

STRATEGIJA

RAZVOJA ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA

("Sl. glasnik RS", br. 8/2007)

1. UVOD

Regionalna izjava o viziji mentalnog zdravlja, dogovorena od strane predstavnika osam zemalja Jugoistočne Evrope (Bugarska, Rumunija, Moldavija, Albanija, Hrvatska, Bosna i Hercegovina, Srbija i Crna Gora, Bivša Jugoslovenska Republika Makedonija) u Sinaji, septembra 2003. godine i dopunjena u Ljubljani novembra 2003. godine - glasi:

Imajući u vidu sledeće:

1.1. mentalno zdravlje je i dalje često posmatrano kao niski prioritet od strane vlada i zajednica;

1.2. u mnogim oblastima rukovođenje organizacijom u mentalnog zdravlja je ograničeno a resursi su neadekvatni;

1.3. dominantna kultura zanemarivanja i izopštavanja ljudi sa mentalnim bolestima opstaje, najviše izražena u nastavljanju postojanja velikih ustanova za mentalno zdravlje, koje ne uspevaju da zadovolje potrebe i u kršenju prava ljudi sa mentalnim bolestima;

1.4. inicijativa za reformu zaštite mentalnog zdravlja u regionu Jugoistočne Evrope (JIE) razvila se kao odgovor na narastajuće shvatanje ozbiljnih i kompleksnih problema u oblasti mentalnog zdravlja u zemljama i u zemljama koje su u tranziciji;

1.5. projekat mentalnog zdravlja JIE jedan je od sedam javno zdravstvenih projekata, dogovorenih na istorijskom političkom sastanku ministara zdravlja regiona u Dubrovniku, septembra 2001. godine;

1.6. u toku protekle dve godine projekt se razvio u ključnu regionalnu inicijativu koja promovise i doprinosi povećanju razumevanja, saradnje i pomirenja na nivou zemalja, regiona i na međunarodnom nivou.

Ova zajednička izjava

1. Doneta je od strane osam predstavnika zemalja koje učestvuju u Projektu mentalnog zdravlja JIE Jačanje socijalne kohezije kroz intenziviranje službi mentalnog zdravlja u zajednici u Albaniji, Bosni i Hercegovini, Bugarskoj, Hrvatskoj, Moldaviji, Rumuniji, Srbiji i Crnoj Gori i Bivšoj Jugoslovenskoj Republici Makedoniji.

2. Predstavlja zajedničku viziju politike za mentalno zdravlje i reformu službi unutar regiona JIE koja odražava regionalni kontekst unutar kojeg se reforme dešavaju.

3. Poziva na trajnu akciju u cilju obezbeđivanja sledećeg:

3.1. Sistemi zaštite mentalnog zdravlja u regionu moraju štiti ljudska prava i efikasno reagovati na individualne i društvene posledice katastrofičnih događaja i razaranja društva, posebno kod vulnerabilnih grupa kao što su deca i mladi ljudi, žene i starije osobe.

3.2. Mentalno zdravlje je nacionalni kapital i predstavlja integralni deo individualnog zdravlja i dobrobiti, kao i zdravlja i dobrobiti zajednice, njenog razvoja i obnove. Kvalitetna zaštita mentalnog zdravlja je legitimno ljudsko pravo.

3.3. Neophodno je da se razviju i sprovedu sveobuhvatni sistemi zaštite mentalnog zdravlja koji su zasnovani na dokazima, koji su delotvorni, prihvatljivi i održivi.

3.4. Sistemi zaštite mentalnog zdravlja moraju pokriti spektar potreba u mentalnom zdravlju - od unapređenja mentalnog zdravlja i inicijativa u prevenciji mentalnih bolesti, do oporavka i prevencije njihovog pogoršanja.

3.5. Staromodne psihijatrijske ustanove moraju biti smanjene i zatvorene.

3.6. Neophodan je razvoj efikasnog rukovođenja i partnerske akcije od strane vlada, relevantnih stručnih disciplina, udruženja korisnika ili pružaoca nege, kao i udruženja.

3.7. Vlade moraju osigurati da sistemi mentalnog zdravlja budu adekvatno podržani i finansijski i u ljudskim resursima.

Rad Pakta za stabilnost u području mentalnog zdravlja dešava se unutar dogovorenog radnog okvira za kooperativnu akciju širom regiona. Sveobuhvatna procena preduzeta kao deo Projekta osvetljava potrebu za promenom i predstavlja katalizator reforme. Ovaj Projekt obezbeđuje primere najbolje prakse u inicijativama za reforme mentalnog zdravlja, uključujući razvoj politike mentalnog zdravlja, zakonodavstva, mentalnog zdravlja u lokalnoj samoupravi i obuke.

Mentalno zdravlje se tiče svih. Sada je vreme za reformu mentalnog zdravlja. Investiranje u mentalno zdravlje osnova je za socijalni i ekonomski razvoj. Uz postojeće resurse potrebni su novi da bi se podržao proces reformi, posebno uspostavljanje daljeg razvoja lečenja i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici.

(Potpisnici regionalne izjave: Menadžeri projekta Pakta stabilnosti, nacionalni eksperti i predstavnici kancelarija Svetske zdravstvene organizacije - SZO)

Mentalno zdravlje je nacionalni kapital

Prema "Izveštaju o svetskom zdravlju Svetske zdravstvene organizacije iz 2001. godine" procenjuje se da danas oko 450 miliona ljudi pati od mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja ili od psihosocijalnih problema, kao što su oni vezani za zloupotrebu alkohola ili droga. Mnogi od njih pate tiho i sami, isključeni iz svojih porodica i socijalnog okruženja.

Depresija predstavlja glavni uzrok globalne invalidnosti i nalazi se na četvrtom mestu globalnog tereta bolesti. Procenjuje se da je 70 miliona ljudi u svetu zavisno od alkohola, da oko 50 miliona ima epilepsiju, a 24 miliona šizofreniju (u svim sredinama sveta, razvijenim i nerazvijenim, što čini oko 1% stanovništva). Milion ljudi izvrši samobistvo svake godine, a 10-20 miliona pokušava da se ubije. Ne sme se zanemariti ni veliki broj osoba koje imaju neki oblik duševne zaostalosti.

Smatra se da će svaka četvrta osoba u nekom periodu svog života biti pogođena nekim mentalnim poremećajem. Zbog svega toga, prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja od ključnog je značaja za svaku zajednicu.

Mentalni poremećaji utiču na funkcionisanje jedinice i uzrokuju ne samo emocionalnu patnju nego i smanjenje kvaliteta života, otuđenost, stigmatu i diskriminaciju. Njihov uticaj proteže se na čitavu zajednicu i predstavlja ogroman ekonomski i socijalni teret. Mentalni poremećaji su često povezani sa dugotrajnim lečenjem, odsustvovanjem sa posla, nezaposlenošću i smanjenjem produktivnosti, što sve utiče na emocionalno i ekonomsko stanje članova porodice koji neguju obolele, kao i na povećanje troškova zajednice.

Da bi se smanjio teret mentalnih poremećaja neophodno je da se veća pažnja posveti prevenciji i unapređenju mentalnog zdravlja u okviru nacionalne politike, zakonodavstva, donošenja odluka i dodeljivanja sredstava.

Mentalno zdravlje je nacionalni kapital i presudno je za sveobuhvatno blagostanje osoba, društava i država i predstavlja nacionalni kapital. Zato zaštita mentalnog zdravlja mora predstavljati neophodan i značajan aspekt sveukupnog sistema zdravstvene zaštite, odnosno javnog zdravlja.

Zaštita mentalnog zdravlja i reforma psihijatrijskih službi zahteva razvijanje partnerstva i međusektorsku saradnju uz uključivanje udruženja, Ministarstva prosvete i sporta, Ministarstva rada, zapošljavanja i socijalne politike, Ministarstva pravde, Ministarstva finansija, lokalne samouprave i medija.

Procedura pripreme Strategije

Ovaj dokument je proizvod rada eksperata Nacionalne komisije za mentalno zdravlje (NKMZ), ustanovljene u januaru 2003. godine od strane Ministarstva zdravlja Republike Srbije. Dokument predstavlja deo aktivnosti u okviru regionalnog projekta Pakta za stabilnost Jugoistočne Evrope "Jačanje socijalne kohezije preko intenziviranja službi za mentalno zdravlje u zajednici".

Priprema ovog dokumenta urađena je kroz aktivnosti Nacionalne komisije za mentalno zdravlje - NKMZ koje su započete posle političkih promena u zemlji i posle procene i analize službi za mentalno zdravlje, prakse i zakonodavnog okvira za zaštitu osoba sa problemima mentalnog zdravlja.

Nacrt strategije prikazan je na seminarima organizovanim u 16 gradova Republike Srbije u toku 2003-2004. godine, kao i na tehničkim seminarima u okviru Pakta stabilnosti Jugoistočne Evrope koji su organizovani u različitim zemljama. Prikazana je i na Forumu

o reformi zaštite mentalnog zdravlja koji je pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja organizovao Institut za mentalno zdravlje 13-14. aprila 2005. godine.

Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja (u daljem tekstu: Strategija) sačinjena je u saglasnosti sa sledećim dokumentima i izvorima:

1. Upitnik za Studiju strategije iz oblasti mentalnog zdravlja i zakonodavstva za Srbiju i Crnu Goru i evaluacija Upitnika (Nacionalna komisija za mentalno zdravlje Ministarstva zdravlja Republike Srbije, novembar 2003, Beograd).
2. Svetska zdravstvena organizacija: Izveštaj o svetskom zdravlju 2001 - Mentalno zdravlje - novo razumevanje, nova nada. SZO Ženeva, 2001 (u prevodu na srpski jezik izdato od strane Instituta za mentalno zdravlje, Beograd, 2003).
3. Svetska zdravstvena organizacija: Paket - vodič politika i službi za mentalno zdravlje: Politika iz oblasti mentalnog zdravlja, planovi i programi. SZO, Ženeva, 2003.
4. Prevencija i promocija u mentalnom zdravlju. SZO, 2002.
5. SZO - Mentalno zdravlje: Odgovor na poziv na akciju, Ženeva, 13-18. maj 2002.
6. Lečić-Toševski D, Draganić-Gajić S, Iskustva Srbije u oblasti mentalnog zdravlja (*Eds. J.J.Lopez-Ibor, M. Maj, G.N. Christodoulou, N. Sartorius, A. Okasha*). John Wiley & Sons, pp. 247-255.
7. Lečić-Toševski D., Hristodulu N., Hosman C., Dženkins R., Njutn Dž., Rajkumar S., Šmolke, M., Herman, H., Saksena S., (Izjava saglasnosti o psihijatrijskoj prevenciji) - pripremljeno od strane Sekcije za preventivnu psihijatriju Svetske psihijatrijske asocijacije (SPA) i prihvaćeno od strane Generalne skupštine SPA u Jokohami, Japan, avgusta 2002. *Dynamische Psychiatrie* (Dinamska psihijatrija), 2003, 36, 5-6, 307-315.
8. Ministarstvo zdravlja: Bolje zdravlje za sve u trećem milenijumu - Zdravstvena politika, vizija sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji, strategija i akcioni plan reforme sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji - radna verzija, Beograd, 2003.
9. Izveštaj radne grupe SZO. *Preventing disability in the elderly. Euro Reports and Studies 65, Regional office for Europe, WHO, Copenhagen 1988.*
10. Milićević-Kalašić A. Neuropsihijatrijski poremećaji u starih osoba na kućnom lečenju i nezi. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet u Beogradu, Beograd 2003.
11. *Consensus Statement - Psychiatric services focused on a community: Challenges for the training of future psychiatrists. Document of the 12th Congress of the Association of European Psychiatrists, Geneva, 14-17 April 2004.*

2. PROFIL ZEMLJE

2.1. Demografski podaci

U Republici Srbiji bez podataka za AP Kosovo i Metohija, prema popisu stanovništva iz 2002. godine, živi ukupno 7.498.000 stanovnika. Procenjuje se da je broj stanovništva sa podacima za AP Kosovo i Metohijom za dva miliona veći, što se ne može pouzdano utvrditi, jer od 1991. godine u AP Kosovo i Metohija nije sproveden popis stanovništva.

Posle oktobra 2000. godine Republika Srbija se nalazi u procesu tranzicije prema stvarnoj parlamentarnoj demokratiji i tržišnoj ekonomiji. U poslednjoj deceniji (1990-2000), bila je izložena građanskom ratu u okruženju, raspadu bivše države SFRJ, kao i NATO bombardovanju koje je trajalo 11 nedelja 1999. godine. Kao posledica ovih događaja, u Republici Srbiji boravi oko 500.000 izbeglica i interno raseljenih lica. Poslednja decenija bila je obeležena i međunarodnim ekonomskim sankcijama UN koje su trajale tri i po godine. U svemu ovome i sistem za zaštitu mentalnog zdravlja bio je posebno pogođen - smanjen je sveukupni kvalitet službi, najviše kao posledica neadekvatnih materijalnih prihoda.

2.2. Ekonomska situacija

Ekonomska situacija ukratko se može opisati sledećim indikatorima: bruto nacionalni dohodak (BND) po glavi stanovnika (US\$) - 1.400¹; nacionalni dug (US\$)¹ - 9.000.000.000; procenat BND koji se troši na zdravstvenu zaštitu² - 5.1. Prema podacima UN³ u 2002. godini 29.0% opšte populacije bilo je nezaposleno.

Prema podacima u Memorandumu o budžetu i ekonomskoj i fiskalnoj politici za 2007. godinu bruto domaći proizvod (BDP) po glavi stanovnika u 2005. godini iznosio je 3.525 US dolara, spoljni dug Republike Srbije iznosio je oko 15,5 milijardi US dolara, dok je iz budžeta Republike Srbije za zdravstvo izdvojeno 6,1% BDP-a. U istom periodu je nezaposlenost iznosila 20,8%.

¹ Izvor: Udruženje banaka.

² Isti izvor.

³ *UN Country Team: Common Assessment of Situation for Serbia and Montenegro, Belgrade, 2003* (Tim UN za zemlju: Zajednička procena situacije za Srbiju i Crnu Goru, Beograd, 2003)

2.3. Stanje službi i kadrova

U Republici Srbiji ima 46 stacionarnih psihijatrijskih ustanova (specijalizovane bolnice, psihijatrijski instituti, psihijatrijske klinike, klinike za dečiju i adolescentnu psihijatriju i psihijatrijska odeljenja u opštim bolnicama). U opštinskim domovima zdravlja postoji 71 ambulantna služba. U sektoru mentalnog zdravlja ima ukupno 6.247 kreveta, pri čemu se oko 50% tih kreveta nalazi u velikim psihijatrijski bolnicama. Ukupan broj prijema u 2002. godini bio je 5.833.

Stanje ljudskih (profesionalnih) resursa je sledeće: na 100.000 stanovnika ima 2,7 psihijataru, 9,93 neuropsihijataru, 2,3 psihologa, 1,57 socijalnih radnika i 21,55 medicinskih sestara i tehničara. Ukupan broj psihijataru (neuropsihijataru) je 947 (u Beogradu 336). Treba naglasiti, međutim, da se neuropsihijatri ne bave isključivo osobama sa mentalnim poremećajima, već su često uključeni u lečenje pacijenta sa

neurološkim problemima, naročito u unutrašnjosti. Neretko i nisu voljni da se bave osobama sa mentalnim poremećajima niti imaju dovoljno znanja za njihovo lečenje.

2.3.1. Prednosti sadašnje organizacije zaštite mentalnog zdravlja u Republici Srbiji

- a) Ravnomerna teritorijalna pokrivenost stacionarnim psihijatrijskim službama (posebno ističemo važnost postojanja psihijatrijskih postelja - odeljenja u opštim bolnicama).
- b) Relativno dobro obrazovan stručni kadar.
- c) Mali procenat institucionalizovanih pacijenata (u poređenju sa drugim evropskim zemljama), u trenutku otpočinjanja reforme u oblasti zaštite mentalnog zdravlja.
- d) Postojanje psihijatrijskih službi na nivou primarne zdravstvene zaštite.
- e) Relativno dobra razvijenost psihosocijalne orijentacije u zaštiti mentalnog zdravlja, sa dnevnim bolnicama i klinikama u većini velikih gradova u Republici Srbiji.
- f) Postojanje psihosocijalnih programa raznih udruženja.

2.3.2. Nedostaci sadašnje organizacije zaštite mentalnog zdravlja

Lekari opšte medicine na nivou primarne zaštite nemaju dovoljno znanja i veština iz psihijatrije i zaštite mentalnog zdravlja. Usled toga često nisu u mogućnosti da adekvatno dijagnostikuju, leče i upute pacijente tako da postoji tendencija njihovog preteranog oslanjanja na službe sekundarne i tercijarne zaštite mentalnog zdravlja. Saradnja sekundarnih i tercijarnih službi sa primarnom zdravstvenom zaštitom je neadekvatna. Samo 39% osoba sa mentalnim poremećajima obraća se lekarima primarne zdravstvene zaštite, pre konsultovanja drugih nivoa.

- b) Velike psihijatrijske bolnice predstavljaju azile za hronične psihijatrijske i mentalno retardirane pacijente. Većina ovih pacijenata je godinama institucionalizovana, najčešće zbog socijalnih razloga. Bolnice su prenatrpane, u lošim materijalnim uslovima, sa nedovoljno osoblja, a tretman često ne sledi principe savremene psihijatrije. Poštovanje ljudskih prava pacijenata nije uvek zagarantovano.
- v) Ne zastupa se princip teritorijalne zaštite mentalnog zdravlja (pacijenti se šalju u udaljene gradove na lečenje, umesto blizu svog mesta boravka). Izbor lekara često je posledica reputacije ustanove ili pojedinaca (ovo je tzv. "otvoreni" pristup, koji je u razvijenim zemljama prevaziđen jer se one striktno oslanjaju na teritorijalni pristup.
- g) Saradnja između psihijatrijskih institucija kao i između psihijatrijskih institucija i institucija socijalne zaštite, koja je neophodna za nalaženje adekvatnih rešenja po pitanju smeštaja, tretmana i kontinuirane nege mentalno obolelih osoba, nije uvek dobra.
- d) Odsustvo centara za zaštitu mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici i drugih nestacionarnih psihijatrijskih službi u zajednici (službe za rehabilitaciju i profesionalnu orijentaciju).

đ) Edukacija studenata medicine i specijalizacija budućih psihijatara nije u skladu sa potrebama savremene zaštite mentalnog zdravlja, kao ni sa principima prevencije i unapređenja mentalnog zdravlja.

e) Nedovoljno je razvijeno istraživanje (naročito nedostaju epidemiološke studije).

