

Priručnik

za uspostavljanje i razvoj centara
za zaštitu mentalnog zdravlja
u zajednici



Beograd, februar 2016.



Helsinški odbor za
ljudska prava u Srbiji

IAN Međunarodna
mreža pomoći



Projekat „Kampanja civilnog društva za efikasnu zaštitu osoba sa mentalnim smetnjama“

Priručnik za uspostavljanje i razvoj centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici

Autori:

Dr Vladimir Jović
Ljiljana Palibrk
Jelena Mirkov

Priredio:

Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji
Kneza Miloša 4, 11000 Beograd
www.helsinki.org.rs
office@helsinki.org.rs

Fotografija na naslovnoj strani i fotografije u Dodatku 2: Ljiljana Palibrk



Priručnik je sačinjen zahvaljujući podršci Ambasade Kraljevine Norveške u Beogradu, u okviru projekta „Kampanja civilnog društva za efikasnu zaštitu osoba sa mentalnim smetnjama“. Stavovi izneti u ovom dokumentu predstavljaju stavove autora i ne odražavaju nužno stavove Ambasade.

SADRŽAJ:

1. Uvod	6
2. Istorijski osvrt	7
2.1. <i>Nastanak azila</i>	7
2.2. <i>Antipsihijatrija</i>	8
2.3. <i>Povratak u zajednicu – Bazalja i iskustvo iz Trsta</i>	9
3. Osnovni pojmovi vezani za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici	12
3.1. <i>Deinstitucionalizacija</i>	12
3.2. <i>Psihosocijalna rehabilitacija</i>	13
3.3. <i>Koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici</i>	14
3.4. <i>Oporavak (Recovery), građanstvo (Citizenship) i Whole person-whole life pristup</i>	15
3.5. <i>Uključivanje korisnika</i>	16
3.6. <i>Multisektorijalna saradnja</i>	17
4. Pravni i politički okvir za organizovanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici	17
4.1. <i>Međunarodni dokumenti</i>	18
4.1.1. <i>Povelja o temeljnim pravima Evropske unije</i>	18
4.1.2. <i>UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom</i>	18
4.1.3. <i>Deklaracija iz Helsinkija 2005</i>	19
4.1.4. <i>Evropska ekspertska grupa za prelazak sa institucionalne na negu zasnovanu u zajednici</i>	20
4.2. <i>Nacionalni dokumenti</i>	21
4.2.1. <i>Strategija za mentalno zdravlje</i>	21
4.2.2. <i>Zakon o socijalnoj zaštiti</i>	22
4.2.3. <i>Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama</i>	23
5. Stručno-metodološki okvir za organizovanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici	24

5.1. Paket SZO o politici mentalnog zdravlja i vodič za usluge	24
5.2. Akcioni plan za mentalno zdravlje 2013-2020	25
6. Osnove zaštite mentalnog zdravlja u zajednici	26
6.1. Promena paradigme u lečenju	26
6.2. Principi zaštite mentalnog zdravlja u zajednici	29
7. Postojeća organizacija psihijatrijskih ustanova u svetu i u Srbiji	31
7.1. Oblici organizacije službi za mentalno zdravlje (SMZ)	32
7.1.1. SMZ integrisane u opšti zdravstveni sistem	32
7.1.2. SMZ u zajednici	34
7.1.3. Specijalizovane SMZ	34
7.2. Načini finansiranja sistema	35
7.2.1. Specijalne psihijatrijske bolnice	35
7.2.2. Centri za socijalni rad	36
7.2.3. Ostale usluge (NVO)	36
7.2.4. Upućivanje i prevencija hospitalizacije – domovi zdravlja	37
8. Preporuke za organizaciju SMZ u zajednici	37
9. Modeli organizacije službi za zaštitu mentalnog zdravlja u Srbiji	39
9.1. Struktura Pilot centra za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici „Medijana“ u Nišu	39
9.2. Savetovalište za mentalno zdravlje u Kragujevcu	41
9.3. Dom zdravlja u Somboru	42
9.4. Centar za mentalno zdravlje u Kikindi	43
9.5. Centar za mentalno zdravlje u Vršcu	44
10. Završne napomene	46
Dodatak 1: Preporuke SZO za centre za mentalno zdravlje u zajednici (CMZZ)	47
Dodatak 2: Fotografije CMZ u Kikindi, Vršcu i Trstu	48
Literatura	58

1. Uvod

Priručnik koji je pred vama predstavlja dodatni napor da se omogući i unapredi razvoj službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici u Republici Srbiji. Nastao je kao deo dvogodišnjeg projekta „Kampanja civilnog društva za efikasnu zaštitu osoba sa mentalnim smetnjama“ koji su zajedno sprovedeli Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji i Međunarodna mreža pomoći (IAN), uz podršku Ambasade Kraljevine Norveške u Beogradu. Projekat o kome je reč bio je namenjen pre svega osoblju i upravnicima četiri zdravstvene ustanove koje su već osnovale, ili su na putu da formiraju službe za mentalno zdravlje u mestima: Kikinda, Vršac, Kragujevac i Sombor, ali su iskustva stečena tokom ovog i brojnih drugih projekata iskorišćena i za pripremu ovog priručnika, koji ima za cilj da ponudi potencijalno nova rešenja za osnivanje i unapređenje i drugih službi za mentalno zdravlje u zajednici.

U ovom trenutku možemo reći da je proces deinstitutionalizacije u Srbiji jedva započeo. Iako se već godinama u profesionalnim krugovima govori o tome, i mada je Vlada Republike Srbije usvojila Strategiju za mentalno zdravlje još 2007. godine, do sada nije postignuto mnogo u transformaciji velikih psihijatrijskih bolnica i osnivanju službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Sa ove distance, jasno je da nije postojala kako politička podrška, tako ni zainteresovanost onih profesionalnih krugova koji odlučuju o procesu deinstitutionalizacije, ali takođe nije postojala ni široka uključenost drugih segmenata društva koji mogu biti ako ne najvažniji, a onda u svakom slučaju veoma važni u pokretanju procesa reforme i transformacije. Tu pre svega mislimo na uključivanje grupa korisnika, bilo kroz njihove asocijacije ili pojedinačno, zatim grupa porodica korisnika i članova mreže njihove socijalne podrške, šire mreže nevladinih organizacija i organizacija civilnog društva koje se bave ne samo stručnim delom razvoja službi u zajednici nego i zaštitom prava osoba sa mentalnim poremećajima. Osim njih je bilo posebno važno uključivanje nezavisnih institucija, posebno institucije Zaštitnika građana kao i Nacionalnog preventivnog mehanizma (NPM), koji su zajedno sa organizacijama civilnog društva poslednjih godina radili monitoring psihijatrijskih bolnica i socijalnih ustanova i aktivno predlagali i pisali preporuke za unapređenje uslova života u tim institucijama i njihovu sveukupnu transformaciju.

Uprkos činjenici da je proces transformacije psihijatrije u Srbiji i dalje na početku, nakon više od 10 godina od prvih pokušaja danas ipak imamo mnogo više i institucija i pojedinaca koji rade na unapređenju uslova života u bolnicama, ali takođe i na razvoju službi i ustanova za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici kao i na unapređenju položaja i ljudskih prava osoba sa mentalnim poremećajima.

Ovaj priručnik nema pretenziju da obezbedi sveukupna uputstva za osnivanje, započinjanje rada i organizaciju centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. On je, pre svega, neka vrsta pregleda problema i pitanja koje je potrebno uzeti u obzir prilikom rada na terenu, unutar institucija ili nezavisno od njih, a koji će se pojavljivati u procesu razvoja službi u zajednici. U osnovi, motiv za pisanje priručnika je dramatičan nedostatak literature na srpskom jeziku na ovu temu. Iako su napravljeni izvesni napori poslednjih godina da se objave elementarni podaci i neke brošure, i dalje ne možemo reći da imamo adekvatan materijal koji može da pomogne stručnjacima u ovom procesu. Nažalost, akademska psihijatrija skoro potpuno ignoriše pitanje zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, te se tako ono i ne spominje u vodećim udžbenicima koji se koriste u obrazovanju studenata medicine i psihologije kao i srodnih struka. Sa druge strane, literatura na stranim jezicima, a posebno ona koja dolazi iz stručnih krugova i institucija kao što je Svetska zdravstvena organizacija, je lako dostupna, dobro organizovana i nudi jako mnogo informacija kako za razvoj praktičnih veština tako i za teorijski osnov i elaboraciju argumenata u prilog transformacije psihijatrijskih službi. Ovo napominjemo stoga što smatramo da je neophodno konsultovati i navedenu literaturu, te ovaj priručnik smatramo kao neku vrstu uvoda koji je neophodan da bi se pronašli detaljniji i bolje elaborirani izvori poda-

taka i znanja iz iste oblasti. Zato smo se odlučili za širi izbor stručne literature koja se navodi u napomenama na kraju priručnika.

Još jedan faktor je važan u razumevanju uloge ove publikacije: u svakoj zemlji, ili čak i u svakoj regiji u Evropi postoje specifičnosti organizacije zdravstvene i psihijatrijske službe kao i različita iskustva u razvoju službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Dakle, činjenica je da ne postoji jedinstven, univerzalni koncept za zaštitu mentalnog zdravlja niti ga je moguće ponuditi u obliku određenog modela. Za razliku od drugih institucija koje su tokom istorije nastajale u okviru psihijatrijske struke, kao što je naprimer univerzitetska psihijatrijska klinika, koja je imala praktično jedinstvenu strukturu, organizaciju, ciljeve i funkcije, službe za zaštitu mentalnog zdravlja pre pokazuju izvanrednu heterogenost, fluidnost, adaptabilnost, koja odslikava i njihove ciljeve. To su, pre svega, prilagođavanje potrebama korisnika, a ne uspostavljanje jedinstvene institucije koja bi delovala zaokruženo ali bi verovatno više služila sama sebi.

2. Istorijski osvrt

O istorijskom razvoju institucija i prakse u psihijatriji¹ kao i konceptualnoj istoriji biće govora na drugom mestu, te ćemo ovde spomenuti samo osnovne pojmove kako bi se pomoglo razumevanje koncepta zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. Psihijatrija je, istorijski posmatrano, imala značajno drugačiji razvoj od drugih oblasti medicine kao što su infektologija, hirurgija, pedijatrija i druge. Sve danas postojeće oblasti u medicini razvile su se postepenim odvajanjem od osnovnih oblasti koje su bile definisane početkom XVIII veka – interne medicine i hirurgije, dok je psihijatrija nastajala u institucijama za smeštaj invalida i onesposobljenih koje su bile organizovane od strane država ili u manastirima. U tim institucijama nisu smeštani samo oboleli od psihijatrijskih poremećaja, u smislu koji se danas koristi, nego i mnogi siromašni, ubogi i nepoželjni, neprilagođeni, problematični i beskućnici. Tako su od početka te institucije služile za smeštaj osoba² koje praktično nisu mogle da žive u otvorenim sredinama.

2.1. Nastanak azila

U tom periodu se zacrtavaju i osnove principa lečenja u azilima koje praktično traju sledećih 150 godina, tj. do duboko u drugu polovinu XX veka u razvijenim zemljama. Danas u istočnoj Evropi i u drugim manje razvijenim zemljama azili i dalje postoje u obliku psihijatrijskih bolnica. Osnovne karakteristike azila koje su ostale žive i u strukturama postojećih institucija su, pre svega, da su bile namenjene i organizovane da obezbede smeštaj za obolele koji je obično trajao mesecima ili godinama, a veoma često i doživotno. U tom smislu azili su velike ustanove, obično napravljene van gradova, u obliku paviljonskog smeštaja sa velikim zgradama i spavaonicama sa više kreveta, kako bi se obezbedio prihvat velikog broja pacijenata. Ideja o izmeštanju iz gradskih sredina je deo starog koncepta „miazme“ (ili otrovnog vazduha koji izaziva bolest), koji se u periodu postepenog razvoja urbanih sredina i kasnije industrijalizacije povezivao sa nezdravim načinima gradskog života i za koji se smatralo da je bio jedan od uzroka mentalnog propadanja. Stoga su azili pravljeni daleko od gradova, obično u ruralnim sredinama ili pak potpuno izolovani u prirodnim sredinama kao npr. u planinama, što je značilo da su bili teško dostupni potencijalnim posetiocima. Tako su azili služili još jednoj svrsi, a to je da se njihovi utočnici sklone od pogleda drugih ljudi. Ideja o izmeštanju pacijenata u azile bila je opšteprihvaćena i teorijski elaborirana od Eskirola (Esquirol) u tekstu iz 1837. godine, u ko-

1 O istorijatu psihijatrije: <http://studymore.org.uk/mhhtim.htm>

2 Krosli (Crossley, 2006) to kaže na sledeći način: „Azili su institucije za smeštaj. Jasno je, na primer, da se značajan naglasak stavlja na pitanja bezbednosti unutar njih i veoma malo na pitanja udobnosti. Visoki zidovi, zatvorena vrata i stroge mere bezbednosti odvajaju ih od spoljašnjeg sveta dok je unutra fizičko sputavanje često korišćeno. Nadalje, istraživanje pokazuje da u praksi postoji veoma malo lečenja. Veličina unutrašnje populacije sprečava mogućnost bilo kakvog moralnog tretmana i jasno je dokazano da je medicinsko osoblje koje radi u azilima retko nešto više od administracije. Oni retko viđaju pacijente a i kada to čine, to je pre zbog telesnih problema koji nisu u vezi sa ludilom. Boravci postaju sve duži i čak su i zvanične stope izlečenja veoma niske”.

jem je obrazložio da je odvajanje od porodice i zajednice zapravo terapijski postupak čiji je cilj ozdravljenje pacijenta. On je svoju teoriju naslonio na već postojeće osnove asocijacionističke filozofije koja je objašnjavala mentalno funkcionisanje preko razlaganja mentalnih fenomena u pojedinačne elemente koji su zajedno gradili složenije mentalne pojave. Tako je Eskirol smatrao da će odvajanje pacijenta od porodice, a koje je često bilo nasilno, dovesti do određenog šoka za njegov mentalni sklop te će on u novim neprepoznatljivim uslovima moći da ponovo na neki način presloži svoje mentalne utiske i tako ozdravi. Iako teorijski ničim opravdan, koncept izolacije je opstao decenijama posle Eskirola i često se može čuti da hospitalizacija u psihijatrijskim bolnicama treba da posluži da pacijenta odvoji od vlastite porodice koja se opisuje kao patogena. Takođe, sličan mehanizam se implicitno prepoznaje u ideji o sobama za izolaciju, koje služe da pacijent bude pošteđen spoljašnjih utisaka, što bi trebalo da dovede do njenog/njegovog bržeg smirivanja i oporavka. Naravno da ovo nema nikakvu realnu osnovu niti opravdanje, upravo suprotno – u sobama za izolaciju pacijent je ostavljen sam i prepušten svojim unutrašnjim patološkim procesima, halucinacijama, sumanutostima i strahovima, te ta praksa predstavlja krajnje nehumano ponašanje.

Sledeći element u organizaciji azila koji je smatran terapijskim bio je „disciplinski“ element, ili ga bar tako možemo nazvati. Pretpostavljalo se da bolest nastaje zbog nereda, haosa, dezorganizovanosti kako ličnog života tako i zbog uslova urbanog življenja, te da je potreban povratak u organizovanu hijerarhijsku i patrijarhalnu sredinu koja bi svojom strukturom, disciplinom, podelom rada, vremenskim rasporedom i posebnim visokim moralnim standardima mogla da doprinese izlečenju pacijenata. U tom smislu se u radovima psihijatarata i iz prve polovine 19. veka prepoznaju preporuke koje bi trebalo da doprinesu visoko moralnoj atmosferi azila i patrijarhalnoj podeli rada i dužnosti, strogoj hijerarhiji i poštovanju autoriteta.

