене заштите из области менталног здравља;
- 6) формирање нових и развој постојећих служби психијатрије за децу и омладину.

За бољу организацију служби неопходно је обезбедити евалуацију постојећег система заштите менталног здравља, на основу које ће се проценити:

- 1) какве су потребе становништва у области заштите менталног здравља;
- 2) које психијатријске службе (установе) треба 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.

Реорганизација актуелног система психијатријске здравствене заштите подразумева и следеће кораке:

1) неопходно је даље радити на скраћивању дужине хоспиталног лечења пацијената са тежим менталним поремећајима уз принцип континуираног лечења, односно бриге о пацијентима и после отпуста;

2) лечење треба индивидуализовати и хуманизовати у највећој могућој мери, примењујући психијатрију оријентисану на појединца;

3) специјалне психијатријске болнице (четири специјалне болнице за психијатријске болести у Новом Кнежевцу, Вршцу, Ковину и Горњој Топоници) и Клинику за психијатријске болести "Лаза Лазаревић" у Београду, треба реформисати у правцу смањења укупних постелјних капацитета за дуготрајну хоспитализацију и коришћења преосталих постелјних капацитета за збрињавање пацијената са акутним менталним поремећајима, за судску психијатрију, болести зависности и геронтопсихијатрију.

4) у многим установама постоје клиничка одељења за хоспитално лечење особа са непсихотичним поремећајима и поремећајима личности. Таква одељења треба реорганизовати и ова лица примарно лечити у центрима за ментално здравље у заједници, евентуално у дневним болницама када се за то стекну услови;

5) универзитетске клинике треба да представљају методолошке центре за лечење, едукацију, истраживање, као и превенцију и унапређење менталног здравља (засновано на доказима);

6) постоји потреба за развојем центара за ментално здравље (ЦМЗ) 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 земљи, све до потпуног престанка, уз поштовање територијалног принципа организације служби за заштиту менталног здравља;

7) успостављање мреже мултидисциплинарних тимова у оквиру центара за ментално здравље намењених деци и младима, који би функционисали у тесној сарадњи са педијатријским диспансерима, тимовима у центрима за ране интервенције намењеним деци са развојним сметњама, као и локалним центром за социјални рад, предшколским установама и школама.

Центри за ментално здравље у заједници ће се оснивати на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у оквиру територијално надлежних постојећих психијатријских установа и психијатријских служби општих болница, уз обезбеђивање потребних ресурса.

У организацији центара треба имати у виду следеће:

1) успостављање центара ће се одвијати у оквиру постојећих здравствених установа (психијатријских служби општих болница, специјалних болница за психијатријске болести, психијатријских клиника и института);

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 да унапређују ментално здравље целокупног становништва, без обзира на узраст, на одређеној (припадајућој) територији;

4) у центрима треба да се развије што више услуга неопходних за заштиту менталног здравља популације укључујући и психосоцијалну рехабилитацију.

Број ЦМЗ 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 установе у чијем је саставу ЦМЗ, надлежне за одређену територију, односно регион или округ (опште болнице, специјалне болнице за психијатријске болести, психијатријске клинике или института), осим упућивања у установе терцијарног нивоа здравствене заштите када је то клинички неопходно.

Важан део будуће мреже територијално организованих служби за заштиту менталног здравља, који би био у надлежности Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања и локалне самоуправе, представљали би и заштићено становање и посебни облици радног ангажовања и запошљавања особа са менталним поремећајима (кооперативе или задруге пацијената, радни центри и др.), које су неопходне за социјалну интеграцију појединих пацијената. Такође, у надлежности Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања и локалне самоуправе били би сви видови пружања социјалне подршке у смислу различитих облика социјалних давања, пружања помоћи у обезбеђивању адекватних услова становања и других неопходних мера у циљу заокружене заштите у заједници.

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, медицинских сестара-техничара и изабраних лекара. Будуће психијатријске службе треба да буду организоване по мери болесника и у складу са њиховим потребама. Потребно је развијати интерсекторку сарадњу у циљу креирања свеобухватног и мултидисциплинарног приступа промоцији, превенцији и заштити менталног здравља. Потребно је поспешивати јачање улоге особа са менталним поремећајима, промовисати стварање удружења за ментално здравље, а постојећим омогућити стручну подршку како би агилније заступали унапређење права особа са менталним поремећајима.