ž) Nedostatak koordinacije psihosocijalnih programa raznih nevladinih organizacija.

z) Pacijenti (korisnici) moraju biti uključeni u proces zaštite mentalnog zdravlja. U našoj zemlji ne postoje udruženja pacijenata koji boluju od hroničnih mentalnih poremećaja i neophodno je da se ona osnuju. Postoje, međutim, klubovi lečenih alkoholičara i zavisnika (u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu i još nekim centrima).

i) Apatija kadrova a često i sindrom sagorevanja, zbog prolongiranog, hroničnog stresa i teških uslova za rad.

j) Rasprostranjena stigma vezana za mentalne poremećaje. Ovome značajno doprinosi i senzacionalistički pristup medija i neadekvatno informisanje javnosti.

k) Nerazvijen informacioni sistem za registrovanje i praćenje mentalnih poremećaja, što uzrokuje problem kontinuiranog nadgledanja tipova i prevalencije mentalnih poremećaja u društvu. Ovo otežava planiranje programa za prevenciju i lečenje mentalnih poremećaja.

l) Nedovoljno sredstava koja se dodeljuje za zaštitu mentalnog zdravlja iz budžeta Republike Srbije.

2.3.3. Karakteristike mentalnog zdravlja građana Republike Srbije

a) Mentalno zdravlje stanovništva narušeno je poslednjih godina. Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović-Batut", prema broju dijagnostikovanih slučajeva mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (F00-F99) u stalnom je porastu u periodu od 1999-2002. godine od 271.944 (1999. godine) do 309.281 (2002. godine). Tako se ovi poremećaji sada nalaze na drugom mestu najvećih zdravstvenih problema stanovništva (posle kardiovaskularnih poremećaja).

b) Porast nepsihotičnih poremećaja vezanih za stres, što je posledica katastrofičnih događaja kojima je stanovništvo bilo izloženo u poslednjoj deceniji XX veka (ratovi u regionu; hiperinflacija 1993. godine; sankcije uvedene prema zemlji od strane UN koje su trajale tri i po godine; NATO bombardovanje 1999. godine koje je trajalo 11 nedelja; socijalna tranzicija, finansijska kriza i visoka stopa nezaposlenosti). Ovi događaji doveli su do nesigurnosti, straha, siromaštva, deprivacije i dehumanizacije građana. Mnogi školovani mladi ljudi (oko 300.000) napustili su zemlju i žive u dobrovoljnom izbeglištvu u drugim zemljama.

v) Poremećaji vezani za stres nisu jedina posledica katastrofičnih godina. Drugi poremećaji su, takođe, u porastu: depresija, broj samoubistava, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, psihosomatski poremećaji, delikvencija i nasilje su u

ekstremnom porastu; povećan je morbiditet i smrtnost u mlađim godinama. Sindrom izgaranja među lekarima je, takođe, čest.

3. VIZIJE, VREDNOSTI, PRINCIPI I CILJEVI

3.1. Vizija

Mentalno zdravlje predstavlja nacionalni kapital i kao takvo mora biti unapređivano zajedničkim naporima celokupne zajednice i svih zainteresovanih, uključujući i pacijente (korisnike), njihova udruženja i porodične grupe.

Reforma u oblasti mentalnog zdravlja započeta je u kontekstu političkih promena u zemlji i u budućnosti mora biti ravnopravan deo celokupnih reformi u oblasti zdravstva. Ona se mora oslanjati na postojeći sistem zaštite zdravlja i mora biti postignuta u skladu sa međunarodnim iskustvima i standardima, u saradnji sa stručnjacima u regionu i razmenom iskustava sa zemljama u tranziciji.

Reforma u oblasti mentalnog zdravlja treba da promoviše službe u zajednici koje nisu diskriminišuće, lako su dostupne i čiji rad (terapijski i preventivni) je zasnovan na dokazima i vrednostima. Konvencionalni pristup zasnovan na lečenju bolesti treba da bude proširen na sveobuhvatni, multidimenzionalni pristup mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima. Reforma u oblasti mentalnog zdravlja treba da bude podržana promenama u zakonodavstvu koje se posebno odnose na zaštitu prava i potreba osoba sa mentalnim problemima i realnim osnaženjem onih koji planiraju službe u oblasti mentalnog zdravlja. U razrađivanju reformi stručnjaci za mentalno zdravlje moraju sarađivati sa stručnjacima koji se bave reformom zdravlja u celini.

3.2. Vrednosti i principi

Zaštita mentalnog zdravlja

Službe mentalnog zdravlja treba da pruže savremeno, sveobuhvatno lečenje koje podrazumeva bio-psiho-socijalni pristup, i koje treba da se odvija u zajednici, što je moguće bliže porodici obolele osobe.

Zaštita mentalnog zdravlja mora uključiti primarnu zdravstvenu zaštitu; lekari opšte medicine moraju biti podržani u znanju i resursima kako bi bili u stanju da odgovore potrebama osoba sa mentalnim problemima.

Psihotropni lekovi treba da budu dostupni osobama sa mentalnim poremećajima na svim nivoima lečenja.

Prevenција mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja i unapređenje mentalnog zdravlja

Unapređenje mentalnog zdravlja odnosi se na sve akcije koje imaju specifičan cilj da pojačaju pozitivno mentalno zdravlje. Prema Otava deklaraciji, strategije za unapređenje mentalnog zdravlja imaju za cilj da omoguće osobama da povećaju kontrolu nad

sopstvenim životom i da poboljšaju njihovo mentalno zdravlje razvojem ličnih veština i otpornosti, stvaranjem podržavajuće okoline i osnaživanjem ljudi i zajednica.

Zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja treba da budu sveobuhvatni. Oni treba da budu vođeni demistifikacijom mentalnih poremećaja (jačanje pozitivnih stavova i redukcija dominirajućeg skepticizma u vezi sa mogućnošću njihove prevencije i lečenja), investiranjem u zdrave snage populacije i osoba pod rizikom, kao i fokusiranjem na zdravlje a ne na bolest.

Programi za mentalno zdravlje treba da uključuju preventivne aktivnosti i aktivnosti za unapređenje mentalnog zdravlja.

Primarna (univerzalna, selektivna i indikovana),⁴ sekundarna i tercijarna prevencija treba da budu najvažniji deo zaštite mentalnog zdravlja a programi prevencije treba da budu zasnovani na dokazima. Pokazano je da prevencija dovodi do povećanja opšteg zdravlja, radne i druge sposobnosti. Recimo, programi za prevenciju razvoda brakova dovešće do zaštite mentalnog zdravlja dece i sprečavanja nastajanja mnogih poremećaja koji su posledica lošeg roditeljstva i konfliktnih odnosa među roditeljima.

Većina mentalnih poremećaja zahteva brzu primenu mera rehabilitacije od samog početka tretmana. Rehabilitacija treba da poveća kompetenciju pacijenata i omogući njihovu reintegraciju u zajednicu. Porodice i drugi resursi zajednice treba da budu uključeni u primenu rehabilitacionih mera. Treba stimulisati zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, odnosno lečenje pacijenata u okruženju u kojem živi.

Unapređenje mentalnog zdravlja treba da ima za cilj da zaštiti, podrži i održi emocionalnu i socijalnu dobrobit kroz unapređenje faktora koji jačaju i štite mentalno zdravlje, uz iskazivanje poštovanja prema kulturi, jednakosti, socijalnoj pravdi i ličnom dostojanstvu i kroz vođenje računa o socijalnim i ekonomskim faktorima i akcijama za zaštitu ljudskih prava.

⁴ Primarna prevencija se može podeliti na univerzalnu, selektivnu i indikovanu prevenciju. Univerzalna prevencija odnosi se na intervencije koje su usmerene na opštu populaciju ili na neku populacionu grupu koja nije identifikovana na osnovu povećanog rizika.

Intervencije selektivne prevencije odnose se na osobe ili grupe pod rizikom od razvoja mentalnih poremećaja ili poremećaja ponašanja većim od uobičajenog, na osnovu prisustva bioloških, psiholoških ili socijalnih faktora rizika ili odsustva zaštitnih faktora. Indikovana prevencija odnosi se na osobe pod visokim rizikom koje su identifikovane kao one koje imaju minimalne, ali prepoznatljive znake ili simptome mentalnih poremećaja ili bioloških markera i koje pokazuju predispoziciju za mentalne poremećaje ili poremećaje ponašanja, ali koje ne ispunjavaju kriterijume za takve poremećaje.

Kvalitet službi

Komunikacija i protok informacija između različitih ustanova za zaštitu mentalnog zdravlja treba da se poboljšaju i osiguraju kroz sistematske procedure.

Službe za mentalno zdravlje treba da razviju procedure za poboljšanje njihovog kvaliteta, sa ugrađenim mehanizmima za kontrolu kvaliteta.

Službe za mentalno zdravlje treba da se bave sistematskim prikupljanjem i analizom podataka o pacijentima (korisnicima) kroz informacijski sistem za registraciju, praćenje i evaluaciju.

Neophodna je kontinuirana edukacija stručnjaka za mentalno zdravlje koji moraju da prate i primenjuju najnovija znanja u svojoj struci. Kontinuirana edukacija treba da bude uslov produženja licence za rad stručnjaka.

Dostupnost i jednakost

Službe za mentalno zdravlje treba da budu lako dostupne i planirane tako da pokriju sva geografska područja prema potrebama stanovništva. Ovo je najbolje ostvarivo ako se lečenje ostvaruje preko principa teritorijalne pripadnosti koji treba postepeno razvijati u našoj zemlji.

Službe za mentalno zdravlje treba da budu otvorene za sve osobe kojima je potrebna pomoć, bez obzira na pol, etničku pripadnost, rasu, religiju, uzrast, obrazovni nivo i socijalni status.

Zaštita ljudskih prava

Ljudska prava svih pacijenata treba da budu zaštićena na svim nivoima unutar sistema zaštite mentalnog zdravlja.

Neophodno je da službe za mentalno zdravlje imaju ugrađen sistem za praćenje koji će obezbedi prava i potrebe osoba sa problemima u oblasti mentalnog zdravlja.

Rad sa osobama koje imaju mentalne probleme treba da bude u skladu sa etičkim principima. Sve ustanove treba da imaju etički odbor i da primenjuju etički kodeks u lečenju i istraživanju.