U početku, azili su predstavljali visoko respektovanu instituciju koja je nakon ulaska lekara dobila oreol naučnosti i prosvetiteljstva. U međuvremenu, pokazalo se da su socijalne potrebe za smeštanjem besprijaznih, bolesnih i nepoželjnih toliko velike da je broj azila naglo porastao, broj pacijenata u njima je višestruko uvećan, pa su te institucije postale prenatrpane i uslovi u njima su se naglo pogoršali. U drugoj polovini XIX veka raste nezadovoljstvo, kako u stručnim krugovima tako i u javnosti, funkcionisanjem azila i nedostatkom adekvatnih terapijskih procedura u njima. To dovodi do izvesnih promena koje su pokrenute pre svega od strane nemačkih lekara, vođenih idejom da se psihijatrija mora približiti medicini i medicinskoj teoriji, što je značilo podstrek istraživanju patologije mozga i nervnog sistema. Ovo su omogućile i druge nove tehnike ispitivanja kao što su mikroskop i histologija, električna struja i stimulacija delova mozga i drugo. Ove nove tehnike su dovele do značajnih saznanja, ali u oblastima koje usko posmatrano ne pripadaju psihijatriji: prepoznata je progresivna paraliza (tercijarni sifilis), unapređena saznanja o demencijama, apopleksiji, multiploj sklerozi i drugim degenerativnim i infektivnim oštećenjima mozga i unapređena je dijagnostika neuroloških oboljenja koja nastaju usled fizičke traume. Sve ovo je bilo praćeno uspostavljanjem nove institucije u psihijatriji koja se naziva univerzitetska psihijatrijska klinika; Grizinger je među prvima zagovarao promene o kojima govorimo (Engstrom, 2003). Psihijatrijska klinika koja je zamišljena kao mesto lečenja, ali pre svega mesto istraživanja i obučavanja novih psihijatarata, postoji još uvek. Instituti i klinike u našoj zemlji nalaze se u urbanim sredinama – za razliku od psihijatrijskih bolnica koje su organizovane na azilarnom principu – oslonjene su na univerzitete i služe obučavanju lekara i psihijatarata, a može se reći da je njihov prevashodni cilj istraživanje mentalnih poremećaja.

2.2. Antipsihijatrija

Polovinom XX veka nastupio je period kada se počelo otvoreno govoriti o zloupotrebama u psihijatriji; javnost u razvijenim zemljama bila je spremna da ponovo (kao polovinom XIX veka) ispituje uslove u psihijatrijskim bolnicama i zloupotrebu moći, ali su stručni radovi koji su se pojavili u kratkom vremenskom razmaku bili okosnica koja je pokrenula promenu. Šezdesetih godina XX veka pojavili su se kritički glasovi

koji su najavili „krizu legitimiteta” u američkoj psihijatriji; Gofman je objavio „Azile” (Gofman, 2011), a iste godine Fuko je objavio „Istoriju ludila u doba klasicizma” (Fuko, 1980). Nastupio je period ozbiljnog preispitivanja psihijatrijske prakse, koji je označen nesrećnim terminom „antipsihijatrija”. U približno isto vreme desila su se još dva udarca za tadašnju američku akademsku psihijatriju: prvi je bio uticajni Sasov rad „Mit o mentalnoj bolesti” (Sas, 2008), a drugi Rozenhanov eksperiment, koji je pokazao da je dovoljno da se osoba žali da čuje glasove (jednu određenu reč), pa da provede čitave nedelje u psihijatrijskoj bolnici uz najtežu dijagnozu (Rosenhan, 1973). Neki radovi i umetnička dela su zbog svog kvaliteta ostala u sećanju mnogih generacija, a među njima i film Miloša Formana „Let iznad kukavičjeg gnezda” (One Flew Over the Cuckoo's Nest iz 1975, prema istoimenoj knjizi Kena Kesija [Ken Kesey]).

Antipsihijatrija je termin koji je prvi upotrebio Dejvid Kuper u knjizi „Psihijatrija i antipsihijatrija” iz 1967. godine. Kasnije je (1983. u Beogradu) izjavio: „Ovde je neko rekao da sam ja otac alternativnog pokreta u psihijatriji. Naravno da nisam. Ja sam otac svoje dece koja su veća i verovatno mudrija od mene, ali nisam otac nikakvog pokreta. Znam da sam odgovoran za reč ‘anti-psihijatrija’, koju više ne upotrebljavam jer je odavno počela da se zloupotrebljava i primenjuje na iskustva koja su sasvim različita od onih na koja sam ja mislio. Čak ni u knjizi ‘Psihijatrija i anti-psihijatrija’, koja je i ovde objavljena, nisam dovoljno jasno objasnio šta ta reč znači” (Kuper, 1988). U druga imena antipsihijatrijskog pokreta ubrajaju se Leng (Ronald David Laing), Fuko, M. (Michel Foucault), Bazalja, (Franco Basaglia) i drugi, ali je važno razumeti da niko od njih nije pristajao na takvo određenje i da su svi imali različite poglede i polaznu osnovu, a zajednička im je bila jedino kritika postojećeg sistema.

Na pokret antipsihijatrije se danas gleda uglavnom kao na “propali eksperiment”. Tačno je da je potpuna negacija postojanja mentalnih poremećaja (ili pokušaj da se oni označe kao socijalna konstrukcija) nemoguća, jer je nemoguće negirati da pojedina stanja značajno odstupaju od uobičajenih ljudskih iskustava i da nanose veliku patnju pacijentima i uništavaju njihove živote. Ipak, kritike usmerene prema medikalizaciji ili patogenizaciji velikih segmenata života ostaje validna i aktuelna i mnogo godina nakon što je “antipsihijatrijski pokret” izgubio na značaju. Svi navedeni autori nisu imali za cilj da se uništi psihijatrija, nego su ozbiljno preispitali njene osnovne postavke, što se čini još i danas, posebno u periodu pre izlaska u javnost još jedne američke klasifikacije psihijatrijskih oblika (Kinghorn, 2013). To preispitivanje nije bilo uzalud – jer su njegove najznačajnije posledice upravo zatvaranje psihijatrijskih bolnica i razvoj alternativnih oblika lečenja, tj. zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. U tom smislu može se reći da je retko koja stručna ili filozofska kritika imala takve duboke i obuhvatne efekte na praktični život ljudi kao što je “antipsihijatrija”. Pa ipak, kod nas se taj termin najčešće koristi da označi navodno nerealne ili neosnovane kritike usmerene protiv institucija ili sistema, čime se zapravo samo uspeva obezvređiti bilo kakva kritika upućena postojećim strukturama.

2.3. Povratak u zajednicu – Bazalja i iskustvo iz Trsta

Polovinom XX veka³ psihijatrija se kao praksa obavlja u velikim bolnicama (azilima) i klinikama, gde se terapijski naponi svode uglavnom na „telesne” tretmane (izazivanje insulinskih koma, elektrošokove, lobotomiju), i na drugoj strani – psihoanalitičku praksu, koja se odvija u privatnom setingu i za povlašćene pacijente. Pedesetih godina, u terapiju se uvode jači lekovi, prvo hlorpromazin (Largactil), pa potom i drugi antipsihotici, antidepresivi i druge grupe lekova, što omogućava da priličan broj pacijenata može napustiti bolnicu ili provesti mnogo kraće vreme u njoj. Međutim, ti lekovi nisu mogli dovesti do potpunog izlečenja i vrlo brzo su se počeli davati više radi kontrole, nego radi terapije.

Povratak u zajednicu je počeo kao reakcija na negativnu praksu u bolnicama, te je u početku u svojoj os-

³ Ovo poglavlje je preuzeto iz knjige “Opšta psihopatologija” (Jović, 2015).

novi imao za cilj ukidanje postojećih procedura – izgledalo je kao da je u njegovoj osnovi zapravo proces reverzan onom koji je doveo do stvaranja azila i bolnica. Dok su azili bili zasnovani na izmeštanju bolesnika iz njegove sredine, pristup koji je označen kao mentalno zdravlje u zajednici sad je imao za cilj da ga vrati u nju. Gubitak profesionalnih, socijalnih i životnih veština, koji se dešavao skoro obavezno nakon višegodišnjeg boravka u azilima, sada je zaustavljen i preokrenut programima rehabilitacije usmerenim na vraćanje izgubljenog. Gubitak pravnih kompetencija (npr. poslovne sposobnosti), imovine, dokumenata, državljanstva, prava glasa, itd. bio je nadoknađen procesima vraćanja svih ljudskih prava osobama koje su se našle u poziciji potpune obespravljenosti. I gubitak identiteta praćen gubitkom dostojanstva, socijalnim isključivanjem i stigmom, nadoknađivan je programima socijalnog uključivanja, samoorganizovanja i javnog zastupanja; učešće obolelih u svim aspektima planiranja, kreiranja i implementacije zdravstvenih i socijalnih službi kroz njihove asocijacije i političke grupe predstavlja najuticajniji i neefektniji deo ovog kompleksnog procesa.

Najznačajnije promene su se ipak odigrale u mikrosredini – u psihijatrijskim bolnicama u kojima su prve intervencije zapravo bile demontiranje socijalnih struktura, praksi i rituala koji su služili da se uspostavi institucionalna (bolnička) represija. Do nama najpoznatijeg istorijskog razvoja službi za mentalno zdravlje u zajednici, a i geografski najbližeg, dolazi u Trstu, gde je Franko Bazalja započeo, a njegovi saradnici nastavili proces dekompozicije bolničkog sistema⁴. Franko Bazalja je bio glavni kreator čuvenog „Zakona 180” kojim je zabranjen prijem odraslih psihotičnih osoba u psihijatrijske bolnice i koji je obezbedio postepeno smanjivanje broja bolnica i doveo do njihovog konačnog zatvaranja – proces koji je u Italiji dovršen 2000. godine. Bazalja je postavljen za direktora bolnice San Đovani (San Giovanni) u Trstu 1971. godine i to je bila prva psihijatrijska bolnica u Evropi koja je zatvorena 1980, iste godine kada je Bazalja umro. San Đovani je u vreme njegovog dolaska izgledao kao pravi azil, gde se nalazilo 1.200 utočenika na kojima je primenjivan niz represivnih mera kojima se održavala struktura totalne institucije. Bazalja je tada pokrenuo u osnovi reverzan proces: prvo je ukidana praksa nasilnog kažnjavanja neposlušnih pacijenata elektrošokovima, zatvaranjem u sobe za izolaciju, vezivanjem i zatvaranjem u kaveze (cage-bed, ili „krevet-kavez” je uobičajena fraza kojom se opisuje „dogradnja” bolničkog kreveta sa šipkama na način da osoba ostaje zatvorena u skućenom prostoru u kom se ponekad ne može ispraviti). Ove izmene su bile praćene stalnim radom sa pacijentima na odeljenju u vidu velikih grupnih zajednica, „skupština”, gde su lekari i drugo osoblje zauzimali aktivan ali ravnopravan položaj, čime je ukinuta i distanca između lekara i pacijenta koja je u bolnicama izgledala nepremostiva. Lekari su počeli da slušaju svoje pacijente – slično kao Frojd i psihoanalitičari posle njega, ali razlika je u tome što su ovo bili pacijenti sa najtežim oblicima poremećaja, za koje su lekari obično smatrali da su neizlečivi ili „trajno oštećeni” (što smo često čuli i u našoj sredini i što predstavlja jedan od primera dehumanizacije tih pacijenata). Hijerarhijska struktura unutar bolnice i među zaposlenima je postepeno deinstalirana; umesto jutarnjih vizita kao besmislenih rituala uvedeni su svakodnevni jutarnji sastanci timova, gde su i tehničari i medicinske sestre (naravno i psiholozi i socijalni radnici), imali ravnopravnu i važnu ulogu u terapijskom radu. Ukinuti su bolnički beli mantili, kao i većina oznaka medicinskog osoblja, a istovremeno je pacijentima dozvoljeno da nose svoju odeću i imaju pristup ličnoj imovini. Sledeći korak je bio izlazak van bolnice, tj. ukidanje restriktivnog sistema kontrole kretanja (Eskirolova „izolacija”, koja se održala više od 150 godina), što je dovelo do postepenog mogućeg izlaženja pacijenata u zajednicu i u nove, postepeno ustanovljavane centre za mentalno zdravlje u zajednici. Kasnije je ukidanje potencijalno štetnih praksi bilo praćeno razvojem drugačijih terapijskih akcija koje su sada imale izrazito nemedicinsko određenje i bile su okrenute socijalnim intervencijama i ponovnom uspostavljanju socijalnih funkcija i odnosa koje su pacijenti, provodeći godine u azilima, postepeno izgubili. Terapijske intervencije se odvijaju u centrima u zajednici, ili u domovima pacijenata, podrazumevaju učešće porodice i socijalnu mrežu, i ne isključuju farmakoterapiju, koja se pažljivo određuje, uvek u saradnji sa pacijentima i nikada kao mera kažnjavanja ili „hemijske fiksacije” (sediranja pacijenata koji su uznemireni ili agresivni, do nivoa da se onesposobljavaju

⁴ Odabrani radovi iz Trsta, na engleskom jeziku, mogu se naći na: <http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm>

kao u slučaju fizičkog sputavanja).

Nekoliko decenija nakon Bazaljine smrti, centri u Trstu (ukupno četiri centra za 236.000 stanovnika) rade po sličnom i unapređenom principu; bolnica je odavno zatvorena, a umesto toga svaki od centara ima 4–8 kreveta za kratkotrajni smeštaj pacijenata, pri čemu je upotreba tih kreveta vremenom sve kraća. Uz to, u opštoj bolnici postoji psihijatrijsko odeljenje sa 6 kreveta, dok službe za stanovanje u gradu imaju ukupno 45 kreveta u zaštićenim stanovima ili „grupnom stanovanju“, koji se ne mogu smatrati psihijatrijskim krevetima u užem smislu, mada neki od njih uključuju i 24-časovnu podršku. To je rezultat Bazaljine reforme, tokom koje je postepeno ukidana potreba za bolničkim oblicima lečenja, koji su pre reforme obuhvatali 1.200 kreveta! Nivo nasilja do kojeg dolazi između osoblja i pacijenata sveden je na najmanju moguću meru, tako da se fizičko sputavanje praktično i ne primenjuje, a umesto toga i „u posebno konfliktnim situacijama, kada izgleda da se dogovor ne može postići, tim postupa prema asertivnom pregovaranju, koje može da traje satima i uključuje više pokušaja, zajedno sa značajnim drugima – kako stoji u zakonu, umesto da se primenjuju naredbe o obaveznom psihijatrijskom tretmanu“⁵. Ovo u stvarnosti i izgleda kao uporno, ali dobronamerno i nenasilno nagovaranje osobe uz istovremenu brigu o njegovom ili njenom mentalnom stanju koje često u akutnim krizama deluje dramatično. Ako se uzme u obzir stalni rad s tim pacijentima, kućne posete i aktivnosti u centru, jasno je da se ne može desiti da hronični pacijenti u dužem periodu ostanu bez pomoći i lečenja, te se tako zapravo i sprečavaju dramatični relapsi koji bi inače vodili do mnogo težih slika i stanja. Pri tome, pacijenti koji već imaju iskustva i sa osobljem i sa centrom, sigurni su da u centru neće biti vezivani, prisiljavani na terapiju ili boravak mimo svoje volje, što opet sve dovodi do znatnog smanjenja nasilja između lekara i pacijenata: prema rečima Roberta Mecine (Roberto Mezzina), direktora Kolaborativnog centra Svetske zdravstvene organizacije u Trstu, „nasilje pacijenata je odgovor na nasilje lekara“⁶. Kada se posmatraju i parametri koji indirektno pokazuju kvalitet službi, dobija se impresivna slika: manje od 10 ljudi na 100.000 stanovnika godišnje bude prisilno hospitalizovano i niko nije fizički vezivan (princip „otvorenih vrata“ važi i za osobe koje su prisilno hospitalizovane), među beskućnicima nema mentalno obolelih (najčešće su to ilegalni imigranti), niti ima stanovnika iz Trsta među mentalno obolelima u forenzičkim bolnicama, a stopa samoubistava je prepolovljena za 20 godina (sa 25/100.000 na 12/100.000). Oko 250 ljudi prođe profesionalnu obuku tokom godine, od kojih se oko 30 zaposli u „kompetitivnim poslovima“. Sve skupa to stvara sliku jednog potpuno drugačijeg pristupa mentalnim poremećajima, koja se onda vraća kao bumerang našoj uobičajenoj predstavi o mentalno obolelima i tradicionalnim načinima lečenja – da li to onda znači da psihijatrija koju poznajemo jeste proizvod kulture, socijalnog trenutka i implicitne ideologije, umesto racionalnog izbora najboljeg tretmana, kako po navici mislimo?