Процес реформе служби за ментално здравље захтева и промене у начину њиховог финансирања, које се доминантно заснивало на броју болничких дана, а није се у довољној мери везивало за пружене услуге.

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 децу, 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).

(1) Деца и млади

Деца (0-14) и млади (15-24 година) спадају у посебно вулнерабилну популацију. Истраживања стања менталног здравља деце показују да 1 од 7 деце узраста 2-8 година има дијагнозу менталног, понашајног или развојног поремећаја. 11,3 % деце узраста 2-17 година, по извештајима родитеља, су дијагностикована с емоционалним, понашајним или развојним сметњама. Очекује се да ће до 2020. године преваленца неуропсихијатријских поремећаја у детињству порастати до те мере да ће ове болести бити међу пет најчешћих узрочника морбидитета, морталитета и неспособности деце у свету. Такође, 75% менталних поремећаја почиње пре 25 године, односно 50% пре 18.

Иако једно од петоро деце има проблеме менталног здравља само трећина те деце добије адекватну помоћ; мање од једног адолесцента на пет адолесцената са евидентним проблемима менталног здравља има адекватан третман.

Анализа актуелног стања заштите менталног здравља деце и младих код нас указује да је постојећи број здравствених установа и служби које се баве менталним здрављем деце и младих недовољан и, у једном делу, нефункционалан. Такође и број стручњака едукованих за рад с децом и младима с проблемима менталног здравља је недовољан. Актуелна ситуација збрињавања ургентних стања у овој области је незадовољавајућа. Разлози за ову ситуацију су садржани у чињеници да је мали број постеља концентрисан у само две установе у главном граду.

Неопходно је да се службе за децу и младе оснаже и делом реорганизују, како би њихово функционисање задовољило потребе ове популације и било у складу са постојећим стандардима и добром праксом у овој области. Значај адекватног приступа заштити менталног здравља деце и младих намеће неопходност организације служби за дечју и адолесцентну психијатрију која омогућава заштиту менталног здравља деце и младих на свим нивоим здравствене заштите, у временском континууму развоја (од рођења до адултног доба) и која чини једну функционалну мрежу. С обзиром на све веће присуство психосоцијалних поремећаја у овој узрасној групи неопходна је континуирана интерсекторска сарадња.

У том смислу је неопходно следеће:

1) омогућавање свеобухватније превентивне делатности, пре свега ране дијагностике, као и целовите помоћи деци и младима и њиховим породицама, на нивоу примарне здравствене заштите. Примарну превенцију менталних поремећаја деце и младих као и унапређење њиховог менталног здравља спроводити и кроз образовни систем и облике масовних комуникација;

2) додатна континуирана едукација постојећих кадрова у домовима здравља (гинеколога, лекара опште медицине, педијатара и здравствених сарадника) у области менталних проблема деце и младих;

3) кадровско, организационо и просторно оснаживање и помоћ постојећих специјализованих служби за менталне проблеме деце и младих у установама на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, повећањем броја специјалиста дечје и адолесцентне психијатрије и равномерном расподелом кадра;

4) увести нормативе за рад у области дечје и адолесцентне психијатрије;

5) у оквиру будућих центара за ментално здравље у заједници формирати субјединице за ментално здравље за децу и младе и повезати их с постојећим развојним саветовалиштима и саветовалиштима за младе;

6) развити службе за двадесетчетворосатни пријем ургентних стања у дечјој и адолесцентној психијатрији у више установа које имају капацитете и ресурсе за ову делатност;

7) проширити листу индикационих подручја (дијагностичких категорија) из области менталних поремећаја у детињству и омогућити бољу доступност психофармакотерапије за децу и младе са проблемима менталног здравља, из средстава буџета;

8) унапредити међусекторски и интердисциплинарни приступ у циљу омогућавања адекватног третмана деце и младих са поремећајима понашања и хроничним агресивним понашањем (даље оснаживање везе с системом социјалне заштите).

(2) Перинатална и репродуктивна психијатрија

Перинатална психијатрија бави се психичким поремећајима жена који су настали током трудноће и у првој години после порођаја. Поремећаји могу настати де novo или може доћи до релапса или рецидива код већ раније дијагностикованих и лечених пацијенткиња. Посебност се огледа не само у бризи о трудници то јест породиљи већ и фетусу, односно новорођенчету, њиховом међусобном односу, односима унутар породице, али и последицама које ови поремећаји могу имати по целокупно друштво. Имајући ово у виду, уз непостојање развијене мреже перинаталне психијатријске службе у актуелној организацији психијатријске службе неопходно је сагледати могућности за развијање ове службе за рано препознавање, дијагностиковање и лечење жена са психичким поремећајима током трудноће и после порођаја у оквиру перинаталних тимова за ментално здравље. Познато је да у већини европских земаља постоји територијално заснована мрежа перинаталне психијатријске службе која се одвија на нивоу примарне заштите, liaison психијатрије, специјализованих тимова за перинаталну психијатрију и одељења за хоспитални третман мајки с новорођенчетом.