Zdravstvena zaštita u zajednici

Službe za zaštitu mentalnog zdravlja (za lečenje, prevenciju i unapređenje zdravlja) treba da budu organizovane na nivou zajednice, u kojoj osobe sa mentalnim poremećajima žive.

U okviru planiranja i procesa donošenja odluka, prioriteti treba da budu dati službama zdravstvene zaštite u zajednici.

Službe za zaštitu mentalnog zdravlja treba da obezbeđuju lečenje na najmanje restriktivan način - isključivanje iz porodice i zajednice treba da bude svedeno na najmanji mogući stepen.

Briga za vulnerabilne grupe

Vulnerabilne grupe (deca, samohrane majke, starije osobe, izbeglice, raseljena lica) treba da imaju prioritet u procesu planiranja i organizaciji službi.

Kad god je to moguće, procedure za identifikaciju, brigu i lečenje zlostavljane dece i žena, kao i izbeglica i raseljenih lica treba da budu razvijene unutar službi za mentalno zdravlje.

Učešće zajednice

Korisnici (osobe sa problemima u oblasti mentalnog zdravlja), udruženja korisnika (pacijenata) i porodične grupe, treba da budu uključeni u proces planiranja, organizacije i nadgledanja zaštite mentalnog zdravlja.

Javnost treba da bude sistematski informisana o stvarima vezanim za zaštitu mentalnog zdravlja i funkcionisanje službi, sa posebnim naglaskom na učešću zajednice.

Mentalno zdravlje je neodvojivo od opšteg zdravlja

Mentalno zdravlje treba da bude sastavni deo sistema sveukupne zdravstvene zaštite.

Tokom procesa planiranja, organizacije i finansiranja, mentalno zdravlje ne sme ni na koji način biti odvojeno od opšteg zdravlja i sistema zdravstvene zaštite.

Podrška uključivanju relevantnih ustanova i resursa

Treba podstaći partnerstvo za mentalno zdravlje. Saradnju sa obrazovnim i pravnim sistemom, sistemom socijalne zaštite i nevladinim organizacijama treba podstaći na svim nivoima.

Destigmatizacija

Svi učesnici u procesu lečenja i prevencije mentalnih poremećaja, kao i unapređenja mentalnog zdravlja, korisnici i njihove porodice, kao i celokupna javnost treba da budu sistematski poučavani o važnim problemima vezanim za mentalno zdravlje. Postojeće predrasude i stigma (obeležavanje, isključivanje, diskriminacija) treba ublažiti kroz kampanje protiv stigmatizacije, koje će organizovati i voditi stručnjaci za mentalno zdravlje u saradnji sa svim relevantnim organizacijama (škole, mediji i udruženja).

3.3. Ciljevi

Cilj 1. Poboljšanje zdravlja

1.1. Prevencija mentalnih poremećaja i njihovo lečenje, kao i unapređenje mentalnog zdravlja treba da budu najvažniji koraci u poboljšanju opšteg zdravstvenog stanja populacije. Psihijatri treba da budu aktivno uključeni u primarnu (univerzalnu, selektivnu i indikovanu) prevenciju i unapređenje mentalnog zdravlja primenjujući multidisciplinarni pristup. Oni treba da budu na raspolaganju opštim zdravstvenim službama i da im pružaju direktnu pomoć u rešavanju problema mentalnog zdravlja. Psihijatri treba da sarađuju sa drugim stručnjacima, kao što su razvojni i klinički psiholozi, gerontolozi,

lekari opšte prakse i medicinske sestre, kao i sa stručnjacima i organizacijama posredno uključenim u pitanja mentalnog zdravlja (npr. univerziteti, škole, vlada, policija, učitelji, sveštenici, državni službenici, novinari i svi ostali slojevi društva).

1.2. Sistemi zaštite mentalnog zdravlja u regionu moraju štiti ljudska prava i efikasno reagovati na individualne i društvene posledice katastrofičnih događaja i razaranja društva, posebno kod vulnerabilnih grupa kao što su deca i mladi ljudi, žene i starije osobe, izbeglice i raseljene osobe.

1.3. Tercijarna prevencija treba da uključi: a) smanjenje nivoa ometenosti uzrokovane hroničnim mentalnim poremećajima kroz programe rehabilitacije u okviru zaštite mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici; b) prevenciju dugotrajnih posledica stresom uzrokovanih poremećaja u populaciji koja je bila izložena ratnim i drugim intenzivnim stresorima; c) programe psihosocijalne podrške, kako bi se sprečile štetne posledice stresnih poremećaja i njihovi trajni ožiljci kao što je transgeneracijsko prenošenje traume, agresije i nasilja.

Cilj 2. Odgovor na zahteve ugroženih osoba

Poboljšati mehanizme za zaštitu prava pojedinaca sa mentalnim poremećajima putem promena u zakonodavstvu i sprovođenjem mehanizama kontrole u psihijatrijskim službama.

Uključivanje korisnika (pacijenata), udruženja korisnika i porodičnih grupa u proces planiranja, organizacije i nadzora nad ustanovama mentalnog zdravlja. Neophodno je, prema tome, osnivanje udruženja korisnika i njihovih porodica.

Cilj 3. Finansijska zaštita

Podržati odluke koje će dovesti do toga da svi osnovni psihotropni lekovi budu dostupni, odnosno da budu na pozitivnoj listi.

Postići adekvatno izdvajanje iz zdravstvenog budžeta za mentalno zdravlje i ravnopravnost privatnog i javnog zdravstvenog sektora u pogledu novčane nadoknade za troškove lečenja mentalnih poremećaja.

4. STRATEŠKI IZAZOVI I PRIORITETNA PODRUČJA DELOVANJA

4.1. Strateški izazovi

Snaga službi za zaštitu mentalnog zdravlja u našoj zemlji nalazi se u sledećem: a) postojanje dnevnih bolnica i primena psihosocijalne orijentacije u skoro svim gradovima, kao i psihijatrijskih odeljenja u opštim bolnicama; b) uprkos deterioraciji službi u protekloj deceniji, kadrovi (psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, medicinske sestre) relativno su dobro edukovani i motivisani za kontinuiranu edukaciju.

Slabosti sistema za zaštitu mentalnog zdravlja su sledeće: a) nedovoljna razvijenost saradnje među sektorima kao i između udruženja koje se bave mentalnim zdravljem i

izvode psihosocijalne projekte; b) nedovoljno sredstava iz budžeta Republike Srbije odvaja se službama za mentalno zdravlje; c) o fondovima za mentalno zdravlje najčešće odlučuju osobe koje se ne bave zaštitom mentalnog zdravlja; d) nedovoljna edukovanost lekara primarne zdravstvene zaštite iz oblasti lečenja mentalnih poremećaja i neadekvatna saradnja sekundarnih i tercijarnih službi sa primarnom zaštitom; d) loši uslovi u velikim psihijatrijskim bolnicama; e) neadekvatni uslovi za rad i stručno usavršavanje kadrova; f) zloupotreba ljudskih prava u nekim psihijatrijskim bolnicama; d) nedostaje informacioni sistem za mentalno zdravlje; e) nedovoljno finansiranje preventivnih aktivnosti i unapređenja mentalnog zdravlja.

Šansa za primenu Strategije nalazi se u ozbiljnom pristupu započetoj reformi zaštite zdravlja, koja ima nove prioritete (neophodno je, međutim, da u te prioritete uđe i zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja). Pored toga, postoji sve veća svesnost o postojanju nasilja u porodici i zajednici, zloupotrebe dece i opasnog širenja zloupotrebe supstanci.

Pretnje

Razvoj Strategije može biti ugrožen, odnosno primena Strategije otežana zbog: a) eventualnih finansijskih problema i socijalnog nezadovoljstva; c) odliva kvalitetnih mladih kadrova koji se sve češće sele u druge zemlje; g) treba očekivati otpore reformi i promenama, zbog višegodišnjeg stresa, nesigurnosti, apatije, i nedovoljne materijalne stimulacije kadrova, kao i iscrpljivanja snage kadrova zbog sindroma izgaranja; e) nedovoljne svesnosti javnosti o značaju mentalnog zdravlja i njegove zaštite, što je dodatni faktor koji može ugroziti primenu Strategije; f) svakodnevni život je politizovan, a kriminal u porastu, čemu doprinosi i senzacionalistički stil koji dominira u skoro svim medijima; g) nedovoljnih sredstava koje se dodeljuju službama mentalnog zdravlja koje su često marginalizovane i zastarelog načina finansiranja koje se uglavnom zasniva na broju bolesničkih dana i usluga u koje nisu uključene edukacija, istraživanje, zastupanje, prevencija i unapređenje mentalnog zdravlja, kao i mnoge terapijske metode.

4.2. Područja delovanja

Identifikovana su sledeća područja delovanja:

4.2.1. Zakonodavstvo i ljudska prava

Postojeća zakonska rešenja na polju zaštite osoba sa mentalnim poremećajima nisu zadovoljavajuća. Samo neka od prava pacijenata pokrivena su delovima postojećih zakona. Nameće se potreba za revizijom postojećeg zakonodavstva i donošenjem novog zakona koji će posebno regulisati zaštitu osoba sa mentalnim poremećajima i biti u skladu sa međunarodnim standardima.⁵

⁵ Nacionalna komisija za mentalno zdravlje pripremila je Nacrt zakona o zaštiti prava mentalno obolelih osoba i predala Ministarstvu zdravlja.