Niko od stručnjaka o kojima govorimo ne negira postojanje mentalnog poremećaja, ali i ne spori da veliki deo ispoljavanja u kliničkoj slici (npr. agresivnost, negativni simptomi ili kognitivno i socijalno propadanje nakon dugotrajne hospitalizacije) proizilazi iz konteksta, tj. reakcije porodice i zajednice, načina i pristupa u lečenju itd. Ali u njihovom radu moguće je pronaći elemente dekonstrukcije biomedicinskog modela i negacije akademske psihijatrije (mada to možda ne bi svi rekli na taj način). Kao prvo, postoji deevaluacija psihijatrijske nozologije, tj. „nezainteresovanost za dijagnozu“, koja se vidi u procesu rada: „prijem [u centar] nije zasnovan na dijagnozi nego na problemu“ (ibid.), a ciljevi tretmana se ne formulišu medicinskim rečnikom. Iako se ove službe, tj. postupci mogu označiti kao „psihosocijalna rehabilitacija“, vremenom sve više mesta zauzima termin „oporavak“ (recovery), koji podrazumeva i terapijski pristup i specifični filozofski, etički i politički stav prema mentalnim poremećajima, koji je mnogo humaniji i suštinski determinisan stvarnim potrebama pacijenata. Ceo vokabular akademske psihijatrije je postepeno postao predmet distanciranja: sama reč „psihijatrija“ zamenjena je „mentalnim zdravljem“, „bolesnici“ ili „pacijenti“ sa „klijentima“ ili čak

5 Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: An "Open Door-No Restraint" system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis.* 2014; 202 (6):440–5.

6 Roberto Mezzina, prezentacija "New Hopes: The experience in Trieste and the critical innovations in mental health worldwide"; Belgrade IMHCN-IAN Conference, maj 2010.

„gostima“ (u centru). Za razliku od anahrone ideje o bolnici kao terapijskoj sredini i svemoćne ideje da će samo lekari – psihijatri moći da izleče bolest, mnogo više pažnje se posvećuje preventivi da se ne dođe do bolnice (ili do bilo kojeg oblika isključenja neke osobe) i principima samopomoći u lečenju (gde pacijenti sami, tj. sa drugim pacijentima vode terapijski proces). Gotovo je nemoguće pronaći referencu na genetiku, ali je socijalni kontekst uvek naglašen i jasno prepoznat. U pojednostavljenoj verziji celokupnog procesa, može se reći da je cilj lečenja da se ne dozvoli osobi da se socijalno izoluje u toku bolesnog procesa, odnosno da se ojačavanjem socijalnih mehanizama omogući što adekvatniji, autonomniji i kvalitetniji život.

3. Osnovni pojmovi vezani za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici

3.1. Deinstitutionalizacija

Termin „deinstitutionalizacija“ je jedan od najčešće korišćenih pojmova u transformaciji psihijatrijskih službi u razvijenim zemljama, jer opisuje proces kroz koji su sve razvijenije zemlje prolazile u poslednjim decenijama. Iako u svojoj osnovi ima ideju smanjivanja kapaciteta i postepeno zatvaranje bolnica, taj proces se ne može svesti samo na to. Deinstitutionalizacija se vezuje za promenu sistema lečenja mentalno obolelih, od lečenja u bolnicama (hospitalnog ili institucionalnog lečenja) ka lečenju u zajednici, tj. u novim, otvorenijim, obuhvatnijim sistemima lečenja i podrške kojima se pokušava unaprediti pristup najteže pogođenima i istovremeno zaštititi njihova prava.

Evropska ekspertska grupa u priručniku za prelazak sa institucionalne nege na usluge podrške za život u zajednici, kaže da je „deinstitutionalizacija proces koji uključuje: 1. razvoj visokokvalitetnih, individualiziranih usluga u zajednici, uključujući i one čiji cilj je prevencija institucionalizacije i prenos sredstava od institucija za dugotrajan boravak do novih usluga kako bi se osigurala dugoročna održivost; 2. planirano zatvaranje institucija za dugotrajan boravak, gde deca, osobe s invaliditetom (uključujući i osobe s psiho-socijalnim problemima) i starije osobe žive, odvojeni od društva, s neadekvatnim standardima nege i podrške, i gde su njihova ljudska prava često zanemarena; 3. prilagođavanje redovnih usluga, kao što su obrazovanje i obuka, zapošljavanje, stanovanje, zdravstvo i prevoz, kako bi one bile potpuno pristupačne i dostupne svima“ (Priručnik, EEG).

Moguće je razlikovati „dehospitalizaciju“ od deinstitutionalizacije, pri čemu je ovo prvo stvarno smanjenje broja kreveta, dok je deinstitutionalizacija kompleksan proces koji dovodi do:

- postepenog premeštanja ekonomskih i ljudskih resursa sa suštinski izmenjenim službama za zaštitu mentalnog zdravlja i istovremenim stvaranjem centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici;
- temeljne promene uslova življenja bivših utočenika psihijatrijskih bolnica, kojom im se daje mogućnost da žive u alternativnim smeštajima, kad god je moguće van sistema službi za mentalno zdravlje;
- kritičkog odnosa prema hijerarhijskoj bolničkoj organizaciji kao represivnom aparatu koji je usmeren protiv pacijenata ali i zaposlenih, koji se u procesu deinstitutionalizacije demontira i nadomešta sa fleksibilnijom i demokratičnijom strukturom;
- jačanja autonomije srednjeg i pomoćnog kadra saglasno jačanju njihovih sposobnosti i novih veština;
- kritičkog odnosa prema tradicionalnoj psihijatrijskoj ideologiji i duboke promene filozofije i metodologije praktičnog rada, koja je zasnovana na odgovoru prema potrebama pacijenata.

Jasno je da se pod terminom „deinstitucionalizacija“ podrazumeva ne samo tehničko pitanje vrste, oblika i kvaliteta lečenja, nego mnogo dublje pitanje promene paradigme u lečenju mentalno obolelih. U teorijskom smislu, to znači napuštanje sadašnje paradigme (u vladajućoj akademskoj psihijatriji) koja se zasniva na biomedicinskom modelu, koji psihijatrijsku bolest posmatra kao posledicu oštećenja mozga (disbalansa u funkciji, uloge genetskih faktora ili drugo), kao nešto nepopravljivo ili u najmanju ruku sa vrlo skromnim potencijalom za rehabilitaciju, te je celokupan sistem zasnovan na lečenju fizičkim sredstvima, pre svega farmakoterapijom i obezbeđivanju sigurnosti za okolinu (zbog pretpostavke da su mentalno obolele osobe nasilne). Naprotiv – dokazano je da bolnice dramatično oštećuju psihološko i socijalno funkcionisanje osobe te da se promene na bolje mogu primetiti tek prilikom vraćanja osoba u njihovu sredinu.

3.2. Psihosocijalna rehabilitacija

Psihosocijalna rehabilitacija je koncept koji je uveden u našu psihijatriju pre više decenija, praćenjem modernih koncepata koje je promovisala Svetska zdravstvena organizacija. Ovaj koncept se odnosio kako na opštu organizaciju zdravstvenih službi preko određivanja primarne, sekundarne i tercijarne prevencije, tako i na specifičniji rad sa osobama obolelim od hroničnih duševnih bolesti, koji je bio posebno razvijen u psihijatrijskim bolnicama osamdesetih godina prošlog veka, u formi radne terapije, umetničkih aktivnosti, klubova, porodične terapije i drugo. Na žalost, većina ovih programa je skoro u potpunosti napuštena devedesetih.

U medicini je uobičajeno da se opisuju tri nivoa prevencije, to jest primarna, sekundarna i tercijarna prevencija. Alternativno se mogu nazivati terminima kao što su prevencija, lečenje i rehabilitacija. Ovi označitelji uvedeni su četrdesetih godina XX veka od strane američkih autora i još uvek opstaju u medicini i u organizaciji službi. Tako se pod ustanovama primarne zaštite ili primarne prevencije kod nas najčešće nazivaju domovi zdravlja koji su odskora finansirani na lokalnom nivou, to jest od strane lokalnih samouprava. Sa druge strane, bolnice i instituti najčešće spadaju u institucije sekundarne zdravstvene zaštite, a specijalne psihijatrijske bolnice predstavljaju ustanove tercijarne zaštite. Osnovni cilj tercijarne prevencije je da se smanji šteta koju uzrokuje određena bolest i to putem usredsređivanja na fizičku, ali i psihičku i socijalnu rehabilitaciju. Kako sekundarna prevencija ima za cilj da spreči invalidnost, tercijarna prevencija se razlikuje u tome što su aktivnosti usmerene na period nakon što je invalidnost već nastala. U tom smislu ciljevi tercijarne prevencije su uspostavljanje zdravlja na najvišem mogućem nivou, kao i funkcionisanja osobe iskorišćavanjem potencijala koji nisu zahvaćeni bolešću.

Prevencija danas ima izuzetno važnu ulogu pošto postoji dovoljno podataka da veliki broj smrti na godišnjem nivou nastaje usled uzroka koje je moguće prevenirati. Ovo znači da se jasno određenim akcijama mogu sprečiti i bolesti i potencijalne letalne posledice, te to jako utiče na sveukupno zdravlje nacije. Imajući u vidu značenje koje mentalni poremećaji imaju na zdravstvene parametre na globalnom nivou, i činjenicu da njihov značaj i udeo može samo rasti – kako je to predviđeno Izveštajem o svetskom zdravlju SZO iz 2001. godine (Svetska zdravstvena organizacija, 2003), pred stručnjacima koji planiraju ili sprovode politiku u oblasti mentalnog zdravlja se nameće urgentna potreba da se pronađu načini da se što većem broju ljudi ponudi što je moguće kvalitetnije lečenje i rehabilitacija u oblasti mentalnih poremećaja.

Rehabilitacija je termin koji ima mnogo značenja, a u doslovnom prevodu znači „ponovno osposobljavanje“. U medicini se koristi u mnogim domenima, kao što je fizikalna rehabilitacija (ponovno osposobljavanje motornih funkcija tela nakon fizičkih povreda ili moždanih udara, na primer), a koristi se i kao oznaka za lečenje od supstanci ili kao proces tretmana i rada sa osobama osuđenim za krivična dela a u cilju sprečavanja ponavljanja kriminalnog ponašanja. Psihijatrijska rehabilitacija ili češće psihosocijalna rehabilitacija, odnosi se na postupke kojima je cilj ponovno osposobljavanje nakon pojave mentalne bolesti (tj. oboljevanja od težih mentalnih poremećaja). Poseban značaj psihosocijalne rehabilitacije zasniva se na ideji da je rehabil-

itacija uopšte moguća, tj. da je i nakon pojave psihotičnih simptoma moguć oporavak i rad u cilju ponovnog osposobljavanja za što je moguće kvalitetniji život; i posebno – što termin psihosocijalna implicira socijalnu, tj. društvenu dimenziju akcije – usmerenost ka porodici, zajednici, poslu, samoodržanju, itd.

Američka Asocijacija za psihijatrijsku rehabilitaciju (The Psychiatric Rehabilitation Association⁷) je dala sledeću definiciju psihijatrijske rehabilitacije:

„Psihijatrijska rehabilitacija promoviše oporavak, punu integraciju u zajednicu i poboljšanje kvaliteta života za osobe koje su bile dijagnostikovane sa bilo kojim mentalnim stanjem koje ozbiljno ugrožava njihovu sposobnost da vode smislene živote. Službe za psihijatrijsku rehabilitaciju su kolaborativne, usmerene na osobu i individualizovane. Ove službe su esencijalni element zdravstvene nege i spektra ljudskih službi i treba da budu zasnovane na dokazima. One se fokusiraju na pomaganju osobama da razviju veštine i dođu do sredstava potrebnih da se poveća njihov kapacitet za uspeh i zadovoljstvo u življenju, radu, učenju i socijalnim sredinama prema njihovom izboru“.

Praktični značaj koncepta psihosocijalne rehabilitacije u našem kontekstu i u sadašnjem trenutku sastoji se u mogućnosti da se aktivnosti koje ona subsumira, a koje su specifično vezane za socijalno funkcionisanje, mogu integrisati u zdravstveni sistem kao mere lečenja. To znači da se tretman mentalno obolelih ne završava samo dijagnostikovanjem i ordinisanjem lekova, nego da se ekstendira na socijalno polje, praktično u svim sferama života pacijenta i kroz celokupan njegov životni tok. Time se postiže modifikacija uskog biomedicinskog modela u biopsihosocijalni model posmatranja i tretmana mentalnih poremećaja.

3.3. Koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici

U jednom od retkih priručnika o organizaciji službi za mentalno zdravlje prevedenih sa srpski jezik, autora Grejema Tornikrofta i Mikelea Tansela (Graham Thornicroft, Michele Tansella)⁸, daju se različite definicije „zajednice“ (npr. „skupina ljudi udruženih zajedničkim interesima“) i „zaštite u zajednici“ (npr. „pružanje usluga blizu kuće“). Koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici nastao je kao odgovor na nedostatke bolničkog (azilnog) lečenja i zloupotrebu prava obolelih, a istorijski se tumačio na različite načine: kao zaštita van velikih institucija, označavao je profesionalne usluge van bolnica, zaštitu od strane zajednice i normalizaciju svakodnevnog života⁹. Njegovu osnovu čini ideja da se mentalno oboleli ne isključuju iz društva (porodice, zajednice) preko dugotrajnih i ponavljanih ili nekada doživotnih hospitalizacija u psihijatrijskim bolnicama ili smeštanjem u ustanove socijalne zaštite, nego da se pomoć, lečenje i rehabilitacija pružaju u mestu boravka, u stalnoj saradnji sa zajednicom. Ovaj koncept je povezan i sa idejom o zaštiti prava mentalno obolelih osoba kao i sa procesom deinstitutionalizacije u psihijatriji – čiji bi trebalo da bude željeni ishod. On podrazumeva razvoj službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici koje treba da obezbede sveobuhvatno lečenje i zaštitu pacijentima u sredini u kojoj oni žive i koje će biti lako dostupne pacijentima i njihovim porodicama. U cilju maksimalno moguće resocijalizacije mentalno obolelih osoba, nameće se transfer svih pozitivnih funkcija institucije na nivo zajednice, ali bez ponavljanja njihovih negativnih aspekata. U ostvarivanju ovog cilja neophodno je korišćenje svih potencijala zajednice.