Репродуктивна психијатрија обухвата све проблеме полно везане за специфична животна и развојна доба жене, од пубертета, лечења стерилитета до менопаузе и такође захтева мултидисциплинарно сагледавање, правовремено откривање, дијагностиковање и лечење у оквиру примарне здравствене заштите, али и специјализованих служби.

У Републици Србији за сада не постоји регистар жена са менталним поремећајима током трудноће и након порођаја, као ни задовољавајући ниво едукације у овој области. Једина специјализована служба за перинаталну и репродуктивну психијатрију постоји од 2013. године у оквиру Института за ментално здравље у Београду.

У том смислу неопходно је следеће:

1) мултидисциплинарна сарадња психијатара, психолога, гинеколога, педијатара, патронажне службе, лекара опште праксе, центара за социјални рад и др;

2) формирати перинатални тим који треба да буде састављен од психијатра, психолога, радног терапеута, медицинске сестре и социјалног радника на терцијарном нивоу здравствене заштите;

3) сарадња перинаталних тимова са центрима за ментално здравље у заједници и психијатријским установама у виду могућности консултативног сагледавања пацијенткиња и давање смерница за њихов психолошки и по потреби фармаколошки третман;

4) обезбедити доступност информација, смањење стигматизације и дискриминације жена са менталним поремећајима;

5) отварање националне телефонске линије, доступне 24 часа сваког дана, за пружање савета и подршке женама са психичким тегобама у овом вулнерабилном периоду, као и покретањем електронске апликације.

(3) Особе са болестима зависности

У погледу превенције и лечења особе са болестима зависности чине специфичну субпопулацију. У последњих неколико година број младих који траже помоћ је у континуираном порасту.

Због широке распрострањености и штетних последица злоупотребе психоактивних супстанци по друштво усвојена су следећа стратешка документа: Стратегија о спречавању злоупотребе дрога за период 2014.-2021. године и Уредба о Националном програму превенције штетне употребе алкохола и алкохолном узрокованих поремећаја у Републици Србији (2017.). Неопходно је да се у реализацији активности предвиђених овим документима ангажује целокупна друштвена заједница, имајући у виду да болести зависности представљају и социјални, а не само медицински проблем. Мултидисциплинарни приступ показао се као најбоље решење проблема зависности од супстанци укључујући терапију агонистима и антагонистима.

Алармантни подаци о све млађем узрасту деце која су зависници од психоактивних супстанци указује на потребу развијања специјализованих служби, пре свега за превенцију, али и лечење (амбулантно и хоспитално) деце и младих са болестима зависности. У Републици Србији не постоји установа за стационарно лечење (интервенције у кризи, одвикавања) деце / младих (узраста испод 14 година) који су зависници од психоактивних супстанци.

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:

- 1) повећање социјалне видљивости штетне употребе, злоупотребе или зависности од алкохола;
- 2) рано откривање и дијагностиковање у примарној здравственој заштити;
- 3) јачање мотивације за лечење;
- 4) повећање приступачности установа за лечење и рехабилитацију алкохоличара у локалној заједници.

У борби против различитих облика зависности посебну пажњу треба посветити зависности од дрога, где, поред развоја служби за медицинско збрињавање, треба радити на подизању свести друштва о овом проблему, као и проблемима повезаним са зависношћу од коцкања и интернета, који су, последњих година, све присутнији.

Програми образовних установа и промоција здравих стилова живота ангажовањем медија, треба да буду важан део организованог напора друштва за смањење броја особа са болестима зависности у нашој земљи.

(4) Старије особе

Број старих особа расте, а самим тим и број старих особа са одређеним менталним поремећајима, што намеће потребу за правовременим реаговањем. Према демографској

процени на дан 31.12.2017. године у Републици Србији живи 1.394.576 особа старијих од 65 година, што нашу земљу убраја међу десет најстаријих нација у свету. По подацима СЗО и истраживањима код нас, велики број старих особа има менталне поремећаје, међу којима су најчесталије деменције, које нису само медицински, већ и значајан социјални проблем. Службе за заштиту менталног здравља старих у нашој средини нису довољно развијене, односно оне су неспремне да се суоче са изазовом популације која стари.