4.2.2. Organizacija službi

Postoji razvijena mreža stacionarnih psihijatrijskih ustanova koje treba reorganizovati kroz: 1) kontinuiranu edukaciju lekara opšte medicine iz oblasti mentalnog zdravlja;⁶ 2) stvaranje službi u zajednici, odnosno razvijanje mreže alternativnih službi (centri za mentalno zdravlje); 3) osnaživanje postojećih psihijatrijskih odeljenja u opštim bolnicama; 4) deinstitucionalizaciju velikih psihijatrijskih bolnica - započeti postepeno smanjivanje broja postelja u velikim bolnicama, što je moguće tek posle stvaranja i osnaživanja službi za mentalno zdravlje u zajednici uz učešće primarne zdravstvene zaštite; 5) reorganizaciju i racionalizaciju postojećih institucija.

Za bolju organizaciju službi treba koristiti postojeću evaluaciju koju je uradila Nacionalna komisija za mentalno zdravlje Ministarstva zdravlja. Na osnovu te evaluacije treba proceniti:

a) kakve su potrebe stanovništva (u nekim krajevima postoji veliki broj izbeglica i raseljenih lica, postojanje zloupotrebe supstanci, delovanje sekti, itd.);

b) koje psihijatrijske službe (ustanove) vredi osnažiti vodeći računa o teritorijalnom principu lečenja, preklapanjima aktivnosti i postojećim kadrovima. Neke ustanove imaju veći broj kadrova od potrebnog dok su druge insuficijentne u tom smislu. Ustanove koje imaju veliki broj kadrova treba da preusmere svoje aktivnosti na edukaciju kadrova u primarnoj zaštiti i lečenje u zajednici kao i na kućno lečenje i angažovanje u nedovoljno razvijenim službama (za prevenciju zloupotrebe dece, zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, zaštitu mentalnog zdravlja starih i izbeglica);

v) neophodno je skratiti dužinu hospitalnog tretmana pacijenata sa težim mentalnim poremećajima, uz princip kontinuiranog lečenja, odnosno brige o pacijentima i posle otpusta;

g) lečenje treba individualizovati i humanizovati, u najvećoj mogućoj meri, primenjujući psihijatriju orijentisanu na ličnost, u skladu sa Institucijskim programom Svetske psihijatrijske asocijacije;

d) u mnogim ustanovama postoje klinička odeljenja za hospitalno lečenje osoba sa neurotičnim poremećajima i poremećajima ličnosti. Takva odeljenja treba reorganizovati, jer nema opravdanja za dugotrajan hospitalan tretman takvih poremećaja. Oni treba da se leče u dispanzerskim uslovima ili dnevnim bolnicama;

đ) univerzitetske klinike treba da predstavljaju metodološke centre za lečenje, edukaciju, istraživanje, kao i prevenciju i unapređenje mentalnog zdravlja (zasnovani na dokazima). Njihove aktivnosti treba racionalizovati - ako se, recimo, više takvih klinika nalazi u istom gradu, njihove aktivnosti ne treba da se preklapaju;

e) postoji potreba za razvojem službi za zaštitu mentalnog zdravlja (SMZ) u zajednici koji će pružati sveobuhvatnu zaštitu mentalnog zdravlja, uz najmanje moguće restrikcije i što bliže mestu boravka, odnosno porodici. Treba smanjiti upućivanje na lečenje u udaljena mesta, što je sada uobičajena praksa u našoj zemlji.⁷

Službe za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici će se osnivati na sekundarnom i tercijarnom nivou. Za kontrolu procesa formiranja službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici treba da budu odgovorni osnivači - organi lokalne samouprave za razvoj službi

u sastavu opštih bolnica a Republika, odnosno Ministarstvo zdravlja za razvoj službi u specijalnim bolnicama i u ustanovama tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite.

U organizaciji centara treba imati u vidu sledeće: 1) uspostavljanje centara moguće je unutar prostora postojećih zdravstvenih ustanova, ali sa neophodnom administrativnom, planskom i organizacionom izdvojenošću i potpunom samostalnošću; 2) centri treba da budu organizovani po teritorijalnom principu (po jedan centar na populaciju od 40.000 do maksimalno 100.000 stanovnika); 3) centri treba da pružaju zaštitu i unapređuju mentalno zdravlje celokupnog stanovništva na određenoj (pripadajućoj) teritoriji, a ne samo da odgovaraju potrebama osoba sa hroničnim mentalnim poremećajima; 4) u centrima treba da se razviju sve službe neophodne za zaštitu mentalnog zdravlja populacije.

Broj SMZ u regionu (okragu) zavisice od broja stanovnika, a hospitalizacija pacijenata koji se leče u CMZ, kada je to neophodno, realizovala bi se na psihijatrijskom odeljenju regionalne opšte bolnice.

Pored SMZ koji treba da predstavljaju okosnicu budućeg sistema zaštite mentalnog zdravlja, organizovana mreža psihijatrijskih službi svakog regiona (okruga) uključivala bi i sledeće: 1) psihijatrijsko odeljenje u okviru opšte bolnice; 2) "zaštićene kuće" ("zaštićene stanove" "kuće na pola puta") i 3) službe za radno osposobljavanje i zapošljavanje mentalno obolelih osoba ("zadruge pacijenata").

Da bi se ostvarila bolja organizacija službi za mentalno zdravlje neophodno je dalje razvijati i osnaživati ustanove koje su zasnovane na savremenim psihosocijalnim principima. Koristiti snagu adekvatnog informisanja, poštovanja, potreba kadrova i njihovog uključivanja u programe za rad centara za mentalno zdravlje, kao i postojanje motivacije stručnog kadra za edukacijom i promenom, odnosno reformom zaštite mentalnog zdravlja. Ipak, treba očekivati otpor u nekim sredinama u procesu reformi.

Treba napraviti mrežu ustanova, bazu kadrova i postojećih projekata i ostvariti bolju saradnju između psihijatarata i zdravstvenih saradnika, psihologa, socijalnih radnika, sestara i lekara i saradnika primarne zdravstvene zaštite. Buduće psihijatrijske službe treba da budu organizovane po meri bolesnika, za bolesnike a ne protiv njih. Bolja saradnja udruženja doprineće bržoj reformi službi.

Organizacija službi po međunarodnim standardima zahteva povećanje sredstava iz zdravstvenog budžeta koja se dodeljuju mentalnom zdravlju. Proces reforme službi za mentalno zdravlje zahteva i promene u načinu njihovog finansiranja od strane fondova za zdravstvo, koje se zasnivalo na broju bolesničkih dana i usluga, u koje nisu uključene edukacija, istraživanje, zastupanje, prevencija i unapređenje mentalnog zdravlja, kao i mnoge terapijske metode. Reforma može biti dvostruko ugrožena - inercijom i otporom kadrova, a još više nedostatkom sredstava.

⁶ Edukacija lekara opšte medicine za probleme mentalnog zdravlja započeta je u Beogradu pre nekoliko godina, u organizaciji Instituta za mentalno zdravlje, kao i u Vranju. Neophodno je da se ona proširi i na druge gradove u Srbiji.

⁷ Pilot Centar za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici osnovan je u Nišu 2. oktobra

2005. godine, kao deo druge komponente Projekta za mentalno zdravlje Pakta stabilnosti.

4.2.3. Prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja

U opštem nedostatku resursa u zemlji neophodno je da se identifikuju posebno ugrožene grupe čije mentalno zdravlje je pod rizikom. Te grupe uključuju školsku populaciju, starije osobe, izbeglice, ili pripadnike manjinskih grupa. Trebalo bi razviti preventivne programe i programe za unapređenje mentalnog zdravlja za ove grupe i to u okviru saradnje među sektorima. Neophodno je razviti programe za sve nivoe prevencije (primarnu - univerzalnu, selektivnu i indikovanu, sekundarnu i tercijarnu).⁸

⁸ Forum o prevenciji i unapređenju mentalnog zdravlja organizovao je Institut za mentalno zdravlje 3-4. aprila 2006. godine, po pokroviteljstvu Ministarstva zdravlja.

a) Deca i mladi

Deca (0-14) i mladi (15-24 godine) spadaju u posebno vulnerabilnu populaciju. Klinička iskustva i istraživanja ukazuju da, iz godine u godinu, sve veći broj dece i mladih imaju psihološke probleme ili manifestuju određenu, za ovaj uzrast, specifičnu psihopatologiju. Najčešće psihopatološke manifestacije su depresivna stanja (uključujući samoubilaštvo) i poremećaji ponašanja (uključujući zloupotrebu psihoaktivnih supstanci i delikventno ponašanje). Istraživanja obavljena u našoj sredini pokazuju da trećina srednjoškolske populacije pripada grupi graničnih i rizičnih, tj. manifestuje znake psihološkog trpljenja i mentalnih problema i poremećaja. Slični rezultati dobijeni su i na studentskoj populaciji. Ugroženije su devojke i adolescenti u urbanim sredinama.

Postojeći broj i organizacija zdravstvenih službi, kao i udruženja, koje se bave mentalnim problemima dece i mladih je nedovoljan, odnosno nefunkcionalan da bi mogao da odgovori potrebama ove populacije.

Zbog toga je potrebno sledeće: 1) da se u okviru budućih službi za mentalno zdravlje formiraju timovi stručnjaka i organizacione jedinice namenjena deci i mladima; 2) da se poveća preventivni i terapijski potencijal primarne zdravstvene zaštite kroz dodatnu edukaciju postojećih kadrova domova zdravlja (lekara opšte medicine, pedijataru i saradnika) za mentalne probleme dece i mladih; 3) potrebno je osnažiti i pomoći (kadrovski, organizaciono i prostorno) postojeće specijalizovane jedinice za mentalne probleme dece i mladih u sekundarnim i tercijarnim ustanovama; 4) stvoriti mladima mogućnost da dobijaju psihološku podršku i pomoć izvan zdravstvenih i psihijatrijskih ustanova - u školama, studentskim domovima i internatima, ali i kroz otvaranje savetovališta u gradovima, izvan institucija; 5) raditi na primarnoj prevenciji mentalnih poremećaja dece i mladih kao i na unapređenju njihovog mentalnog zdravlja, kroz školski sistem i sve oblike masovnih komunikacija.

b) Zavisnici od supstanci

U okviru prevencije i tretmana zavisnici od psihoaktivnih supstanci čine specifičnu subpopulaciju. Prema istraživanjima u našoj sredini, u poslednjih nekoliko godina porast

incidence mladih koji traže pomoć svake godine je preko 100%. Prema policijskim izveštajima dve trećine razbojništva u vezi je sa zavisnicima, a porast krivičnih dela je 300% u poslednjih 10 godina. Cena narkotika ubrzano pada što je pokazatelj porasta zloupotrebe supstanci kao i nedostatka prevencije i represije.