Sveobuhvatnost ovih službi ogleda se i u obezbeđivanju spektra usluga koji će zadovoljiti mentalno-zdravstvene potrebe populacije u celini, kao i specifičnih grupa. Stoga, iako je osnovna organizaciona jedinica sistema za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici centar (različito nazivan, ili kao centar za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici ili centar za mentalno zdravlje – u zajednici; na engleskom se najčešće sreće fraza

⁷ Zvanična stranica Asocijacije je: <http://www.uspra.org/>. Svetska asocijacija za psihosocijalnu rehabilitaciju predstavljena je na stranici http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Home.html

⁸ Tornikroft & Tansela, „*Bolja brigada o mentalnom zdravlju*“, 2011

⁹ ibid. str. 23

„community mental health center“), ovaj koncept podrazumeva razvoj, koordinaciju i saradnju i sa drugim ustanovama koje se osnivaju ili već postoje, ali služe za zadovoljavanje nekih od osnovnih potreba obolelih kao što su stanovanje, rad i zapošljavanje, zdravstvena i pravna zaštita i drugo. Stoga je važno razumeti da se proces razvoja zaštite mentalnog zdravlja u zajednici ne završava osnivanjem centra za mentalno zdravlje i razvojem njegovih službi, nego podrazumeva njegovo umrežavanje sa svim relevantnim institucijama u zajednici (kao što su npr. centri za socijalni rad, škole, policijske stanice i dr.) sa kojima osoblje centra radi u obostranom interesu - da se spreče problemi povezani sa mentalnim zdravljem stanovništva na toj teritoriji, da se podigne svest stanovništva o neophodnosti suživota i smanji stigma, kao i da se spreči bilo kakvo ugrožavanje prava mentalno obolelih.

Takođe je važno napomenuti da koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici ne podrazumeva negaciju bolničkog oblika lečenja koje će i u najrazvijenijim sistemima ostati potrebno, iako u veoma, veoma smanjenom obimu, dužini trajanja i ciljevima. Drugim rečima: „savremena služba za mentalno zdravlje treba da predstavlja ravnotežu između zaštite u zajednici i bolničke zaštite, nasuprot tradicionalnom starateljskom sistemu u kome dominiraju velike psihijatrijske bolnice i ambulante koje pacijentima pružaju zaštitu i praćenje, pri čemu tretman obično svode na davanje lekova“ (ibid.).

3.4. Oporavak (Recovery), građanstvo (Citizenship) i Whole person-whole life pristup

Koncept **građanstva** uključuje uverenje u jednaka prava za svaku osobu, bez obzira na okolnosti i zdravstveni status, kao i jednak pristup građanskim, političkim, socijalnim i ekonomskim mogućnostima. Ovo je posebno važno za osobe sa mentalnim problemima jer i njima je potrebno da uživaju ista prava i socijalnu pravdu kao i ostali građani, da budu zaštićeni zakonom, zaštićeni od socijalnog isključivanja, kao i od institucionalnih službi i praksi lečenja koje ih odvajaju ili diskriminišu u bilo kom obliku.

Koncept **oporavka** i pristupa zasnovanog na njemu za sve osobe sa mentalnim poremećajima (ili „korisnike usluga“ – service users), zasnovan je na ljudskim vrednostima i njihovoj upotrebi od strane korisnika usluga, profesionalaca i samih službi. Njihov cilj je da postignu zdravlje i blagostanje, bez obzira na stepen invaliditeta ili patnje određene osobe. Pristup oporavka zahteva promenu paradigme u razmišljanju – od patologije i bolesti, ka samoodređenju, životnim pričama, ljudskoj snazi, nadi i snovima, podršci bliskih i kontroli korisnika sa podrškom od strane profesionalaca kao partnera, mentora i zastupnika.

Princip oporavka treba shvatiti kao koncept koji je mnogo širi od praktičnog odnosa prema pacijentu – on određuje i filozofski stav i dramatičnu promenu odnosa prema bolesti i pacijentima, ciljeva službi za mentalno zdravlje kao i promene u planiranju, kreiranju politike i finansiranju službi. U isto vreme on se može smatrati pokretom – humanističkim stavom i aktivističkim pristupom u borbi za održanje prava i poboljšanje brige za mentalno obolele. U ovom trenutku je uočljivo da se taj koncept prihvata od strane zvaničnih institucija i vlada većine razvijenih zemalja. Uopšteno se smatra da se razvijao prvo u SAD; u zvaničnom Izveštaju o mentalnom zdravlju Odeljenja za zdravlje i humane službe iz 1999. godine (U.S. Department of Health and Human Services, 1999) se prvi put govori da celokupna zaštita mentalnog zdravlja treba da bude „orijentisana prema korisnicima i fokusirana na promociju oporavka“. Za autore istorijskog pregleda razvoja koncepta oporavka, pojavljivanje ove odrednice u tom izveštaju „oglasilo je početak nove ere u psihijatriji, ere u kojoj će nastupiti radikalne reforme u načinu kako razumemo i lečimo mentalne bolesti i, jednako značajno, kako razumemo i lečimo osobe koje žive sa mentalnom bolešću“ (Davidson, Rakfeldt, & Strauss, 2011).

Celovitost osobe – života i blagostanje (whole person – whole life and well-being) pristup znači da osoba s problemima u mentalnom zdravlju ima iste osnovne ljudske potrebe kao i svi ostali. Prepoznavanje celovitosti osobe je način da se razvije i vodi život u kojem postoji cilj, život koji je pun smisla, interesovanja,

prepoznavanja, doprinosa itd. Osobama sa mentalnim problemima treba omogućiti prilike za celovit život i pomoći im u njihovom oporavku i blagostanju, što zahteva puni pristup zdravlju, mogućnostima obrazovanja, profesionalnoj obuci, radu, volontiranju, socijalnim mrežama, sportu, slobodnim aktivnostima itd. Ovo se postiže tako što se plan za razvoj službi za mentalno zdravlje razvija prema principu "whole system" metodologije u dizajnu i implementaciji kao sveobuhvatni integrisani sistem mentalnog zdravlja. Službe za zaštitu mentalnog zdravlja moraju biti usredsređene na osobu, tj. osoba je od temeljnog značaja za uspostavljanje i održavanje odnosa, i samo saradnja s tom osobom može da unapredi službe tako da lečenje bude potpuno efikasno¹⁰.

3.5. Uključivanje korisnika

Osobe sa mentalnim poremećajima u psihijatrijskom sistemu su imale pasivnu ulogu i najčešće nisu mogle uticati na vrste, oblike i tok lečenja. Ovo je proizilazilo iz osnovnih postavki biomedicinskog modela, jer se pacijent tretirao kao objekat intervencije, bez obzira da li je u pitanju infektivna bolest, hirurška intervencija ili mentalni poremećaj. Odnosi moći su bili pomereni ka dominantnoj ulozi lekara u odlučivanju u praktično svim aspektima lečenja (ali i života) pacijenata; lekari su mogli da odlučuju i o sposobnostima, pravima, slobodama, itd. Ovo sve je naravno vodilo i povećanoj mogućnosti za kršenje prava pacijenata.

U konceptualizaciji zaštite mentalnog zdravlja u zajednici korisnici imaju mnogo aktivniju i izraženiju ulogu, praktično na svim nivoima. Zapravo se kaže da se korisnici posmatraju pre svega kao osobe, a ne samo kao korisnici¹¹. To je implicitno ugrađeno i u opštu ideju da se službe definišu i organizuju prema njihovim potrebama, a ne prema idejama kako bi lečenje trebalo da izgleda, koje dolaze od stručnih krugova. Dalje, intervencije nisu fokusirane samo na telo i poremećaje tela (npr. disbalans neurotransmitera), nego se odnose na socijalnu sredinu i funkcionisanje.

Učešće korisnika u lečenju može biti na različitim nivoima službi, a u službama za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici trebalo bi da bude mnogo aktivnije. Čak i u toku hospitalnog lečenja u psihijatrijskim bolnicama starog tipa, moguće je osnažiti učešće korisnika preko Saveta pacijenata. Savet predstavlja oblik organizovanja korisnika koji je vezan za instituciju i koji služi kao telo koje formuliše stavove i zahteve pacijenata prema osoblju i upravi bolnice, u cilju da se unaprede uslovi lečenja i života u bolnici. Naravno, Savet ima za cilj i međusobnu podršku i pomoć. Grupe samopomoći predstavljaju odavno poznat i afirmisan oblik lečenja u kom učestvuju samo pacijenti, uz povremenu pomoć stručnjaka, nekada samo u početnim fazama rada. Uloga korisnika i njihovih porodica istaknuta je i kod izrade individualnog plana lečenja, koji je od skora počeo da se primenjuje u našim psihijatrijskim ustanovama.

Učešće korisnika u kreiranju politike u oblasti mentalnog zdravlja i organizacije službi moguće je kroz organizaciju korisničkih asocijacija, tj. organizacija civilnog društva koje okupljaju korisnike i članove njihovih porodica, te imaju za cilj unapređenje života, prava i lečenja. Asocijacije bi trebalo da igraju važnu ulogu u kreiranju politika, strategija i zakona, što do sada kod nas nije bio slučaj. Najvažnija tela koja su radila na izradi strategija i zakona nisu uključivala korisnike. Ipak, sama činjenica da se asocijacije razvijaju, da se povećava njihov broj kao i broj korisnika koje okupljaju, te da se njihovo prisustvo u javnosti pojačava, dobar su

¹⁰ Na veb-stranici Međunarodne mreže za saradnju u mentalnom zdravlju (International Mental Health Collaborative Network (IMHCN) (<http://www.imhcn.org/>) postoji veliki broj dokumenata koji objašnjavaju i olakšavaju razumevanje ovog sistema i koji su nastali kao posledica višegodišnjeg iskustva posvećenih delatnika u oblasti mentalnog zdravlja iz raznih delova sveta, dakle ne samo iz evropskih zemalja, nego i Australije, Severne i Južne Amerike i delova Azije. IMHCN je u Srbiji zastupljen od 2010. godine, kada je u saradnji sa Međunarodnom mrežom pomoći (IAN) održana prva konferencija sa ciljem da se promovise humaniji i efikasniji pristup lečenju mentalno obolelih.

¹¹ Upotreba termina koji označavaju korisnike zavisi od dominantnog konteksta: stari termini kao što su „bolesnici“, „oboleli“, „pacijenti“ pripadaju biomedicinskom modelu. „Preživeli“ (survivor) se koristi u krugovima koji naglašavaju nasilje psihijatrijskih institucija. „Korisnik“ (user) je termin koji se izgleda najčešće koristi i koji prihvataju i naše asocijacije osoba sa mentalnim poremećajima.

znak da će se i njihova uloga u budućnosti promeniti.

3.6. Multisektorijalna saradnja

Intersektorijalna (multisektorijalna, interdisciplinarna) saradnja se odnosi na neophodnost učešća različitih segmenata društva u adekvatnoj pomoći i lečenju osoba sa mentalnim poremećajima. U tradicionalnim sistemima, lečenje i rehabilitacija su organizovani unutar jednog, zdravstvenog sektora, što znači i da su sve aktivnosti limitirane na zdravstvene kao i to da finansiranje lečenja dolazi iz jednog izvora. Međutim, sam koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici podrazumeva da intervencije prevazilaze područje usko definisanih zdravstvenih intervencija, te zadiru i u socijalne, pravne, obrazovne i druge potrebe. Pomoć osobama sa mentalnim poremećajima neće više biti samo u zdravstvenom domenu, nego će obuhvatati usluge koje su tradicionalno u području socijalne zaštite (npr. stanovanje, zapošljavanje, materijalna pomoć), ili u oblasti prava i dr. Stoga je saradnja između „sektora“ izuzetno važna, a ona se najsnažnije oseća na lokalnom nivou i na primeru pojedinačnih slučajeva.

Najčešće se pod intersektorijalnom saradnjom podrazumeva saradnja između zdravstvenog i socijalnog sektora; na lokalnom nivou to bi bila saradnja npr. između centara za mentalno zdravlje i centara za socijalni rad. Oni bi u koordinisanom radu mogli da pokriju veliki deo potreba pacijenata, zavisno od individualnog slučaja, bilo da se radi o pitanjima stanovanja ili o finansijskim aspektima. Međutim, važno je naglasiti čemu služi saradnja – jer nije dovoljno da svaka strana uradi ono što je dužna prema dobro definisanim nadležnostima. U velikoj većini slučajeva nadležnosti se preklapaju, ali je učešće oba sektora i dalje neophodno. Npr. socijalni sektor može biti odgovoran za pronalaženje smeštaja za osobu koja se otpušta iz bolnice, te preduzeti sve mere i aktivnosti da se taj smeštaj pronade van institucije (npr. u zaštićenim stanovima). Ali podrška mora dolaziti iz centra za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, te njihovo osoblje treba da bude uključeno u kućne posete u tim stanovima ili čak u asistiranje stanovanje (kada neko od pomoćnog osoblja iz centra boravi određen broj sati u zaštićenom stanu). Slično važi i za druge aspekte i druge vrste potreba. Uobičajeno je, bar u centrima u inostranstvu u čiji rad smo mi imali uvid, da se sve aktivnosti koordinišu iz centara, bez obzira na vrste potreba i na institucije koje odgovaraju na te potrebe, a da saradnja bude kako institucionalizovana tako i direktna i personalizovana. Drugim rečima, potrebno je napraviti formalne ugovore između institucija koji definišu i nadležnosti i finansije, ali istovremeno je dobro napraviti saradnju putem redovnih sastanaka timova ili bar predstavnika timova.

4. Pravni i politički okvir za organizovanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici

Proces transformacije psihijatrijskih službi iz sistema zasnovanog na azilima ka službama za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici je podržan od vodećih političkih struktura modernih demokratskih zemalja, a u našem kontekstu najznačajnija su dokumenta Evropske unije. Sistem zaštite mentalnog zdravlja u zajednici je ukorenjen u zdravstvenim sistemima većine evropskih zemalja, ili se ubrzano razvija u zemljama koje su novije članice Evropske unije i koje su sve usvojile nacionalne strategije i dokumenta koja podržavaju taj proces. Kod nas nisu u potpunosti izrađena i prihvaćena dokumenta koja bi omogućila nesmetan razvoj službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, ali već postoje određeni preduslovi koje navodimo u poglavlju o nacionalnim dokumentima.

Kada govorimo o zakonima ili političkoj podršci, pre svega polazimo od osnovnih dokumenata EU kojima se štite prava svih osoba, što podrazumeva da te odrednice važe i za osobe sa teškim mentalnim poremećajima.

4.1. Međunarodni dokumenti

4.1.1. Povelja o osnovnim pravima Evropske unije

Evropska konvencija o ljudskim pravima i Povelja Evropske unije o osnovnim pravima¹² koja je iz nje proizašla, definišu pitanja kao što su dostojanstvo, slobode, jednakost, solidarnost, građanska prava i pravda. Povelja je proglašena 2000, a postala je pravno obavezujući dokument u decembru 2009. godine.

Kada primenjuju pravo, institucije EU i države članice vezane su Poveljom. To znači i da bi se sva finansiranja trebala koristiti za zaštitu i promociju fundamentalnih prava, kao što su: poštovanje ljudskog dostojanstva, pravo da se ne bude podvrgnut neljudskom ili degradirajućem postupanju, pravo na slobodu i sigurnost, pravo na poštovanje privatnog i porodičnog života, pravo na obrazovanje, posao, pravo na zdravlje, jednakost i nediskriminaciju. Štaviše, Povelja EU eksplicitno prepoznaje prava onih koji su smešteni u institucijama: prava dece na zaštitu i negu prema njihovim najboljim interesima (član 24), pravo starijih da žive dostojanstven i samostalan život (član 25) i pravo osoba s invaliditetom da učestvuju u životu zajednice (član 26).