Постоји недостатак адекватно едукованог кадра, мотивације за бављење овом облашћу, као и мреже служби у којима би се збрињавале старе особе са менталним поремећајима.

У том смислу неопходно је следеће:

1) заштита менталног здравља популације старих треба да се одвија у заједници, базирана на идентификованим потребама корисника и њихове околине, од стране стручњака и друштва (заштита укључује превентивне интервенције као алтернативу, односно допуну традиционалним клиничким службама);

2) организовати мрежу установа у којима се збрињавају и лече старе особе са менталним поремећајима;

3) обезбедити континуирану едукацију стручњака и друштва у целини у вези менталних поремећаја старих;

4) промовисати аутономију, као и могућности независног живљења старих и омогућити њихово учешће у свим значајним сегментима друштва;

5) зауставити дискриминацију по годинама старости и спроводити антистигма кампање за ову популацију (старе особе са менталним поремећајима су дупло стигматизоване - због старости и самих менталних поремећаја).

(5) Пацијенти којима су изречене мере безбедности обавезног лечења

Савремене измене законских решења, судске праксе, као и стручних и друштвених околности у Републици Србији, довеле су до повећања обима и делокруга рада судске психијатрије. Судско-психијатријска вештачења треба развијати и унапредити у циљу обезбеђивања вишег степена професионалног интегритета, стручне независности, избегавања конфликта интереса, унапређења формалног образовања и коришћења метода заснованих на доказима. Велики број пацијената са изреченим мерама безбедности обавезног лечења (око 1000 постеља у Специјалној затворској болници у Београду и на одељењима за судску психијатрију Специјалних болница за психијатријске болести у Горњој Топоници, Вршцу и Новом Кнежевцу) чини угроженију групу у оквиру иначе вулнерабилне популације особа са менталним поремећајима.

Неповољан статус психијатријских пацијената са изреченим мерама безбедности обавезног лечења условљен је додатном стигматизацијом због почињеног кривичног или другог противправног дела, лошим условима у којима се спроводе мере безбедности, лошијом кадровском ситуацијом и превеликим бројем пацијената у Специјалној затворској болници (у којој се налази 2/3 укупног броја постеља за ову намену), недовољно развијеним и заступљеним психосоциорехабилитационим програмима, неповезаношћу служби за судску психијатрију са осталим психијатријским службама.

Лица којима је изречена мера безбедности обавезног лечења су најчешће измештена из средине у којој су живела, далеко од своје породице, чиме је угрожен један

од основних принципа у лечењу пацијената-територијални принцип, тј. лечење најближе њиховој породичној и социјалној средини. Последице су вишеструке, а пре свега се одражавају на слабљење контаката између лица којима је изречена мера и њихових породица, на урушавање блискости и постепеног отуђивања, што неминовно води у трајну институционализацију ових особа.

Стога је неопходно обезбедити да психијатријски пацијенти са изреченим мерама безбедности имају третман који се битно не разликује од третмана осталих пацијената са менталним поремећајима и у том циљу формирати службе за судску психијатрију при свим специјалним болницама за психијатријске болести, повезати службе за судску психијатрију са будућим територијално организованим центрима за ментално здравље у заједници и на тај начин обезбедити терапијски континуитет и у ванболничким условима. На тај начин би се створили услови за могуће скраћивање периода трајања мере безбедности обавезног психијатријског лечења и чувања у здравственој установи, доношењем одлуке суда о преиначењу у меру безбедности обавезног психијатријског лечења на слободи (када је то стручно оправдано), а која би се реализовала у центрима за ментално здравље у заједници.

То подразумева и успостављање мултисекторске сарадње, првенствено између Министарства здравља и Министарства правде, ради креирања протокола о сарадњи у циљу хуманизације, поштовања људских права и унапређења правно-здравствене заштите лица са менталним сметњама којима је изречена мера безбедности обавезног лечења.

У лечењу лица којима је изречена мера безбедности обавезног лечења неопходно је поштовати савремене стандарде у лечењу кроз индивидуализацију третмана, интензиван психосоцијални третман и рад на ресоцијализацији.