Zbog široke rasprostranjenosti i štetnih posledica po društvo trebalo bi sačiniti poseban nacionalni program i akcioni plan za sprečavanje, suzbijanje, lečenje i rehabilitaciju zavisnika. Neophodno je da se u realizaciji ovog plana angažuje celokupna društvena zajednica jer bolesti zavisnosti primarno predstavljaju socijalni a sekundarno medicinski problem. Multidisciplinarni pristup pokazao se kao najbolje rešenje problema zavisnosti od supstanci uključujući terapiju agonistima i antagonistima.

Alkoholna pića koristi visok procenat opšte populacije u našoj zemlji. Alkoholizam treba sagledavati sistemski u procesu nastajanja i razvijanja, a u borbu protiv alkoholizma treba da budu uključeni i društveni i medicinski resursi. To podrazumeva: povećanje socijalne vidljivosti štetne upotrebe, zloupotrebe ili zavisnosti od alkohola; rano otkrivanje; dijagnostikovanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti; jačanje motivacije za lečenje; povećanje pristupačnosti ustanova za lečenje i rehabilitaciju alkoholičara u lokalnoj zajednici.

v) Starije osobe

Broj starih osoba raste a samim tim i broj osoba sa određenim mentalnim poremećajima, što nameće potrebu za pravovremenim reagovanjem svakog društva. Prema demografskoj proceni u Republici Srbiji živi 1.698.730 miliona osoba starijih od 60 godina, što našu zemlju stavlja na deseto mesto u svetu po broju starih ljudi. Po podacima SZO i istraživanjima kod nas, veliki broj starih osoba ima mentalne poremećaje. Pa ipak, službe za zaštitu mentalnog zdravlja starih su nerazvijene u našoj sredini, kao i u većem delu sveta, odnosno one su nespemne da se suoče sa izazovom populacije koja stari. Postoji nedostatak obrazovanog kadra, nedostatak motivacije za bavljenje ovom oblašću i nedostatak mreže službi u kojima bi se zbrinjavale stare osobe sa mentalnim poremećajima.

Neophodno je zaustaviti diskriminaciju po godinama starosti. Važno je promovisati autonomiju kao i mogućnosti nezavisnog življenja starih i omogućiti njihovo učešće u svim značajnim segmentima društva.

Zaštita mentalnog zdravlja populacije starih treba da se odvija u zajednici, bazirana na identifikovanim potrebama korisnika i njihove okoline, od strane stručnjaka i društva. Ta zaštita uključuje preventive intervencije kao alternativu odnosno dopunu tradicionalnim kliničkim službama. Treba stvoriti mrežu ustanova u kojima se na različite načine zbrinjavaju stare osobe, uz neophodnu kontinuiranu edukaciju stručnjaka i društva u celini. Antistigma kampanje su važne za ovu populaciju (stare osobe sa mentalnim poremećajima su duplo stigmatizovane - zbog starosti i samih mentalnih poremećaja).

g) Izbeglice i raseljene osobe

U Republici Srbiji danas živi oko 500.000 izbeglica i raseljenih osoba. Veliki broj njih doživeo je multiple stresore, nezaposlen je i živi u teškim ekonomskim uslovima. Ova populacija je pod visokim rizikom za razvijanje posttraumatskih stresnih poremećaja.

Studije u našoj sredini pokazale su da 29,2% izbeglica ispoljava posttraumatski stresni poremećaj, poremećaj prilagođavanja registrovan je kod 18,6%, mešani anksiozno-depresivni poremećaj kod 11,3%, a depresivne poremećaje imalo je 5% izbeglica. Najviši procenat posttraumatskog stresnog poremećaja manifestuju izbeglice koje su doživele seksualnu zloupotrebu (56%) i tešku torturu (74,8%). Zbog svega navedenog, neophodno je da se podrže psihosocijalni programi za zaštitu mentalnog zdravlja izbeglica i raseljenih osoba. Neophodno je da se razvije saradnja između stručnjaka koji vode psihosocijalne programe udruženja, namenjene ovoj vulnerabilnoj populaciji i pojača međusektorska saradnja između Komesarijata za izbeglice, zdravstvenih ustanova, socijalnih službi i nevladinih organizacija.

4.2.4. Ljudski resursi, edukacija i istraživanje

a) Psihijatrijske službe fokusirane na zajednicu - izazov za edukaciju budućih psihijatara

Neophodno je unaprediti edukativne programe za stručnjake iz oblasti mentalnog zdravlja (psihijatre, psihologe, socijalne radnike, medicinske sestre, specijalne pedagoge) koji će im omogućiti da sprovedu zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Diplomске i posle diplomске studije za lekare treba izmeniti u skladu sa principima reforme mentalnog zdravlja i organizovati kontinuiranu edukaciju kadrova. Neophodno je organizovati i kontinuiranu edukaciju lekara opšte medicine na polju mentalnog zdravlja kako bi se osigurala dobra saradnja između opšte prakse (porodični lekar), centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, kao i bolja saradnja sa sekundarnim i tercijarnim ustanovama.

Identitet budućih psihijatara, u skladu sa preporukama Evropskog udruženja psihijatara treba da se razvija u skladu sa savremenim konceptom zaštite mentalnog zdravlja, odnosno sa razvijanjem zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. Zato je neophodno da se promeni pristup edukaciji koja će omogućiti psihijatrima ovladavanje neophodnim veštinama i tako im na najbolji način omogućiti da osnaže svoju ulogu ključnog člana timova za mentalno zdravlje.

Psihijatrija u zajednici podrazumeva značajne promene koje uključuju sledeće:

1. Veći naglasak na obezbeđivanje službi koje će odgovarati na potrebe korisnika i njihovih porodica i pružaoca nege (nasuprot važećem principu da se njihove potrebe prilagođavaju diktatima službi).
2. Službe treba da budu mobilne i fleksibilne.
3. Hospitalne službe treba da predstavljaju deo i podršku službama u zajednici (domovi zdravlja, centri za mentalno zdravlje, "zaštićeno stanovanje", "zadruga pacijenata").
4. Službe za mentalno zdravlje treba da budu multidisciplinarne i da uključuju saradnju među sektorima i agencijama, koje imaju različite kompetencije.
5. Savremeni psihijatri treba da budu edukovani u sva tri aspekta biopsihosocijalnog pristupa mentalnom zdravlju i bolesti. Znanje o somatskim poremećajima i somatskom tretmanu jedna je od suštinskih komponenti veština psihijatra. Negovanje

psihosocijalnog pristupa treba da bude važan deo identiteta psihijatra i njegove edukacije.

6. Kompetentnost psihijataru podrazumeva veštine u sledećim oblastima: a) prevencija; b) klinički tretman (praksa zasnovana na dokazima i vrednostima); c) unapređenje mentalnog zdravlja; d) edukacija; e) istraživanje; f) timski rad i g) rukovođenje.

b) Edukacija

Psihijatri treba da budu uključeni u edukaciju lekara i saradnika primarne zdravstvene zaštite i da budu konsultantni u toj zaštiti. Praksa u toku edukacije psihijataru treba da se obavlja i u službama u zajednici, naročito u primarnoj zaštiti, tako da psihijatri budu sposobni da rade fleksibilno u različitim okruženjima sa kolegama i saradnicima kao i sa pacijentima i njihovim porodicama.

Psihijatri treba da ovladaju specifičnim veštinama za multidisciplinarnu praksu i za rad u multidisciplinarnom timu i sa drugim agencijama. Ovo uključuje sposobnost razumevanja grupne dinamike, kao i učestvovanje u podeli odgovornosti za odlučivanje.

Psihijatri treba dobro da ovladaju osnovnim psihoterapijskim veštinama koje će im omogućiti da osećaju empatiju i poštuju pacijente i njihove porodice. Oni treba da budu u stanju da razumeju i upravljaju sopstvenim emocionalnim reakcijama u susretu sa različitim ličnostima, ponašanjem, osećanjima i fenomenima koje sreću u kliničkom radu.

Treba obavljati edukaciju kadrova koji će dalje širiti, odnosno primenjivati edukaciju (edukacija edukatora). Važna je edukacija i drugih stručnjaka (medicinskog osoblja, specijalista drugih struka, nastavnika, pravnika, novinara).

v) Uloga psihoterapije u zaštiti mentalnog zdravlja

Značajan porast nepsihotičnih poremećaja ukazuje na potrebu psihoterapijskog metoda lečenja u okviru zaštite mentalnog zdravlja. Stručnjaci u našoj zemlji koji koriste ovaj metod lečenja edukuju se po programu različitih psihoterapijskih škola, u skladu sa evropskim i svetskim standardima. Edukacija iz psihoterapije u okviru većine škola odvija se prema tripartitnom modelu - supervizija, teorija i lična terapija (individualna ili u grupi).