Budući da su osobama koje su smeštene u institucije za dugotrajan boravak osporavana mnoga od ovih prava, EEG smatra da se u takve usluge ne bi smela ulagati sredstva EU. Umesto toga, "sva dostupna finansijska sredstva trebala bi se koristiti za potporu strukturnih reformi s ciljem razvoja visokokvalitetnih usluga podrške za život u porodici i zajednici, zatvaranje institucija i prilagođavanje redovnih usluga svima".

4.1.2. UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom

U decembru 2010, EU je postala potpisnica UN-ove Konvencije o pravima osoba s invaliditetom¹³ (u daljem tekstu CRPD).

Cilj ove konvencije je "da se unapredi, zaštiti i osigura puno i jednako uživanje svih ljudskih prava i osnovnih sloboda svim osobama sa invaliditetom i unapredi poštovanje njihovog urođenog dostojanstva. Osobe sa invaliditetom uključuju i one koji imaju dugoročna fizička, mentalna, intelektualna ili čulna oštećenja koja u interakciji sa raznim preprekama mogu ometati njihovo puno i efikasno učešće u društvu na jednakoj osnovi sa drugima" (član 1). Zemlje koje su ratifikovale konvenciju obavezuju se "da obezbede i unaprede puno ostvarivanje svih ljudskih prava i osnovnih sloboda za sve osobe sa invaliditetom bez diskriminacije bilo koje vrste po osnovu invaliditeta" (član 4), te u tom cilju (između ostalog) "preuzimaju obavezu da: (a) usvoje sve odgovarajuće zakonodavne, administrativne i druge mere za ostvarenje prava priznatih ovom konvencijom; (b) preduzmu sve odgovarajuće mere, uključujući i zakonodavstvo, u cilju menjanja ili ukidanja postojećih zakona, propisa, običaja i prakse koji predstavljaju diskriminaciju prema osobama sa invaliditetom; (c) uzmu u obzir zaštitu i unapređenje ljudskih prava osoba sa invaliditetom u okviru svih politika i programa; (d) se uzdržavaju od svih postupaka ili prakse koji nisu u skladu sa ovom konvencijom, kao i da obezbede da državni organi i institucije deluju u skladu sa ovom konvencijom; (e) preduzmu sve odgovarajuće mere za otklanjanje diskriminacije po osnovu invalidnosti od strane bilo kog lica, organizacije ili privatnog preduzeća".

Član 19 obavezuje države potpisnice da priznaju jednako pravo svim osobama sa invaliditetom da žive u

¹² Konvenciju (European Convention on Human Rights) je moguće pronaći na: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SRP.pdf a Povelju (Charter of Fundamental Rights of European Union) na: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>

¹³ Convention on the Rights of Persons with Disabilities: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom je objavljen u "Službenom glasniku RS - Međunarodni ugovori", br. 42/2009 od 2.6.2009. godine, i dostupan je zajedno sa tekstom Povelje na: <http://www.ljudskaprava.gov.rs/index.php/yljudska-prava/konvencije/56-konvencija-un-o-pravima-osoba-sa-invaliditetom>

zajednici, da imaju jednak izbor kao i drugi i da preduzimaju efikasne i odgovarajuće mere da osobama sa invaliditetom olakšaju potpuno uživanje ovog prava i njihovo potpuno uključivanje i učešće u zajednici. CRPD bliže određuje “samostalan život i uključivanje u zajednicu” kroz pravo osoba sa invaliditetom da izaberu svoje boravište, gde i sa kim će živeti, ravnopravno sa drugima; pravo na pristup većem broju kućnih, rezidencijalnih i drugih usluga za pružanje podrške od strane zajednice, uključujući ličnu pomoć koja im je potrebna za život i uključivanje u zajednicu, kao i sprečavanje izolacije ili izopštavanja iz zajednice; pravo da usluge i olakšice koje zajednica pruža stanovništvu u celini, pod istim uslovima budu dostupne osobama sa invaliditetom i da zadovoljavaju njihove potrebe.

Konvencija u članu 15 definiše Odsustvo zlostavljanja ili okrutnog, nehumanog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja, obavezujući države strane ugovornice da preduzmu sve efikasne zakonske, administrativne, sudske ili druge mere u cilju sprečavanja da osobe sa invaliditetom, ravnopravno sa drugima, budu izložene zlostavljanju ili svirepom, nehumanom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju, uključujući i zabranu podvrgavanja medicinskim ili naučnim eksperimentima bez lične saglasnosti.

Države su, takođe, dužne da preduzmu sve odgovarajuće mere (zakonske, administrativne, socijalne, obrazovne i druge) kako bi zaštitile osobe sa invaliditetom, kako u njihovom domu tako i izvan njega, od svih oblika eksploatacije, nasilja i zloupotrebe, uključujući aspekte vezane za pol (član 16). U tom cilju, države treba da obezbede osobama sa invaliditetom i njihovim porodicama i starateljima odgovarajuće oblike pomoći i podrške, shodno polu i starosti. Stav 4 ovog člana je posebno važan: “Države strane ugovornice će preduzeti sve odgovarajuće mere radi unapređenja fizičkog, kognitivnog i psihološkog oporavka, rehabilitacije i socijalne reintegracije osoba sa invaliditetom koje postanu žrtve bilo kakvog iskorišćavanja, nasilja ili zloupotrebe, uključujući obezbeđivanje usluga zaštite. Takav oporavak i reintegracija će se realizovati u okruženju koje podstiče zdravlje, blagostanje, samopoštovanje, dostojanstvo i samostalnost ličnosti vodeći računa o potrebama vezanim za pol i starost.”

EEG smatra da “EU i države članice, u okviru njihovih relevantnih kompetencija, imaju obavezu koja proizlazi iz člana 19 Konvencije” da poboljšaju sveukupni položaj, a posebno pravo osoba sa invaliditetom da žive u zajednici, pri čemu bi se strukturni fondovi trebali koristiti kao ključni alat za postizanje ove obaveze. EEG navodi da se detaljna pravna analiza implikacija ratifikacije Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom od strane EU za trenutno korištenje i budući potencijal strukturnih fondova, nalazi u izveštaju koji je izdao Evropski regionalni ured UN-ove Visoke poverenice za ljudska prava (OHCHR): „Živeti život: živeti nezavisno i biti uključen u zajednicu“¹⁴. Uz to, i izveštaj Fondacije za otvoreno društvo pod naslovom „Evropska unija i pravo na život u zajednici“¹⁵ navodi obaveze država članica i EU da se bore protiv diskriminacije i socijalne isključenosti koristeći strukturne fondove.

4.1.3. Deklaracija iz Helsinkija 2005

Na konferenciji ministara zdravlja Evropskog regiona SZO u januaru 2005. godine doneta je tzv. Helsinška deklaracija o mentalnom zdravlju¹⁶, koja je jedan od ključnih političkih dokumenata koji podržavaju transformaciju psihijatrijskih službi. Pozitivnim intoniranjem podržan je razvoj službi u zajednici: „Mnogi aspekti politike i službi mentalnog zdravlja u celoj evropskoj regiji prolaze kroz proces transformacije. Politika i službe trude se da postignu društveno uključivanje i jednakost, i imaju sveobuhvatan pogled na

14 Izveštaj “*Getting a Life: Living Independently and Being Included in the Community*” dostupan je na: http://www.europe.ohchr.org/documents/Publications/getting_a_life.pdf

15 “*The European Union and the Right to Live in the Community*”, dostupan na: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/europe-community-living-20120507.pdf>

16 Pun naziv je: *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions; Evropska ministarska konferencija o mentalnom zdravlju Svetske zdravstvene organizacije: Suočavanje sa izazovima, građenje rešenja*; Helsinki, Finska, 12–15. januar 2005. EUR/04/5047810/6 14. januar 2005. ; na engleskom dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf, a na srpskom na: <http://ups-spa.org/helsinska-deklaracija/>

uravnoteženost između potreba i koristi od raznovrsnih aktivnosti vezanih za mentalno zdravlje usmerenih na stanovništvo u celini, rizične grupe i osobe sa problemima mentalnog zdravlja. Službe postaju dostupne u širokom spektru okruženja u zajednici, umesto isključivo u izolovanim i velikim institucijama. Verujemo da je ovo pravi i neophodan put“. U Deklaraciji se pozdravljaju promena politike i prakse, koje sada obuhvataju unapređenje mentalnog zdravlja; borbu protiv stigmatizacije, diskriminacije i isključivanja iz društva; prevenciju problema mentalnog zdravlja; negu osoba sa problemima mentalnog zdravlja, obezbeđivanje sveobuhvatnih i efikasnih službi i intervencija, pružanje mogućnosti učestvovanja i izbora kako korisnicima službi tako i onima koji o njima brinu; oporavak i uključenje u društvo osoba koje su imale ozbiljne probleme mentalnog zdravlja. U ovom dokumentu su uključene i stavke neophodne za organizaciju i transformaciju službi, kao i ključni pojmovi poput „oporavka“, „diskriminacije i isključivanja“, „učestvovanja i izbora“ i naravno – „uključivanja u društvo“.

4.1.4. Evropska ekspertska grupa za prelazak sa institucionalne na negu zasnovanu u zajednici

Ekspertska grupa¹⁷ je izradila „Zajedničke evropske smernice za prelaz s institucionalne nege na usluge podrške za život u zajednici“ (u tekstu citiran kao „Smernice, EEG“) i „Priručnik za korištenje fondova EU za prelaz s institucionalne nege na usluge podrške za život u zajednici“ („Priručnik, EEG“). Ovaj drugi dokument ima cilj da pomogne vlastima u Evropi (misli se na različite nivoe) „koje su uključene u programiranje i provođenje strukturnih fondova EU (i drugih relevantnih fondova) pri donošenju odluka koje će pomoći poboljšanju života više od milion evropskih građana koji trenutno žive u institucionalnoj zaštiti te koje će pomoći modernizaciji sistema zaštite i podrške, osiguravajući da je poštovanje ljudskih prava i jednakosti u središtu reformi“. Ovo bi na praktičnom nivou značilo da se Priručnik koristi i od strane onih pojedinaca i grupa koje odlučuju o evropskim fondovima, a koji se odnose na sredstva namenjena za unapređenje stanja osoba sa mentalnim poremećajima.

U stvarnosti se zaista dokazalo da EEG i politika praćenja sprovođenja programa deinstitutionalizacije u zemljama koje apliciraju za fondove EU može da bude smislena i efikasna. Na našem primeru (koji je prikazan u Priručniku), pokazalo se da je moguće fondove preusmeriti sa investicije u (zastarele) institucije, prema programima koji podržavaju deinstitutionalizaciju. Ovo je citat iz Priručnika:

17 European Expert Group on the Transition from Institutional to Community Based Care; Ova grupa je „široka koalicija koja okuplja zainteresovane (stakeholders) koji predstavljaju osobe sa potrebama za negom ili podrškom uključujući decu, osobe sa invaliditetom, osobe koje imaju probleme u mentalnom zdravlju, porodice, kao i pružaoce usluga, javnu upravu i međuvladine organizacije“ (<http://deinstitutionalisationguide.eu/>). Verzija izveštaja na srpskom jeziku (*Jedinstvene evropske smernice za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici-Uputstvo za sprovođenje i podršku održivom prelasku sa institucionalne zaštite na alternativne usluge pružanja brige i podrške u porodici i zajednici za decu, osobe sa invaliditetom, osobe sa psihičkim smetnjama i starija lica u Evropi*, može se naći na: http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/09/smernice_korigovane_priprema.pdf. Priručnik za korištenje fondova EU za prelaz s institucionalne nege na usluge podrške za život u zajednici može se naći (verzija na hrvatskom jeziku) na: http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/04/2013-04-08-Common-EU-Toolkit_Croatian_version_EDITED.pdf

Analiza slučaja: Srbija - Planirano preuređenje institucija za dugotrajan boravak

U okviru natječaja pod naslovom "IPA Centralizirani programi Projekt broj 11: Podrška za deinstitucionalizaciju (DI) i socijalnu inkluziju osoba s intelektualnim i psiho-socijalnim poteškoćama CRIS Broj 2011/022-585", Vlada Srbije planirala je uložiti 5,17 miliona evra sredstava Europske unije (IPA) za finansiranje preuređenja šest institucija za dugotrajan boravak osoba s intelektualnim poteškoćama i psiho-socijalnim poteškoćama u Srbiji. Cilj predloženog projekta bio je "doprinjeti deinstitucionalizaciji i socijalnoj inkluziji osoba s intelektualnim i psiho-socijalnim poteškoćama na lokalnom nivou transformirajući institucije u poboljšane usluge te omogućavajući proces deinstitucionalizacije".

Usprkos navedenom cilju projekta, EEG je iskazao zabrinutost da projekat neće omogućiti transformaciju institucija i stvaranje usluga podrške u zajednici. Iako je bio specifičan u vezi s rekonstrukcijom i opremanjem šest institucija (koje je bilo puno opsežnije od otklanjanja rizika za zdravlje i sigurnost korisnika), konkurs nije predvideo nikakva sredstva za razvoj 41 usluge podrške u zajednici, osim stvaranja planova transformacije i razvoja. [...] EEG je stoga naglasila da bi EU finansiranje trebalo biti korišćeno za podršku sprovođenja zakonodavstva Srbije o socijalnim uslugama, odnosno da bi ona trebala nadopuniti državna sredstva namenjena za deinstitucionalizaciju i decentralizaciju socijalne zaštite. Tokom zagovaranja srpskih i međunarodnih NVO-a i uz podršku Evropske komisije, srpske vlasti su konkurs revidirale na način da podupire razvoj usluga podrške u zajednici, a ne modernizaciju postojećih institucija.

4.2. Nacionalni dokumenti

Republika Srbija se uključila u regionalni proces transformacije psihijatrijskih bolnica prvo preko Projekta za mentalno zdravlje Pakta za stabilnost koji je trajao od 2003-2008. godine, tokom kojeg je Vlada Republike Srbije usvojila Strategiju razvoja zaštite mentalnog zdravlja¹⁸ (u januaru 2007. godine), Nacionalna komisija za mentalno zdravlje je Ministarstvu zdravlja podnela prvi nacrt zakona o zaštiti osoba sa mentalnim smetnjama, a u opštini Medijana u Nišu je osnovan prvi pilot centar za mentalno zdravlje u zajednici, pod administrativnom organizacijom SBPB "Gornja Toponica". Ovaj projekat tako označava početak procesa reformi u Srbiji, a Regionalna izjava o viziji mentalnog zdravlja usvojena u okviru projekta Pakta za stabilnost je uvrštena u tekst Strategije. Predstavnici osam država Jugoistočne Evrope (Bugarska, Rumunija, Moldavija, Albanija, Hrvatska, Bosna i Hercegovina, Srbija i Crna Gora, Bivša Jugoslovenska Republika Makedonija), nacionalni eksperti i predstavnici Svetske zdravstvene organizacije složili su se u zajedničkoj izjavi da je mentalno zdravlje i dalje često posmatrano kao niski prioritet od strane vlada i zajednica, te da opstaje dominantna kultura zanemarivanja i izopštavanja ljudi sa mentalnim bolestima, najviše izražena u nastavljanju postojanja velikih ustanova za mentalno zdravlje koje ne uspevaju da zadovolje potrebe i u kršenju prava ljudi sa mentalnim bolestima. Pored konstatacije da je kvalitetna zaštita mentalnog zdravlja legitimno ljudsko pravo, zajednička izjava poziva na trajnu akciju u cilju da se razviju i sprovedu sveobuhvatni sistemi zaštite mentalnog zdravlja koji su delotvorni, prihvatljivi i održivi. U tom cilju, "staromodne psihijatrijske ustanove moraju biti smanjene i zatvorene (...), a vlade moraju osigurati da sistemi mentalnog zdravlja budu adekvatno podržani i finansijski i u ljudskim resursima".