У посебно неповољном положају се налазе особе које, током трајања казне затвора, оболе од тежег менталног поремећаја, због чега је неопходно да им се, одговарајућом правном регулативом, обезбеди адекватан психијатријски третман који би пружале надлежне службе за заштиту менталног здравља.

Такође је неопходно радити на даљем унапређењу правне регулативе у области мера безбедности обавезног лечења, како би оне у потпуности оствариле свој заштитни циљ уз пуно поштовање стручне доктрине и људских права пацијената.

4.2.4. ЉУДСКИ РЕСУРСИ, ЕДУКАЦИЈА И ИСТРАЖИВАЊЕ

(1) Психијатријске службе фокусиране на заједницу - изазов за едукацију

Неопходно је унапредити едукативне програме за стручњаке из области менталног здравља (специјалисте психијатрије, специјалисте дечје и адолесцентне психијатрије, психологе, социјалне раднике, медицинске сестре, специјалне педагоге, радне терапеуте) који ће им омогућити да спроводе заштиту менталног здравља у заједници.

Дипломске и последипломске студије за лекаре, психологе, социјалне раднике и специјалне педагоге треба изменити у складу са принципима реформе менталног здравља и организовати континуирану едукацију кадрова. Неопходно је организовати и континуирану едукацију лекара примарне здравствене заштите на пољу менталног здравља, како би се осигурала добра сарадња између изабраних лекара и центара за ментално здравље у заједници, као и боља сарадња са другим психијатријским службама на секундарном и терцијарном нивоу.

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 пацијената и њихових породица и пружаоца здравствених услуга (на супрот 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 домовима здравља и службама у заједници (центри за ментално здравље, "заштићено становање", "задруге пацијената");

4) службе за ментално здравље треба да буду мултидисциплинарне и да укључују сарадњу међу секторима и организацијама, које имају различите компетенције;

5) специјалисти психијатрије и специјалисти дечје и адолесцентне психијатрије треба да буду едуковани у складу са биопсихосоцијалним концептом приступа менталном здрављу и болести. Знање о соматским поремећајима и соматском лечењу једна је од суштинских компоненти вештина психијатра. Неговање психосоцијалног приступа треба да буде важан део идентитета психијатра и његове едукације;

6) компетентност специјалиста психијатрије и специјалиста дечје и адолесцентне психијатрије подразумева вештине у следећим областима:

6.1) превенција;

6.2) лечење (пракса заснована на доказима и вредностима);

6.3) унапређење менталног здравља;

6.4) едукација;

6.5) истраживање;

6.6) тимски рад и

6.7) руковођење.

(2) Едукација

Специјалисти психијатрије и специјалисти дечје и адолесцентне психијатрије треба да буду укључени у едукацију лекара и здравствених сарадника примарне здравствене заштите и да буду консултанти у тој заштити.

Пракса у току едукације психијатара, психолога, социјалних радника, медицинских сестара, дефектолога и радних терапеута треба да се обавља и у службама у заједници, тако да сви чланови мултидисциплинарног тима буду способни да раде флексибилно у различитим окружењима са колегама и сарадницима, као и са пацијентима и њиховим породицама.

Специјалисти психијатрије и специјалисти дечје и адолесцентне психијатрије, психолози, социјални радници, дефектолози, медицинске сестре и радни терапеути треба да овладају специфичним вештинама за мултидисциплинарну праксу и за рад у мултидисциплинарном тиму и са другим организацијама. Ово укључује способност разумевања групне динамике, као и учествовање у подели одговорности за одлучивање.

Сви чланови мултидисциплинарног тима психијатријске службе 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.

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

(3) Улога психотерапије у заштити менталног здравља

Интегративни приступ третману менталних 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 доктори 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 психијатрије и специјалисти дечје и адолесцентне психијатрије, у оквиру специјалистичких студија треба да овладају неком од психотерапијских техника, кроз едукацију по трипартитном моделу, а да касније током рада повећавају свој психотерапијски потенцијал и вештине.

(4) 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, као и подржати пројекте чији циљ би биле такве студије (у оквиру Министарства науке и заштите животне средине и Министарства здравља).

(5) Побољшање услова рада

Здравствени радници су дуги низ година изложени мултиплим стресовима, јер раде у отежаним условима, за неадекватну 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 учешћа 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) изменити нормативе о условима у погледу кадрова у психијатријским службама општих болница и психијатријским установама у складу са потребама концепта заштите менталног здравља у заједници;
- 2) усклађивати и унапредити процедуре дијагностике и лечења у складу са међународним стандардима;
- 3) унапредити стандарде за акредитацију здравствених установа;
- 4) развити процедуру за унапређење квалитета рада, проверу квалитета стручног рада и пружених услуга.