Lično iskustvo i supervizija omogućavaju senzitivniji pristup pacijentu i preveniraju sindrom izgaranja - potrebno je da oni budu dostupni svim zdravstvenim radnicima i saradnicima u oblasti mentalnog zdravlja kao i lekarima opšte medicine. Zato je neophodno da tokom studija medicine budući lekari opšte medicine ovladaju osnovnim znanjima, iskustvima i veštinama psihološkog savetovanja, kao i da se tokom rada dodatno edukuju, kroz različite seminare i iskustvene grupe za neke oblike (kraće i površnije) psihoterapijskog rada.

Lekari specijalisti, neuropsihijatri i psihijatri, u okviru specijalističkih studija treba da ovladaju nekom od psihoterapijskih tehnika, kroz edukaciju po tripartitnom modelu, a da kasnije tokom rada povećavaju svoj psihoterapijski potencijal i veštine.

g) Istraživanje

Neophodno je podržati istraživanja u svim oblastima mentalnog zdravlja i psihijatrije značajnim za našu sredinu. Istraživanja treba da budu deo dodiplomskih i posle diplomskih studija, sastavni deo rada psihijatrijskih službi i zasnovana na kodeksu dobre naučne prakse. U našoj sredini su retke (ako uopšte i postoje) epidemiološke studije, a one su neophodne za planiranje organizacije službi i formiranje programa za zaštitu mentalnog zdravlja. Neophodno je stimulisati ovakva istraživanja u okviru posle diplomskih studija (magistarskih i doktorskih), kao i podrška projektima čiji cilj bi bile takve studije (u okviru Ministarstva nauke i zaštite životne sredine i Ministarstva zdravlja).

d) Poboljšanje uslova rada

Zdravstveni kadar je dugi niz godina bio izložen multiplim stresorima, jer radi u otežanim uslovima, za minimalnu zaradu, deleći sudbinu sa svojim pacijentima. Istraživanja pokazuju da je sindrom izgaranja u značajnoj meri izražen kod lekara i njihovih saradnika. Neophodno je da se poboljšaju uslovi rada zdravstvenih radnika i da se njihov težak rad adekvatnije nagrađuje. Treba stimulisati kadar omogućavanjem odlaska na stručna usavršavanja i učešće na međunarodnoj stručnoj sceni. Tek tada se apatija koja je raširena u celom društvu može promeniti a kadrovi više motivisati za učešće u reformi zaštite mentalnog zdravlja. Inače, može se očekivati snažan otpor koji će usporiti i otežati promene.

4.2.5. Poboljšanje kvaliteta (osiguranje kvaliteta)

Kvalitet usluga u različitim službama mentalnog zdravlja je neujednačen, tako da je neophodno sledeće: 1) standardizovati procedure (algoritme) dijagnostike i lečenja u skladu sa međunarodnim standardima; 2) razviti proceduru za akreditaciju stručnjaka i ustanova; 3) razviti proceduru za praćenje i nadzor, kao i unapređenje kvaliteta rada, evaluaciju kvaliteta rada i pruženih usluga. Prvi rezultati praćenja kontrole kvaliteta koje je Ministarstvo zdravlja naložilo svim zdravstvenim ustanovama biće značajni za planiranje postupaka za unapređenje kvaliteta rada.

U svim službama mentalnog zdravlja treba poštovati principe dobre kliničke prakse. Na svim nivoima treba razviti i primeniti procedure za praćenje i evaluaciju učinka lečenja zasnovanog na primeni racionalne terapije zasnovane na dokazima.

Neophodno je da sve psihijatrijske ustanove svoj rad sa pacijentima zasnivaju na etičkim principima i poštovanju ljudskih prava pacijenata, kao i da strogo primenjuju Zakon o zaštiti prava osoba obolelih od mentalnih poremećaja kada on bude usvojen (kako je već navedeno, Nacrt zakona pripremila je Nacionalna komisija za mentalno zdravlje).

Sve psihijatrijske ustanove treba da imaju etičke odbore - bilo bi dobro da jedan od članova tog odbora budu pacijenti ili članovi njihovih porodica.

4.2.6. Informacioni sistemi

Treba razviti i primeniti procedure i softverske programe za registraciju i praćenje korisnika u svim službama mentalnog zdravlja, uz neposrednu saradnju između službi kako bi se poboljšale baze podataka, izbeglo preklapanje i osiguralo praćenje i evaluacija usluga i učinka.

Neophodno je dosledno primenjivati X međunarodnu klasifikaciju bolesti SZO.

4.2.7. Međusektorska saradnja (partnerstvo za mentalno zdravlje)

Kako bi se postiglo sveobuhvatno lečenje pojedinaca sa mentalnim poremećajima neophodno je uspostaviti partnerstvo za mentalno zdravlje. Treba razviti međusektorsku saradnju između psihijatrijskih službi i relevantnih ministarstava. Udruženja, takođe, treba da budu uključene u ovu saradnju, kao i mediji, zbog procesa destigmatizacije, prevencije mentalnih poremećaja i unapređenja mentalnog zdravlja. Bez razvijenog partnerstva sve bi ostalo u domenu stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja i samo po sebi zatvoreno u hermetične okvire koji nemaju dovoljnu snagu i sposobnost za realizaciju Strategije, koja je dugotrajan proces.

4.2.8. Zastupanje i javno zagovaranje*

Uključivanje korisnika (pacijenata) u planiranje, organizaciju i praćenje službi mentalnog zdravlja, kao i javno zagovaranje sa ciljem unapređenja prava mentalnih bolesnika od najveće je važnosti. To se može postići kroz podršku osnivanju udruženja korisnika (koji, za sada, ne postoje u našoj sredini, osim klubova lečenih alkoholičara i zavisnika od supstanci), uključivanjem udruženja i javnih kampanja u medijima. Stručnjaci u oblasti mentalnog zdravlja treba tesno da sarađuju sa udruženjima korisnika i njihovim porodicama. Treba, takođe, da podižu javnu svest o značaju zaštite mentalnog zdravlja, da pokreću i vode kampanje protiv stigmatizacije, predrasuda, diskriminacije i isključivanja mentalno obolelih osoba i njihovih porodica.

Mentalno obolele osobe nisu jedine koje su stigmatizovane. Neretko su to i zdravstveni radnici u celini, a posebno psihijatri. Neophodno je da se stručna udruženja založe za smanjivanje te stigmatizacije i zaštitu prava i lekarske profesije, kao i zdravstvenih saradnika, a posebno stručnjaka za mentalno zdravlje.

Treba razviti edukaciju medija, zatvorskih lekara, policije, i svih koji dolaze u kontakt sa osobama koje imaju mentalne probleme, da bi se smanjila njihova diskriminacija, stigmatizacija i isključivanje.

Psihijatri treba da se angažuju u diskusijama u javnim grupama i pomognu u podizanju svesti i razumevanju mentalnih poremećaja. Oni treba da budu svesni postojanja tendencije u njima samima, kao i kod njihovih kolega da se stigmatizuju pacijenti. Oni treba da edukuju javnost preko medija, da bi se smanjile predrasude prema psihijatrijskim pacijentima i važeće uverenje da te pacijente treba marginalizovati, kao i da su mentalni poremećaji neizlečivi i vezani za agresiju i nasilje. Stalna saradnja sa pacijentima i njihovim porodicama predstavlja značajan instrument protiv stigmatizacije.

* Nacionalna komisija za mentalno zdravlje je u saradnji sa Ministarstvom zdravlja

organizovala prvu antistigma kampanju "Ujedinjene boje duše" 24. juna 2004. godine, uz učešće stručnjaka, pacijenata i medija.

NAPOMENE

1) Sve pomenute aktivnosti u okviru Strategije biće razvijane u skladu sa međunarodnim standardima i u stalnoj saradnji sa drugim zemljama u regionu. Strategija će se prilagođavati u skladu sa potrebama, mogućnostima i razvojem društva.

5. AKCIONI PLAN

Akcioni plan odštampan je uz ovu strategiju i čini njen sastavni deo.

6. ZAVRŠNI DEO

Ovu strategiju objaviti u "Službenom glasniku Republike Srbije".

AKCIONI PLAN

1.1. Osnovne strategije

Područja delovanja	Strategije
1. Zakonodavstvo i ljudska prava	Revizija postojećeg zakonodavstva i procedura za zaštitu prava osoba sa mentalnim poremećajima. Formulisane nacrti zakona o zaštiti prava osoba sa mentalnim poremećajima. Organizovanje javnih rasprava i kampanja kako bi se osiguralo učešće relevantnih grupa i zainteresovanih strana u reviziji i komentaranju nacrti zakona o mentalnom zdravlju. Usvajanje zakona.
	Razvoj i primena mehanizama za sprovođenje zakona o zaštiti prava mentalno obolelih osoba u psihijatrijskim ustanovama i svim službama koje se bave mentalnim zdravljem.
2. Organizacija službi	Uspostavljanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici (centri za zaštitu mentalnog zdravlja, zaštićene kuće za zbrinjavanje pacijenata i službe za profesionalnu obuku). Skraćivanje dužine hospitalnog tretmana.
	Racionalizacija službi u sekundarnim i tercijarnim psihijatrijskim institucijama. Fokusiranje na dnevne bolnice i dispanzersko lečenje. Postepeno smanjivanje broja postelja u velikim psihijatrijskim bolnicama u okviru procesa deinstitucionalizacije.