4.2.1. Strategija za mentalno zdravlje

Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja ostaje najvažniji zvanični dokument koji promoviše transformaciju psihijatrijskih službi u službe za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Ovaj dokument je u skladu sa preporukama SZO iz 2001. godine koje se odnose na mentalno zdravlje i sa Deklaracijom o mentalnom

18 Dostupna na: <http://www.zdravlje.gov.rs/tmpmz-admin/downloads/zakoni1/Strategija%20Razvoja%20Zastite%20Mentalnog%20Zdravlja.pdf>

zdravlju za Evropu usvojenom na Evropskoj ministarskoj konferenciji januara 2005. godine u Helsinkiju. U viziji Strategije se ističe da se reforma u oblasti mentalnog zdravlja mora oslanjati na postojeći sistem zaštite zdravlja, ali da mora biti postignuta u skladu sa međunarodnim iskustvima i standardima, tako da promoviše službe u zajednici koje nisu diskriminišuće i koje su lako dostupne. Ističe se, takođe, da reforma u oblasti mentalnog zdravlja treba da bude podržana promenama u zakonodavstvu, prvenstveno onim koje se odnose na zaštitu prava i potreba osoba sa mentalnim problemima.

Ovaj strateški dokument koji je i dalje na snazi promoviše sveobuhvatni, multidimenzionalni pristup mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima, koji bi trebalo da zameni konvencionalni pristup zasnovan na lečenju bolesti. Zato je pri osnivanju centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici posebno važno imati u vidu poglavlje *Vrednosti i principi*, u kome se eksplicitno kaže da 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. Ove službe treba da obezbeđuju lečenje na najmanje restriktivan način, tako da isključivanje iz porodice i zajednice bude svedeno na najmanji mogući stepen.

Poglavlje pod nazivom *Ljudski resursi, edukacija i istraživanje* govori o značajnim promenama koje pred psihijatrijske službe postavlja organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici:

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", "zadruge 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 psihijatara 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.

U osnovi, Strategija predstavlja kvalitetan dokument u kom je mnogo od neophodnih stvari već definisano. Uz nju je koncipiran i Akcioni plan reforme, koji nikada nije sproveden i za koji nikada nije obezbeđena adekvatna politička i stručna podrška.

4.2.2. Zakon o socijalnoj zaštiti

Narodna skupština Republike Srbije donela je 2011. godine Zakon o socijalnoj zaštiti¹⁹ koji u članu 3, između ostalih, kao ciljeve socijalne zaštite definiše i stvaranje jednakih mogućnosti za samostalni život i podsticanje na socijalnu uključenost, obezbeđivanje dostupnosti usluga i ostvarivanja prava u socijalnoj zaštiti, una-

¹⁹ Zakon je objavljen u "Službenom glasniku RS", br. 24/2011 od 4.4.2011. godine; dostupan na: <http://www.minrzs.gov.rs/files/doc/porodica/Zakon%20o%20socijalnoj%20zastiti.pdf>

pređenje porodične, rodne i međugeneracijske solidarnosti itd.

Zakon u svojim načelima navodi deinstitutionalizaciju i decentralizaciju nege kao ključne prioritete. Osim načela poštovanja integriteta i dostojanstva korisnika (član 24), načela zabrane diskriminacije (član 25) i načela najboljeg interesa korisnika (član 26), zakon navodi i načelo najmanje restriktivnog okruženja (član 27: „Usluge socijalne zaštite pružaju se prvenstveno u neposrednom i najmanje restriktivnom okruženju, pri čemu se biraju usluge koje korisniku omogućavaju ostanak u zajednici“), zatim načelo efikasnosti socijalne zaštite (član 28: „Socijalna zaštita ostvaruje se na način koji obezbeđuje postizanje najboljih mogućih rezultata u odnosu na raspoloživa finansijska sredstva“).

Ovaj zakon tako promoviše razvoj modernih, lokalnih socijalnih usluga, ali predviđa i finansijsku potporu za razvoj usluga podrške u zajednici (član 209). Iz budžeta jedinice lokalne samouprave finansiraju se: 1) dnevne usluge u zajednici; 2) usluge podrške za samostalan život, osim usluge stanovanja uz podršku za osobe sa invaliditetom; 3) usluga stanovanja uz podršku osoba sa invaliditetom u jedinicama lokalne samouprave čiji je stepen razvijenosti iznad republičkog proseka; 4) savetodavno-terapijske i socijalno-edukativne usluge, osim savetovanja i obuke hranitelja i usvojitelja; 5) ostale usluge socijalne zaštite u skladu sa potrebama lokalne samouprave; 6) jednokratne pomoći i drugi oblici pomoći; 7) programi rada ustanova čiji je osnivač jedinica lokalne samouprave; 8) programi unapređenja socijalne zaštite u jedinici lokalne samouprave; 9) inovacione usluge.

Zakon o socijalnoj zaštiti je predvideo da lokalne samouprave finansiraju usluge u zajednici na teritoriji opštine u skladu sa lokalnim potrebama, a da glavni pružaoci usluga budu nevladine organizacije i privatni sektor. O tome više govorimo u poglavlju o finansiranju sistema.

4.2.3. Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama

U maju 2013. godine, Narodna skupština Republike Srbije usvojila je Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama²⁰. Na zakon se čekalo više od deset godina, iako je najavljen još u vreme donošenja osnovnog Zakona o zdravstvenoj zaštiti²¹ i potom u Akcionom planu Strategije razvoja zaštite mentalnog zdravlja, gde je predviđeno da se zakon usvoji do kraja 2007. Taj podatak dovoljno govori o otporu koji je pratio donošenje zakona, pre svega od strane stručne javnosti (psihijataru), pa se njegovo konačno usvajanje može smatrati uspehom uprkos brojnim nedostacima. Zakon nije u potpunosti usklađen sa napred pomenutom Strategijom, kao ni sa standardima utvrđenim Konvencijom UN o pravima osoba s invaliditetom i Konvencijom UN o pravima deteta²².

Zakon predviđa razvoj mentalnog zdravlja u zajednici u okviru postojećeg zdravstvenog sektora, uređuje način zaštite mentalnog zdravlja i određuje da je zabranjena diskriminacija na osnovu mentalnih smetnji. U zakon su inkorporirana osnovna načela savremenog pristupa lečenju osoba sa mentalnim smetnjama, tako da se može reći da je status ovih osoba ojačan i domaćim zakonodavstvom. To istovremeno znači da su svi akteri koji učestvuju u kreiranju i otvaranju novih službi za mentalno zdravlje u zajednici, dužni da obezbede da svako lice sa mentalnim smetnjama ima humani tretman, uz puno poštovanje njegovog dostojanstva, a s druge strane, moraju da ga zaštite od svakog zlostavljanja, zanemarivanja, eksploatacije, zloupotrebe ili ponižavajućeg postupanja. Zakon garantuje licima sa mentalnim smetnjama pravo na zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja kroz prevenciju, negu, lečenje i psihosocijalnu rehabilitaciju u odgovarajućim zdravst-

20 <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2013/Jun/Jun2013ZakonZastitiLicaSaMentalnimSmetnjama.pdf>

21 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS“, 107/05, 72/09 – dr. zakon, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 - dr. zakon, 93/14, 96/15 i 106/15 dostupno na: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2016/Januar/Januar2016ZakonOZZ.pdf>

22 Zakon o ratifikaciji Konvencije UN o pravima deteta, „Službeni list SFRJ - Međunarodni ugovori“, br. 15/90 i „Službeni list SRJ - Međunarodni ugovori“, br. 2/97

venim i drugim ustanovama, ali i oporavak i uključanje u porodičnu, radnu i društvenu sredinu, uz uvažavanje njihovog izbora; posebno je važno naglasiti da pacijenti/korisnici usluga imaju pravo na jednake uslove lečenja kao i drugi korisnici zdravstvenih usluga, i to u najmanje restriktivnoj okolini i uz primenu najmanje restriktivnih i prinudnih medicinskih postupaka. Zaposleni u službama i centrima za mentalno zdravlje u zajednici moraju biti posvećeni ostvarivanju građanskih, političkih, ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava korisnika, jer je to sastavni deo celokupnog tretmana koji treba da dovede do najboljeg mogućeg ishoda i dobiti za osobu sa mentalnim poremećajem.

Za sada su doneta dva propisa neophodna za sprovođenje zakona, i to Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama²³ i Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici²⁴.

Međutim, iako zakon predviđa organizovanje službi mentalnog zdravlja u okviru lokalne zajednice i podrška zaštiti ljudskih prava pacijenata, još uvek nije napravljen akcioni plan koji bi definisao rok, strukturu, odgovornosti, a ni finansijska sredstva kojima će se postojeće usluge transformisati. To se već pokazalo kao veliki nedostatak koji je uticao na katastrofalno lošu implementaciju zakona, ali je sam zakon, bez obzira na ovu i druge manjkavosti, obavezujući dokument za sve nosioce zaštite mentalnog zdravlja u zajednici.

5. Stručno-metodološki okvir za organizovanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici

Politička a potom i zakonsko-pravna podrška razvoju službi za mentalno zdravlje u zajednici došla je nakon (višegodišnje) borbe stručnjaka da dokažu neadekvatnost bolničkog sistema i prednosti otvorenog sistema zaštite mentalnog zdravlja u zajednici.

Svetska zdravstvena organizacija već decenijama podržava transformaciju psihijatrijskih sistema u službe za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. U prethodnom periodu neki od osnovnih dokumenata SZO su Izveštaj o svetskom zdravlju iz 2001. godine koji je objavljen i na srpskom jeziku (Svetska zdravstvena organizacija, 2003), u kome stoji jasna podrška razvoju službi za mentalno zdravlje u zajednici.

5.1. Paket SZO o politici mentalnog zdravlja i vodič za usluge

Za organizovanje kvalitetne zaštite mentalnog zdravlja u zajednici izuzetno je koristan "Paket SZO o politici mentalnog zdravlja i vodič za usluge"²⁵ koji je razvio program za politiku mentalnog zdravlja i službi, a superviziran je od Benedeta Saračena (Benedetto Saraceno), tadašnjeg direktora Odeljenja za mentalno zdravlje i zavisnost od supstanci SZO u Ženevi. Cilj paketa je bila pre svega pomoć osobama nadležnim za kreiranje politika u oblasti mentalnog zdravlja i planiranje službi, i to da razviju politike i sveobuhvatne strategije za unapređenje mentalnog zdravlja stanovništva, da obezbede efektivne službe korišćenjem postojećih resursa i omoguće reintegraciju osoba sa mentalnim poremećajima u sve aspekte života u zajednici, što ultimativno dovodi do povećanja kvaliteta života tih osoba. Paket se sastoji od 13 modula koji su napisani na lako razumljiv i praktičan način i posvećeni nekom aspektu mentalnog zdravlja, od kojih se svaki može smatrati ključnim.

23 Pravilnik je objavljen u „Sl. glasniku RS“, br. 94/13, a dostupan je na: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2013/Novembar/Novembar2013PravilnikOFiksaciliIzolaciji.pdf>

24 Ovaj Pravilnik je objavljen u „Sl. glasniku RS“, br. 106/13, dostupan na: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2013/Decembar/Decembar2013PravilnikMentalno.pdf>

25 WHO mental health policy and service guidance package, dostupan je na: http://www.who.int/mental_health/policy/essential-package1/en/, od kojih je priručnik za organizaciju službi za mentalno zdravlje direktno vezan za našu temu, a moguće ga je naći na: http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v2/en/

Paket se sastoji od sledećih modula: 1. Kontekst mentalnog zdravlja; 2. Politika mentalnog zdravlja, planovi i programi – unapređeno; 3. Organizacija službi; 4. Planiranje i budžetiranje službi za mentalno zdravlje; 5. Finansiranje mentalnog zdravlja; 6. Zastupanje za mentalno zdravlje; 7. Unapređenje kvaliteta za mentalno zdravlje; 8. Ljudski resursi i obuka u mentalnom zdravlju; 9. Poboljšanje dostupnosti i upotrebe psihotropnih lekova; 10. Politike i planovi za mentalno zdravlje dece i omladine; 11. Informacioni sistemi u mentalnom zdravlju; 12. Politike i programi za mentalno zdravlje na radnom mestu i 13. Monitoring i evaluacija politika i planova u mentalnom zdravlju²⁶.

5.2. Akcioni plan za mentalno zdravlje 2013-2020

Na 65. Skupštini svetskog zdravlja u Ženevi u maju 2012. godine doneta je rezolucija pod oznakom "WHA 65.4"²⁷ koja govori o globalnom teretu mentalnih poremećaja i potrebi za sveobuhvatnim koordinisanim odgovorom od strane zdravstvenog i socijalnog sektora na nivou država članica. U rezoluciji se naglašava da su u 2004. godini mentalni poremećaji bili odgovorni za 13% globalnog tereta bolesti, sa ishodom prerane smrti kombinovanom sa godinama života u invalidnosti, i ističe činjenica da je je veliki broj njih moguće sprečiti i da postoji sve više dokaza o efikasnosti i isplativosti intervencija za unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja.

Rezolucijom se pozivaju države članice da razviju i ojačaju sveobuhvatne politike i strategije za promociju mentalnog zdravlja, prevenciju mentalnih poremećaja, ranu identifikaciju, negu, podršku, lečenje i oporavak osoba sa mentalnim poremećajima, zatim da uključe u politike i strategije unapređenje ljudskih prava, borbu protiv stigmatizacije, jačanje korisnika usluga, porodica i zajednica, borbu protiv siromaštva i beskućništva, borbu sa ostalim rizicima na koje je moguće uticati, kao i promociju javne svesti, stvaranje mogućnosti za ostvarivanje prihoda, obezbeđivanje stanovanja i obrazovanja i obezbeđivanje službi za mentalno zdravlje u zajednici koje uključuju i deinstitucionalizovanu negu.

Akcioni plan za mentalno zdravlje 2013-2020²⁸ objavljen je na osnovu ove rezolucije i izrađen u konsultaciji sa državama članicama, civilnim društvom i međunarodnim partnerima. On koristi sveobuhvatni i multisektorski pristup kroz koordiniranu akciju zdravstvenog i socijalnog sektora, sa naglaskom na promociju, prevenciju, lečenje, rehabilitaciju, negu i oporavak. U središtu plana nalazi se „globalno prihvaćeni princip da nema zdravlja bez mentalnog zdravlja”. Akcioni plan se naslanja na prethodni projekat mhGAP²⁹, čiji fokus je bio na jačanju službi za mentalno zdravlje u mestima sa niskim prihodima. Sa druge strane, ovaj Akcioni plan je globalni u svom nastojanju i dizajniran je da obezbedi pomoć za izradu nacionalnih akcionih planova u svim sredinama, uključujući zdravstveni i socijalni sektor i druge relevantne sektore kao i strategije za promociju i prevenciju.