Први резултати праћења провере квалитета стручног рада, 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 права пацијената, као и да строго примењују одредбе Закона о заштити лица са менталним сметњама и других прописа који се односе на ову област.

Препорука је да се пацијенту или члану породице пацијента омогући присуство и учешће у раду етичког одбора психијатријске установе, у случајевима кад етички одбор анализира етичност односа између здравствених радника и тог пацијента и кад даје мишљење о примени начела професионалне етике у поступку дијагностике и лечења тог пацијента.

4.2.6. ИНФОРМАЦИОНИ СИСТЕМИ

Треба развити и применити процедуре и софтверске програме за регистрацију и праћење пацијената 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. При том је неопходно у потпуности примењивати мере заштите података и поштовати право пацијента на поверљивост података. Потребно је формирати базе података и за посебне популационе групе особа са менталним сметњама, на пример за пацијенте са изреченим мерама безбедности обавезног лечења.

Такође је неопходно формирати националне регистре за одређене менталне поремећаје (психотични поремећаји, депресије, деменције, поремећаји спектра аутизма и др.), што је услов за праћење, свеобухватну анализу, планирање и евалуацију мера и процедура у области заштите и унапређења менталног здравља популације.

Неопходно је доследно примењивати важећу 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 релевантних министарстава. На локалном нивоу неопходна је сарадња између психијатријских служби, других здравствених установа, центара за социјални рад, правосудних органа, полицијских управа и органа локалне самоуправе. Удружења, такође, треба да буду укључена 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 херметичке оквири који немају довољну снагу и способност за реализацију Стратегије, која је дуготрајан процес.

4.2.8. ЗАСТУПАЊЕ И ЈАВНО ЗАГОВАРАЊЕ

Укључивање пацијената у планирање и организацију служби менталног здравља, као и јавно заговарање са циљем унапређења права особа са менталним поремећајима од највеће је важности. То се може постићи кроз подршку оснивању удружења пацијената, укључивањем удружења и јавним кампањама у медијима. Стручњаци у области менталног здравља треба тесно да сарађују са удружењима пацијената 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 заложу за смањивање те стигматизације и заштиту права и лекарске професије, као и здравствених сарадника, а посебно стручњака за ментално здравље.

Треба развити едукацију медија, лекара запослених у управи за извршење заводских санкција, полиције и свих који долазе у контакт са особама које имају менталне поремећаје, 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 променило уверење да те пацијенте треба маргинализовати, као и да су ментални поремећаји неизлечиви и везани за агресију и насиље. Стална сарадња са пацијентима и њиховим породицама представља значајан инструмент против стигматизације.

4.2.9. УПРАВЉАЧКИ И КОНТРОЛНИ МЕХАНИЗМИ

У циљу координисања активности, управљања и контроле у спровођењу Стратегије заштите менталног здравља потребно је формирати интерресорно координационо тело Владе Републике Србије, као и координациона тела на окружном нивоу са

представницима локалне самоуправе и свих институција одговорних за обезбеђивање заштите менталног здравља у заједници на територији за коју су надлежни.

5. АКЦИОНИ ПЛАН ЗА СПРОВОЂЕЊЕ СТРАТЕГИЈЕ

Акциони план за спровођење Стратегије садржи активности које је потребно предузети ради спровођења Стратегије и оставља могућност да се активности евалуирају, развијају и унапређују.

Реализација активности спроводиће се према приоритетима и доступности извора финансирања, а пратити преко датих кључних индикатора у одређеном временском оквиру.

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

6. ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА, ПРАЋЕЊЕ, ЕВАЛУАЦИЈА И ИЗВЕШТАВАЊЕ О СПРОВОЂЕЊУ СТРАТЕГИЈЕ

У имплементацији Стратегије Министарство здравља сарађује са свим партнерима из здравственог система, као и свим другим партнерима изван система здравствене заштите, који су у Акционом плану означени као носиоци појединих активности.

7. ФИНАНСИЈСКА СРЕДСТВА ЗА СПРОВОЂЕЊЕ СТРАТЕГИЈЕ

Средства неопходна за спровођење мера и активности садржаних у Акционом плану за спровођење ове стратегије обезбедиће се из буџета Републике Србије у складу са билансним могућностима, односно лимитима, које утврди Министарство финансија.