<p>3. Prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja</p>	<p>Univerzalna prevencija usmerena na opštu populaciju. Procena potreba specifičnih rizičnih grupa. Razvoj programa usmerenih ka prevenciji mentalnih poremećaja unutar rizičnih grupa. Selektivna prevencija sa fokusiranjem na grupe pod rizikom za razvoj mentalnih poremećaja (zlostavljana deca, izbeglice, stare osobe). Indikovana prevencija za osobe pod visokim rizikom koje pokazuju predispoziciju za mentalne poremećaje ili poremećaje ponašanja.</p> <p>Kampanje unapređenja zdravlja (razvijanje veština življenja, antistres programi, prevencija u školama, programi za prevenciju zloupotrebe supstanci)</p>
<p>4. Ljudski resursi, edukacija i istraživanje</p>	<p>Revizija postojećih programa za edukaciju stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja i njihovo prilagođavanje zahtevima zaštite mentalnog zdravlja zajednici. Razvoj programa za kontinuiranu edukaciju lekara opšte medicine na polju mentalnog zdravlja s posebnim naglaskom na zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Kontinuirana edukacija stručnjaka za mentalno zdravlje i njihovih saradnika. Podržati istraživanja u oblasti mentalnog zdravlja. Donošenje i primena etičkih kodeksa u istraživanju iz oblasti mentalnog zdravlja. Poboljšanje uslova rada u psihijatrijskim službama.</p>
<p>5. Poboljšanje kvaliteta (osiguranje kvaliteta)</p>	<p>Razvoj standardizovanih procedura (smernice za dobru kliničku praksu) za dijagnostiku i lečenje mentalnih poremećaja. Razvoj kriterijuma i procedura za akreditaciju stručnjaka i ustanova.</p> <p>Razvoj procedura za praćenje i nadzor učinka lečenja, kao i za evaluaciju psihijatrijskih službi.</p>
<p>6. Informacioni sistemi</p>	<p>Razvoj procedura i softverskih programa za registraciju korisnika, za dijagnostiku i praćenje i za epidemiološka istraživanja.</p>
<p>7. Međusektorska saradnja (partnerstvo za mentalno zdravlje)</p>	<p>Uspostavljanje međusektorskih odbora na nivou relevantnih ministarstava (Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, Ministarstvo prosvete i sporta, Ministarstvo pravde) koji će koordinisati i osigurati sveobuhvatnu zaštitu i lečenje osoba sa mentalnim poremećajima.</p> <p>Razvoj pilot-projekata koje će organizovati međusektorski odbori (npr. projekti u sferi</p>

	obrazovanja, zapošljavanja i stanovanja za osobe sa mentalnim poremećajima).
8. Zastupanje i javno zagovaranje	Podrška uspostavljanju i osnaživanju udruženja korisnika i porodičnih grupa.
	Razvoj kampanja protiv stigmatizacije.

1.2. Vremenski okvir i resursi

Područja delovanja	Strategije	Prioritet	Vremenski okvir	Partneri	
1. Zakonodavstvo i ljudska prava	1.1. Analiza postojećeg zakonodavstva i procedura za zaštitu prava osoba sa mentalnim poremećajima	1	januar 2004 - mart 2004.	Kratkoročna aktivnost	NKMZ, MZ, MP
	1.2. Formulisanje nacrtu Zakona za zaštitu prava osoba sa poremećajima mentalnog zdravlja (dalje: Zakon)	1	decembar 2003 - septembar 2004.	Kratkoročna aktivnost	NKMZ, MZ, MRZSP,
	1.3. Organizovanje javnih rasprava i kampanja, kako bi se osiguralo učešće relevantnih grupa i zainteresovanih strana u reviziji i komentarisanju nacrtu Zakona	2	decembar 2003 - septembar 2004.	Kratkoročna aktivnost	SU, MZ, MRZSP, udruženja
	1.4. Usvajanje Zakona u Narodnoj skupštini Republike Srbije	1	januar 2007 - decembar 2007.	Kratkoročna aktivnost	MZ, MP, MRZSP
	1.5. Razvoj i uvođenje u praksu mehanizama za sprovođenje Zakona	2	jun 2007 - decembar 2008.	Srednjoročna aktivnost	MZ, MP, MRZSP
2. Organizacija službi	2.1. Skraćivanje dužine hospitalnog tretmana.	2	januar 2007 - decembar 2008.	Srednjoročna aktivnost	MZ, SMZ
	Uspostavljanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici (centri za mentalno zdravlje, zaštićene	1	januar 2007 - decembar 2014.	Dugoročna aktivnost	NKMZ, MZ, LV, SMZ, NVO

	kuće za zbrinjavanje pacijenata i službe za profesionalnu obuku). Racionalizacija službi u sekundarnim i tercijarnim psihijatrijskim institucijama. Fokusiranje na dnevne bolnice i dispanzersko lečenje.	2	januar 2007 - decembar 2008.	Srednjoročna aktivnost	SMZ, MZ, SMZ
	2.2. Postepeno smanjivanje broja postelja u velikim psihijatrijskim bolnicama u okviru procesa deinstitucionalizacije	2	januar 2007 - decembar 2017.	Dugoročna aktivnost	MZ, SMZ
3. Prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja	3.1. Procena potreba specifičnih rizičnih grupa.	1	Tokom 2007. godine	Kratkoročna aktivnost	MZ, SMZ, IZZ, MRZSP, NVO
	3.2. Razvoj programa usmerenih ka prevenciji mentalnih poremećaja rizičnih grupa (akcioni plan za zaštitu dece i mladih, prevenciju i lečenje zavisnika od supstanci, zaštitu starih i izbeglica)	1	januar 2007 - decembar 2007.	Kratkoročna aktivnost	MZ, MO, MRZSP, SMZ, NVO, UZ, IZZ, KI
	3.3. Sprovođenje preventivnih programa	3	januar 2008 - decembar 2017.	Dugoročna aktivnost	NKMZ, MZ, MO,
	3.4. Kampanje za unapređenje zdravlja	2	januar 2007 - nadalje	Dugoročna aktivnost	MRZSP, SMZ, UZ, NVO, UK
4. Ljudski resursi, edukacija i istraživanje	4.1. Analiza postojećih programa za edukaciju stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja i njihovo prilagođavanje zahtevima zaštite mentalnog zdravlja	2	januar 2007 - decembar 2008.	Kratkoročna aktivnost	MZ, MO, SU; UZ

	u lokalnoj zajednici.					
	4.2. Razvoj programa za edukaciju lekara i saradnika opšte medicine u oblasti mentalnog zdravlja s posebnim naglaskom na zaštitu mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici.	3	januar 2007 - decembar 2007.	Srednjoročna aktivnost	NKMZ, MZ, MO, SU, UZ	
	4.3. Izvođenje programa edukacije lekara i saradnika primarne zdravstvene zaštite	3	januar 2007 - decembar 2012.	Dugoročna aktivnost	NKMZ, MZ, MO, SU, UZ	
5. Pобољшanje kvaliteta (osiguranje kvaliteta)	5.1. Razvoj standardizovanih procedura (smernice za dobru kliničku praksu) u oblasti dijagnostike i lečenja.	2	septembar 2006 - decembar 2008.	Kratkoročna aktivnost	SMZ, MZ, SU, UZ	
	5.2. Razvoj kriterijuma i procedura za akreditaciju stručnjaka i ustanova.	2	januar 2007 - decembar 2007.	Kratkoročna aktivnost	MZ, MO, SU, UZ	
	5.3. Razvoj procedura za nadzor i praćenje učinka lečenja, kao i za evaluaciju službi.	2	januar 2007 - decembar 2007.	Kratkoročna aktivnost	MZ, SU, UZ	
	5.4. Uvođenje u praksu gore navedenih mera za poboljšanje kvaliteta	2	januar 2007 - decembar 2008.	Kratkoročna aktivnost	SMZ, MZ, SU, UZ	
	5.5. Razvoj i uvođenje u praksu etičkih kodeksa za istraživanje	2	januar 2007 - decembar 2008.	Kratkoročna aktivnost	SMZ, MZ, SU, UZ	
6. Informacioni sistemi	6.1. Razvoj procedura i softverskih programa za registraciju i praćenje korisnika.	2	januar 2007 - decembar 2008.	Kratkoročna aktivnost	MZ, SMZ, SU, UZ	
7. Međusektorska saradnja (partnerstvo za mentalno zdravlje)	7.1. Uspostavljanje međusektorskih odbora na nivou ministarstava (Ministarstvo	1	januar 2007 - decembar 2007.	Kratkoročna aktivnost	MZ, MRZSP, MO, MP, UK, SMZ	

	zdravlja, Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, Ministarstvo prosvete i sporta, Ministarstvo pravde) koji će koordinisati i osigurati sveobuhvatnu zaštitu i lečenje osoba sa mentalnim poremećajima.					
	7.2. Razvoj pilot- projekata koje će organizovati međusektorski odbori (npr. projekti u sferi obrazovanja, zapošljavanja i stanovanja osoba sa mentalnim poremećajima).	2	januar 2007 - nadalje	Dugoročna aktivnost	MZ, MRZSP, MO, MP, SMZ, UK	
8. Zastupanje i javno zagovaranje	8.1. Podrška uspostavljanju i osnaživanju udruženja korisnika i porodičnih grupa.	3	januar 2007 - nadalje	Dugoročna aktivnost	MZ, NVO, UK, M	
	8.2. Razvoj kampanja protiv stigmatizacije.	2	januar 2007. - nadalje	Dugoročna aktivnost	NKMZ, MZ, NVO, UK, MSP, M	

Spisak skraćenica:

DZ - Domovi zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

SMZ - Službe mentalnog zdravlja

KI - Komesarijat za izbeglice

IZZ - Institut za zaštitu zdravlja

LV - Lokalne vlasti

M - Mediji

MZ - Ministarstvo zdravlja

MP - Ministarstvo pravde

MRZSP - Ministarstvo za rad, zapošljavanje i socijalna pitanja

MO - Ministarstvo obrazovanja

NKMZ - Nacionalna komisija za mentalno zdravlje

NVO - Nevladine organizacije

SU - Stručna udruženja

UK - Udruženja korisnika

UZ - Univerziteti