Akcioni plan ima sledeće ciljeve: 1. jačanje delotvornog rukovodstva i upravljanja za mentalno zdravlje; 2. da obezbedi sveobuhvatne, integrisane i fleksibilne službe za mentalno zdravlje i socijalno staranje u uslovima vezanim za zajednicu; 3. da sprovede strategije za unapređenje i prevenciju mentalnog zdravlja; 4. da osnaži informacione sisteme, dokaze i istraživanja u mentalnom zdravlju. On se takođe oslanja na šest unakrsnih principa i pristupa, kao što su univerzalno pokriveno zdravstveno osiguranje, ljudska prava, praksa zasnovana na dokazima, pristup prema životnom toku (prema kom službe za mentalno zdravlje treba da uzmu u

26 Linkovi za navedene module su: The mental health context; Mental health policy, plans and programmes - update; Organization of services; Planning and budgeting to deliver services for mental health; Mental health financing; Advocacy for mental health; Quality improvement for mental health; Human resources and training in mental health; Improving access and use of psychotropic medicines; Child and adolescent mental health policies and plans; Mental Health Information Systems; Mental health policies and programmes in the workplace; Monitoring and evaluation of mental health policies and plans

27 Dostupna na: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf

28 Dostupna na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1

29 WHO's Mental Health Gap Action Programme: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/

obzir zdravstvene i socijalne potrebe tokom svih životnih doba, uključujući potrebe novorođenčadi, dece, adolescenata, odraslih i starih), multisektorijski pristup, osnaživanje osoba sa mentalnim poremećajima i psihosocijalnim invaliditetom (što podrazumeva njihovo uključivanje u razvijanje programa zastupanja, planiranja, politike, zakonodavstva, obezbeđenja usluga, monitoringa, istraživanja i evaluacije).

Drugi cilj (obezbeđivanje sveobuhvatne, integrisane i fleksibilne službe za mentalno zdravlje i socijalno staranje u uslovima vezanim za zajednicu), obrazložen je na način koji nedvosmisleno podstiče transformaciju psihijatrijskih bolnica i dugotrajnog hospitalnog lečenja u otvorenu, prilagođenu, multisektorsku negu sa uključivanjem različitih stručnjaka, korisnika i šire zajednice: „SZO preporučuje razvoj sveobuhvatnih službi za mentalno zdravlje i socijalnu zaštitu u zajednici; integraciju nege i lečenja u mentalnom zdravlju u opšte bolnice i primarnu zaštitu; kontinuitet nege između različitih davalaca usluga i nivoa zdravstvenog sistema; efektivnu saradnju između formalnih i neformalnih pružalaca usluga; unapređenje samo-pomoći, na primer preko korišćenja elektronskih i mobilnih zdravstvenih tehnologija“. Napominje se važnost inkorporacije principa ljudskih prava u razvoj službi za mentalno zdravlje, kao i potrebe za prihvatanjem pristupa zasnovanog na oporavku (recovery-based): „Obezbeđivanje službi za mentalno zdravlje u zajednici treba da obuhvati pristup zasnovan na oporavku, koji stavlja naglasak na podršku individuama sa mentalnim poremećajima i psihosocijalnim invaliditetom da dostignu svoje aspiracije i ciljeve“. Takođe se zagovara multisektorijski pristup, aktivno uključivanje i podrška korisnicima usluga, i bolja saradnja sa „neformalnim“ pružiocima usluga u mentalnom zdravlju (uključujući i religiozne vođe, iscelitelje, nastavnike i policajce, itd.), između ostalog.

Na osnovu navedene Rezolucije i Akcionog plana objavljen je Atlas mentalnog zdravlja³⁰ 2014. godine sa podacima iz ove oblasti na globalnom planu, koji služi kao osnova za merenje napretka po oblastima koje su postavljene u Akcionom planu. Ovo će, dakle, biti ključni dokumenti za orijentaciju i usmeravanje strategije i organizacije službi i na nacionalnom planu u sledećim godinama.

6. Osnove zaštite mentalnog zdravlja u zajednici

6.1. Promena paradigme u lečenju

Obično se govori da je prelazak iz institucionalne psihijatrije u zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici svojevrсна promena paradigme³¹. Promene su zaista veoma značajne i kada se bolje sagledaju vidi se da uključuju ne samo izmeštanje službi iz bolnica u „zajednicu“, njihovu disperziju (više različitih službi u koordinaciji) i preplitanje između sektora (osim zdravstvenog sada su aktivno uključeni i socijalni, obrazovni, kao i sektori pravosuđa, policije itd.), nego uključuju i funkcionalne promene kao što su pitanje metoda i ciljeva lečenja, uloge osnovnih aktera (lekara, sestara, pacijenata, porodica) i njihovih odnosa, promene odgovornosti kako pojedinaca tako i institucija, insistiranje na pravima, redefinisane funkcije i strukture institucija, i tako dalje, i tako dalje. Promene su tako velike da je teško moguće zamisliti da se urade postepenim preoblikovanjem postojećih bolnica, jer bi ono moralo biti fundamentalno. Zapravo, u zemljama gde je razvijena zaštita mentalnog zdravlja u zajednici išlo se paralelno u dva odvojena procesa – zatvaranje bolnica i uporedo uspostavljanje ustanova u zajednici. Samo smanjenje broja kreveta nije promena koja je poželjna i dovoljna, nije promena paradigme.

Na stručnom nivou najčešće se govori o promeni iz paradigme „biomedicinskog modela“ u model zaštite

30 *Atlas mentalnog zdravlja* (Mental Health Atlas) se izdaje od 2001. godine, a poslednje izdanje iz 2014. može se naći na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1

31 Ovaj termin se najčešće vezuje za Tomasa Kuna (Thomas Kuhn) koji je u „*Strukturi naučnih revolucija*“ iz 1962. godine (Kuhn, 1996), govorio o epizodičnom modelu napretka u nauci, kod koga se periodi relativnog mira u razvoju prekidaju revolucionarnim promenama naučnih paradigmi. To se nekoliko puta dogodilo u psihijatriji u poslednja dva veka.

mentalnog zdravlja u zajednici ili (nekada) „biopsihosocijalni model“³². Biomedicinski model se zasniva na ideji o bolesti kao o oštećenju tela i/ili organa, te medicinskoj intervenciji koja je usmerena na takvo oštećenje. Bolest se vidi kao patološki proces koji ima svoj uzrok (infektivni agens, npr.), svoje patofiziološke mehanizme, patoanatomske promene na tkivima, kliničku sliku bolesti, koja je manje ili više specifična i koja ima svoj „prirodni tok“, a potom i prognozu, terapiju, itd. Nasuprot drugim područjima medicine, biomedicinski model nije pomogao u psihijatriji nego je - upravo suprotno - doveo do neželjenog razvoja događaja. Mentalni poremećaji su se opisivali kao bolesti, a najčešće nije bilo moguće ukazati na njihov uzrok. Razne promene na mozgu kod obolelih su bile nespecifične, nekonzistentne i bez korelacije sa kliničkom slikom. Uprkos tome, uporno se tragalo za telesnim oblicima lečenja, kao što su manipulacija telom (izlaganje hladnoći, rotaciji ili druge vrste šoka, klistiranje, puštanje krvi, kauterizacija, a kasnije insulinske kome, elektrošokovi, itd.). Posmatranje mentalnog poremećaja kao (hronične i neizlečive) bolesti vodilo je ka tome da se lečenje svede na „čuvanje“ u bolnicama u kojima je terapijski proces potpuno zanemarivan, ako ga je uopšte bilo, a osnovna funkcija je bilo čuvanje pacijenata i obezbeđivanje njihovih najosnovnijih potreba (spavanje, hrana). Sa ovakvim postavkama prirodni tok stvari je bio da se i broj azila (bolnica) i broj utočenika u njima enormno poveća.

Međutim, i u sistemima sa relativno malim brojem kreveta u azilarnim ustanovama (kao što je naš), biomedicinski model ima nepovoljan uticaj na lečenje osoba sa mentalnim poremećajima. To se najbolje vidi u svakodnevnom pristupu pacijentima. Kada osoba doživi neku psihotičnu krizu, ona najčešće bude hospitalizovana u nekoj od stacionarnih ustanova, gde se sprovodi lečenje koje (najčešće) dovede do relativno brzog i značajnog smanjenja kliničke simptomatologije; u tom smislu se ne dovodi u pitanje veština kliničara niti njihove dobre namere i znanje. Međutim, posle završenog lečenja osoba se otpušta iz institucije i veoma često se gubi kontakt sa njom: bilo zbog prirode bolesti (sumnjičavost i nepoverenje), ili zbog nedostatka socijalne podrške (porodice koja bi pomogla u lečenju) ili ekonomskih poteškoća (npr. nedostatak novca za lekove ili pokrivanje putnih troškova koje iziskuje lečenje), osoba proređuje dolaske na kontrolne preglede ili potpuno prestaje da se leči i uzima farmakoterapiju. Najčešće je slučaj da je priroda bolesti takva da je moguće očekivati pogoršanje, pogotovu ako se ne uzimaju lekovi (što je dodatno otežano neželjenim dejstvima lekova, koji smetaju pacijentima i zbog kojih i prestaju sa uzimanjem), te se stanje jako pogorša i osoba ponovo bude hospitalizovana. I u svakoj sledećoj hospitalizaciji moguće je postići brzu promenu, ali to ne rešava problem na duže staze; upravo suprotno, ponavljane hospitalizacije uz druge nepovoljne faktore (porodični, ekonomski, ali i faktori ličnosti ili kliničke slike – npr. izražena agresivnost ili dezorganizovanost), vode ka tome da se osoba šalje na „produženo lečenje“, obično u specijalne psihijatrijske bolnice, ili – još gore – da se uputi u neku od socijalnih azilarnih ustanova u kojima će ostati do kraja života.

Iz ovakvog sleda događaja vidimo da se postepeno lečenje svodilo samo na administraciju lekova i izolaciju iz prirodne zajednice. Nasuprot tome, zaštita mentalnog zdravlja u zajednici podrazumeva **intervencije unutar celokupnog spektra životnih domena** jedne osobe, uključujući rad i zaradu, stanovanje, obrazovanje, ljudska prava, zdravstvenu i pravnu zaštitu (whole life pristup), i to tokom celokupnog vremena ili svih životnih ciklusa osobe (whole life pristup). Umesto da **hospitalni tretman** bude jedini ili najvažniji, uloga smeštanja u specijalne ustanove se smanjuje na nekoliko nedelja ili čak i dana, najmanje što je potrebno da se akutna kriza reši primenom lekova. U mestima na kojima je sistem zaštite mentalnog zdravlja razvijen tokom godina, u potpunosti je prestala potreba za stacionarnim ustanovama, te se akutne krize rešavaju u centrima za mentalno zdravlje koji rade 24 sata dnevno i tokom cele nedelje, i imaju po nekoliko kreveta u kojima mogu boraviti tokom noći osobe koje su u krizi. Treba napomenuti da je to verovatno moguće samo u sredinama u kojima se godinama ili decenijama radi na smanjenju nasilja između lekara i pacijenata.

³² Biopsihosocijalni model je inaugurisao Džordž Engel (George Engel), ukazujući na probleme u medicini uopšte, ne samo u psihijatriji, koja je svela fokus svog rada na telo i bolest, umesto da razume pojedinca kao osobu: „Biomedicinski model mora uzeti u obzir i pacijenta, socijalni kontekst u kome on živi, te komplementarni sistem napravljen od strane društva da bi se prevazišli razarajući efekti bolesti, kao i ulogu lekara i sistema zdravstvene zaštite“ (Engel, 1989).

Važno je razumeti da biomedicinski model ima svoje korene u uspostavljanju anatomo-kliničkog modela bolesti i prvih klinika, koje su u osnovi imale visoko strukturisanu hijerarhijsku organizaciju. Ta hijerarhijska struktura ostala je neraskidivo povezana sa funkcionisanjem psihijatrijskih bolnica, a praksa koja je opstala u njima zadržala je rituale i simbole opštih bolnica (po čijem modelu su nastale i psihijatrijske klinike). Tako su lekari odvojeni od drugog osoblja koje ima svoju važnost zavisno od „nivoa stručnosti“; srednji medicinski kadar retko odlučuje o programima lečenja ili se uopšte ne uključuje u rad tima. Kontakt sa pacijentima je institucionalizovan (konzilijum, jutarnje vizite), a pacijenti se ne uključuju u odlučivanje po pitanjima njihovog lečenja, prijema ili otpusta i drugo.

U bolnicama i drugim institucijama psihijatrijskog sistema **uloga lekara** je presudna: posmatrano izbliza, izgleda da samo oni leče, a da je uloga svih ostalih stručnjaka zapravo sporedna – psiholog obavlja testiranje (da bi lekaru obezbedio bolji uvid u stanje pacijenta), socijalni radnici pribavljaju podatke o životnom kontekstu i brinu se o socijalnoj mreži, a uloge srednjeg medicinskog kadra su svedene na administraciju – doslovno bavljenje dokumentacijom ili podelu lekova. Ovakvoj podeli rada odgovara i adekvatna hijerarhijska struktura – lekari su ti koji odlučuju o lečenju, hospitalizaciji, otpustu, koji koordiniraju i iniciraju rad svih drugih (najčešće lekari i upravljaju institucijama). Nasuprot tome, u ustanovama koje su organizovane po principu zaštite mentalnog zdravlja hijerarhijska struktura je značajno oslabljena, što se pokazuje i u praksi (stalni sastanci timova sa ravnopravnim učešćem), odgovornosti (i srednji kadar preuzima vođenje slučaja i učestvuje u odlučivanju), čak i u strukturi zaposlenih (u pružanju usluga u zajednici učestvuje proporcionalno veći broj srednjeg medicinskog kadra u odnosu na lekare). Uz to su aktivnije uključeni raznoliki profili drugih stručnjaka čije usluge klasična psihijatrija nije uvek prepoznavala, npr. radni terapeuti, ili „operatori“ (niže obrazovni kadar koji ima ulogu pomoćnika, ali ne u formi bolničara), i drugi.

Menjaju se i **odnosi moći**: klasična scena u staroj psihijatriji je psihijatar koji ispituje pacijenta, ali ne daje odgovore. Poput lekara iz drugih oblasti medicine (npr. kardiologa ili infektologa), koji komunicira sa svojim pacijentom u toku pregleda samo koliko mu je potrebno da bi odredio karakteristike kliničke slike (da odredi subjektivni doživljaj bolesti, tj. simptome), ali nije pozvan da objašnjava, daje odgovore ili se raspituje o željama pacijenta, psihijatri u institucionalizovanom sistemu su smeštali pacijente bez objašnjenja o bolesti, planu lečenja, prognozi, niti su postavljali pitanja o pacijentovim preferencijama. Od pacijenta bi se očekivala apsolutna poslušnost, ili bi bivao (i još uvek se to dešava) otpušten sa odeljenja i uskraćivana mu je mogućnost lečenja u toj ustanovi. Nasuprot toj slici, sada se insistira na otvorenom razgovoru sa pacijentom i uključivanju njegovih želja, izbora i stavova u terapijski proces: pacijent može da kaže da mu određeni lek ne prija, ili ne u prepisanoj dozi, može da traži da ode kući a da mu se ne uskrati dalja pomoć (zapravo, postoji princip „otvorenih vrata“ – u oba pravca, što sigurno smanjuje strah kod pacijenata od nasilnog zatvaranja ili uskraćivanja slobode kretanja ili odlučivanja). Kada se tome pridoda uključivanje porodice u proces lečenja i samoorganizovanje pacijenata (npr. pri odlučivanju o različitim aspektima života u bolnici), kao i diverzifikacija terapijske moći (proširenje aktivne terapijske uloge na druge kadrove), ili uvođenje tehnika samopomoći, jasno je da se uloga lekara kao vrhovne pozicije u hijerarhiji moći značajno menja. On više ne poseduje ekskluzivna znanja koja mu obezbeđuju izvanrednu moć, nego je jedan od članova tima koji dele zajednički cilj.

Simptom nema više isto značenje i lečenje nije organizovano po principu uklanjanja bolesnog stanja. Biomedicinski model je podrazumevao da se bolest ispoljava na specifičan način, preko simptoma koji bi trebali biti specifični za određenu bolest, a terapijski cilj je uklanjanje simptoma, tj. lečenje bolesti. Tokom vremena se pokazalo da ne postoje niti simptomi specifični za bolest (npr. nijedan simptom mentalnih poremećaja nije „patognomoničan“, tj. dovoljan da se postavi dijagnoza), da su svi simptomi prisutni i u „normalnoj“ populaciji, tj. da predstavljaju i elemente svakodnevnog životnog iskustva, kao što je slučaj sa halucinacijama, koje su se smatrale sigurnim znakom za psihotične poremećaje (Honig et al., 1998).