Финансијска средства за спровођење Стратегије обезбеђују се према предвиђеним активностима у Акционом плану и из буџета Аутономне покрајине и јединица локалне самоуправе, од организација здравственог осигурања, као и из донаторских средстава, пројеката -ИРА, из средстава билатералних донатора, као и међународних финансијских институција, у складу са законом.

8. ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Ову стратегију објавити у „Службеном гласнику Републике Србије”.

Број:

У Београду,

В Л А Д А

ПРЕДСЕДНИК

Доступност извора података:

*<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncoHYPERLINK>
 "http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources"mmunicable-diseases/mental-health/data-and-resources

**<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>

Коришћени извори (национални):

1. Закон о заштити лица са менталним сметњама („Сл. гласник РС“, број 45/13);
2. Закон о социјалној заштити („Сл. гласник РС“, број 24/11);
3. Закон о јавном здрављу („Сл. гласник РС“, број 15/16);
4. Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом („Сл. гласник РС“, бр. 33/06 и 13/16);
5. Пакет СЗО о политици менталног здравља и водич за услуге (доступно на: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/);
6. СЗО Акциони план за ментално здравље 2013-2020 (доступно на: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/);
7. Стратегија развоја заштите менталног здравља („Сл. гласник РС“, број 8/07).

Стратегија такође почива на међународно договореним циљевима, конвенцијама, стратешким и оперативним документима, као и на регулативи Европске уније и стандардима УН и Савета Европе:

1. Закон о потврђивању Конвенције о правима особа са инвалидитетом („Сл.гласник РС“, број 42/09)
2. УН Принципи заштите лица са менталним сметњама и за унапређење заштите менталног здравља
3. Регулатива и стратешки документи Европске уније:
 - 3.1. Европски оквир за делање на плану менталног здравља и благостања (European Framework for Action on Mental Health and Well-being)
 - 3.2. Заједничка акција о питањима менталног здравља и добробити (Joint Action on Mental Health and Well-being)
 - 3.3. Компас о менталном здрављу и добробити (EU Compass on mental health and well-being)
 - 3.4. Заједничке европске смернице за транзицију од институционалне ка заштити у заједници (Common European Guidelines on transition from Institutional to Community-based Care)
 - 3.5. Вишегодишњи финансијски оквир након 2020. године -(посебно у смислу коришћења предприступних фондова (Post-2020 Multiannual Financial Framework)

4. Повеља о основним правима Европске уније и пракса ЕУ Агенције за заштиту основних права (EU Agency for Fundamental Rights)
5. Закон о ратификацији Европске конвенције за заштиту људских права и основних слобода (Сл.лист СЦГ - Међународни уговори“, бр. 9/03, 5/05, 5/05-др. пропис, 7/05-исправка, „Сл.гласник РС - Међународни уговори“, бр.12/10, 10/15 – др.пропис) и пракса Европског суда за људска права
6. Извештаји Комесара за људска права Савета Европе
7. Закон о потврђивању Ревидиране европске социјалне повеље („Сл.гласник РС“, број 42/09)
8. Закон о потврђивању Конвенције о заштити људских права и достојанства људског бића у погледу примене биологије и медицине („Сл. гласник РС – Међународни уговори“, број 12/10)
9. Извештаји Комитета за спречавање тортуре Савета Европе
10. Стратегија Савета Европе за права лица са инвалидитетом 2017-2023 (Disability Strategy 2017-2023)
11. Извештаји Специјалног известиоца УН за питања заштите физичког и менталног здравља
12. Препоруке и резолуције Комитета министара, Парламентарне скупштине Савета Европе и бројних експертских тела (Комитет за биоетику, Одељење за права лица са инвалидитетом и др)
13. Стратешка и оперативна документа Светске здравствене организације:
 - 13.1. Декларација заштите менталног здравља у Европи (Mental Health Declaration for Europe)
 - 13.2. Европски акциони планови заштите менталног здравља (European Mental Health Action Plans)
 - 13.3. Приручник за оцену и унапређење квалитета услуга и заштиту људских права у установама за ментално здравље и установама социјалне заштите (Quality Rights Toolkit - Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities)
 - 13.4. Свеобухватни акциони план заштите менталног здравља 2013-2020 (Comprehensive mental health AP 2013-2020)