Bazalja je u jednom trenutku rekao da reč bolest treba staviti između navodnika, ali je to objasnio: “Ovim ne mislim da bolest ne postoji, nego da mi proizvodimo njenu simptomatologiju – to jest način na koji se bolest sama izražava – zasnovano na načinu na koji nameravamo da se suočimo sa njom, pošto se bolest uvek konstruiše i izražava uzimajući u obzir ili imajući sliku o načinima koji su prilagođeni da bi se njome rukovalo”³³.

6.2. Principi zaštite mentalnog zdravlja u zajednici

Promena paradigme se zasniva na promeni stava prema mentalno obolelima, promeni načina lečenja i promeni socijalne akcije prema obolelima:

1. **Mentalna bolest mora biti posmatrana kao bilo koja druga bolest**, bez obeležavanja ili diskriminacije, i mentalno oboleli treba da ima ista prava kao npr. osoba sa prelomom noge ili anginom pektoris (njih niko ne zadržava u bolnici duže nego što je potrebno, niko ih ne isključuje iz društva, porodica ih ne odbacuje, itd.).
2. **Lečenje mora biti zasnovano na sveobuhvatnom, interdisciplinarnom pristupu**. U ovom trenutku, osoba sa akutnom psihozom bude hospitalizovana nekoliko nedelja na odeljenju i potom bude puštena kući sa preporukom da dolazi na kontrole. Niko posle toga ne proverava da li uzima terapiju, kakvi su uslovi u porodici, kako su drugi reagovali na pojavu bolesti.
3. **Promena socijalne akcije** podrazumeva promenu od isključivanja (doživotne hospitalizacije) prema podršci za uključivanje u sredinu – kroz ceo sistem različitih mera prilagođenih svakom pojedincu. Kao što je npr. za osobe sa invaliditetom potrebno izgraditi posebne rampe da bi im bilo moguće kretanje po gradu, tako i mentalno obolelima treba omogućiti da se uključuju u društvo.

Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici bazira se na principima koji su povezani sa potpuno drugačijim pristupom psihijatrijskom pacijentu u odnosu na institucionalni tretman, sa fokusiranjem na ličnost osobe sa mentalnim poremećajem i različite specifične okolnosti koje mogu imati uticaja na izradu plana dugotrajnog lečenja i zbrinjavanja te osobe. Tansela i Tornikroft su naveli **devet osnovnih principa zaštite mentalnog zdravlja u zajednici** (Thornicroft & Szmukler, 2001), koje je neophodno imati u vidu kada se uspostavlja i unapređuje rad službi za mentalno zdravlje u zajednici:

1. Autonomija
2. Kontinuitet
3. Efektivnost
4. Dostupnost
5. Sveobuhvatnost
6. Jednakost
7. Odgovornost
8. Koordinacija
9. Efikasnost

1. **Princip autonomije** odnosi se na „ličnu slobodu“ ili „doktrinu ličnog samoodređenja“ i podrazumeva sposobnost službi za mentalno zdravlje da očuvaju i unapređuju nezavisnost korisnika kroz jačanje njihovih pozitivnih aspekata uz adekvatnu kontrolu simptoma. „Autonomija je karakteristika pacijenta da donosi nezavisne odluke i izbore uprkos prisustvu simptoma ili ometenosti. Autonomija treba da se unapređuje kroz efektivno lečenje i brigu“. Poštovanje ovog principa zahteva potpunu individualizaciju tretmana, odnos-

³³ F. Basaglia, “*Ideologia e pratica in tema di salute mentale*” (1975), in Id., Scritti, 2 vols., Einaudi, Turin, 1981-1982, vol. II, p. 357. Izbor Bazaljinih članaka prevedenih na srpski nalazi se u časopisu “Vidici” 5/1981.

no izradu specifičnog plana i programa lečenja primerenog jednom određenom korisniku službe za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Ovaj princip je naglašeno suprotan odnosu prema pacijentima u bolničkim uslovima, koji su svi podvrgnuti režimu i ophođenju koje je isto prema svim pacijentima i u kome se lične slobode i autonomija u potpunosti negiraju.

2. Princip kontinuiteta se odnosi na sposobnost relevantnih službi da ponude intervencije na individualnom nivou ili na nivou zajednice koje neće imati diskontinuitet u radu sa pojedinačnim pacijentima, nego će moći da ga prate tokom različitih faza života i bolesti. To s jedne strane podrazumeva trajnu saradnju multidisciplinarnih timova službi za mentalno zdravlje i svih davalaca usluga u zajednici na koje su upućene osobe sa mentalnim poremećajima (što predstavlja kontinuitet intersektorske saradnje), a s druge strane neprekinutu seriju kontakata sa pacijentom kroz duži period vremena (terapijski kontinuitet). To znači da se pacijent neće „izgubiti“ između različitih službi (zdravstvenih, socijalnih, itd.), nego će bez obzira na fazu bolesti postojati jasna komunikacija između službi o njegovom stanju, on će biti lako dostupan i biće moguća brza intervencija ukoliko je to potrebno. Ovaj princip jasno ukazuje na neophodnost dugotrajnosti brige i lečenja.

3. Efektivnost „je mera koja govori koliko određene specifične intervencije, pod uobičajenim kliničkim uslovima, čine ono za šta su namenjene“. Odnosi se na klinički seting, za razliku od „efikasnosti“ koja govori o ishodu intervencije u idealnim, eksperimentalnim uslovima, kao kod istraživanja. Da bi istraživanja postala korisnija za praksu, cilj je pomeranje sa „efikasnosti“ na „efektivnost“, tj. sa selektovanih grupa pacijenata na reprezentativne uzorke iz kliničkog setinga. Dakle, ovo je mera koja ocenjuje usluge – njihovu adekvatnost u stvarnim uslovima u kojima će biti organizovane.

4. Dostupnost je karakteristika službi koja pacijentima ili porodicama pacijenata omogućava da dobiju lečenje, negu ili pomoć gde i kada im je potrebna. Dostupnost se odnosi na geografsko pozicioniranje službi za mentalno zdravlje u zajednici, tj. potrebu da službe budu otvorene što bliže naseljenim mestima i neophodnost pravilnog teritorijalnog rasporeda koja će dovesti do ravnomerne pokrivenosti, ali i na vreme kada su službe na raspolaganju korisnicima (potreba da neke usluge budu dostupne 24 sata dnevno, svakog dana). Apsolutna dostupnost nije moguća, ali ona mora da proizilazi iz pažljivog planiranja službi (npr. nije neophodno u malim mestima imati noćna dežurstva u centrima ako se ne očekuje da postoji značajna potreba).

5. Sveobuhvatnost službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici ima dve dimenzije. Horizontalna sveobuhvatnost podrazumeva sposobnost multidisciplinarnog tima za tretman različitih vrsta poremećaja i različitih pacijenata, a vertikalna sveobuhvatnost se odnosi na dostupnost različitih oblika nege. Dakle – horizontalna sveobuhvatnost označava potrebu da se u centrima za mentalno zdravlje u zajednici mogu ponuditi usluge za sve osobe sa različitim poremećajima, što znači kako za osobe sa teškim mentalnim poremećajima tako i one sa neurotičnim poremećajima, bolestima zavisnosti ili poremećajima ličnosti. Ovo pitanje je mnogo diskutovano jer su neki centri u početku osnivani kao specijalizovani za određene poremećaje ili su neke kategorije pacijenata izdvajane (npr. bolesti zavisnosti i poremećaji ličnosti), ali se ispostavilo da je komorbiditet veoma čest i da su principi lečenja skoro u potpunosti isti, te se ponovo radilo na integraciji tih službi. „Centralna dilema“ svih zdravstvenih službi je da li se opredeliti za intenzivniju negu za manji broj (specifičnih) pacijenata ili obrnuto; problem predstavlja obim potreba, jer se procenjuje da se psihički poremećaji javljaju kod 25% odrasle opšte populacije u bilo kojoj godini, a kapaciteti službi (i u najrazvijenijim zemljama) mogu da pokriju 2-6%. Ovo dovodi i do različitih rešenja, npr. negde se službe planiraju tako da se prvo organizuje nega i lečenje najteže obolelima.

6. Princip jednakosti se odnosi na pravednu raspodelu resursa za zaštitu mentalnog zdravlja, sa jasno definisanim načinima i kriterijumima za raspodelu sredstava, baziranim na stvarnim potrebama. Ovo pitanje je

posebno važno za institucije koje se bave organizovanjem službi i raspodelom resursa. Npr. kada se posmatra broj psihijatara u velikim gradovima, on je obično mnogo veći od proseka u manjim mestima (izračunatim po broju stanovnika). To isto važi i za broj osoblja i finansijska sredstva između ustanova – univerzitetske klinike npr. mogu da imaju mnogo veći broj lekara u odnosu na broj kreveta od specijalnih psihijatrijskih bolnica. Slično je i sa odnosom između psihijatrijskih bolnica i (komparabilnih) socijalnih ustanova – npr. ustanova sa približno istim brojem korisnika sa sličnim problemima (hronični psihotični poremećaji), u poređenju sa bolnicom može imati i do 30 puta manje lekara i do 5 puta manje sredstava.

7. Princip odgovornosti na nivou individualnog pacijenta podrazumeva odgovornost za kvalitet lečenja i poštovanja prava i etičkih obaveza (npr. poštovanje njegove autonomije, ličnosti, brigu o poverljivosti podataka). Iz ovog principa proistekla je potreba za određivanjem personalno odgovornog člana multidisciplinarnog tima službe za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici za realizaciju individualnog programa lečenja određenog pacijenta (uloga case manager-a, ili voditelja slučaja). Princip odgovornosti podrazumeva i odgovornost prema društvu za adekvatno funkcionisanje službi. Međutim, tako određena odgovornost ne znači prepuštanje jednog člana tima celokupnom teretu rada sa pojedinim pacijentom; upravo suprotno – preko timskih sastanaka obezbeđuje se i podrška i razmena komunikacija i pomoć pri odlukama, ali i izvesno preklapanje koje obezbeđuje kontinuitet nege ako bi jedan član tima bio onemogućen da radi duže vreme.

8. Koordinacija je „karakteristika službi koja se ogleda u koherentnim planovima tretmana za svakog individualnog pacijenta“. Bilo da se radi o transverzalnoj koordinaciji (tretman u toku jedne epizode bolesti) ili longitudinalnoj koordinaciji (u toku dužeg vremenskog perioda lečenja), ona se odnosi na usklađenost informacija o pacijentu i usklađenost pružanja različitih usluga od strane članova multidisciplinarnog tima službe za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici.

9. Princip efikasnosti zahteva od službi za mentalno zdravlje da minimiziraju troškove, a povećavaju rezultate usluga koje pružaju korisnicima, izbegavajući upotrebu neefikasnih oblika lečenja ili primenu efikasnih oblika tretmana u pogrešno vreme.

7. Postojeća organizacija psihijatrijskih ustanova u svetu i u Srbiji

Organizacija psihijatrijskih ustanova u Srbiji bitno se razlikuje od načina na koji su one bile ustrojene u drugim evropskim zemljama pre formiranja službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. U njima je osnovno lečenje bilo u velikim psihijatrijskim bolnicama u kojima su azilirani pacijenti, vrlo često u jako lošim uslovima i potpuno obespravljani, ostajali do kraja života. U Srbiji je, međutim, tokom šezdesetih godina organizacija zdravstvenih službi pretrpela veliku transformaciju kroz razvoj domova zdravlja, čime se povećala dostupnost, obezbedila jako dobra pokrivenost i definisale nadležnosti. Tako su i u psihijatrijskom sistemu, pored pet specijalnih bolnica za psihijatrijske bolesti (azilarnog tipa), paralelno oformljene psihijatrijske službe u opštim bolnicama sa psihijatrijskim odeljenjima, specijalističko-konsultativnim ambulantom, dispanzerima i dnevnim bolnicama, a u univerzitetskim centrima i klinike i instituti za psihijatriju. U jednom broju domova zdravlja takođe postoje psihijatrijske ambulante, koje nisu u potpunosti zatvorene. Ovakva organizacija službi, gde psihijatrijske bolnice predstavljaju klasične azile sa svim njihovim negativnim stranama, a psihijatrijske službe u opštim bolnicama, na klinikama i jednom broju domova zdravlja prihvataju neke od principa zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, predstavlja neku vrstu amalgama koji sa jedne strane omogućava kvalitetnije lečenje za veliki broj obolelih, a sa druge strane održava lažnu sliku da mi imamo savremenu psihijatrijsku zaštitu. U stvari, psihijatrijske službe u opštim bolnicama, psihijatrijske klinike i instituti uvek su u prvom planu i “sakrivaju” pet velikih psihijatrijskih bolnica i veći broj socijalnih institucija, u kojima se nalazi nekoliko hiljada psihijatrijskih pacijenata bez mogućnosti da budu adekvatno tretirani i da

se ikada reintegrišu u socijalnu sredinu.

U praktično svim razvijenim zemljama proces razvoja zaštite mentalnog zdravlja u zajednici je daleko odmakao i oni imaju već višedecenijsko iskustvo i podatke o prednostima ovakvog vida lečenja. Svaka zemlja razvija različite oblike (npr. u Italiji su razlike prisutne i među regionima), ali su svima zajednički isti principi (npr. dostupnost, najmanje restriktivni oblik, itd.). Oblici službi su veoma različiti i stalno se menjaju i unapređuju; praktično nigde ne postoje centralizovane institucije koje potpuno preuzimaju celokupnu brigu, uvek je to pluralističko, interdisciplinarno i koordinisano zbrinjavanje orijentisano na potrebe. U svim modelima koje smo imali priliku da vidimo, važan naglasak je na ljudskim pravima – advokatu pacijenata, savetu pacijenata, monitoringu, sudskim mehanizmima zaštite, itd.

Prva velika analiza postojećeg psihijatrijskog sistema u Srbiji urađena je tek 2003. godine, od strane tadašnje Nacionalne komisije za mentalno zdravlje, u okviru projekta Pakta za stabilnost zemalja jugoistočne Evrope pod naslovom „Povećanje socijalne kohezije kroz jačanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici“. Projektom je rukovala Svetska zdravstvena organizacija i on se može se smatrati početkom primene koncepta zaštite mentalnog zdravlja u zajednici u našoj zemlji.

Danas više ne postoji nijedna ozbiljna institucija koja osporava neophodnost transformacija bolnica u zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici; međutim, postoji mnogo iskrivljenih poruka protiv kojih je potrebno boriti se čisto naučnim dokazima.

Primedbe koje su čuju u našoj profesionalnoj sredini svode se na obezvređivanje pristupa („propao eksperiment“, „ispraznili bolnice, napunili zatvore“), netačnim navodima („svuda se ponovo otvaraju bolnice“), itd. Naše jedino (i kratkotrajno) iskustvo iz Niša je pokazalo da sa (polovično efikasnim) centrom oko 100 korisnika je duplo ređe hospitalizovano i ostajali su u bolnici duplo manje dana (treba imati u vidu da su ovo parametri koji indirektno ukazuju na bolje zdravstveno stanje).

Promovišući principe evidence-based medicine sada je moguće da se govori i o višedecenijskim pokazateljima efikasnosti ovakvog pristupa.

7.1. Oblici organizacije službi za mentalno zdravlje (SMZ)

Iako se oblici organizacije službi značajno razlikuju od zemlje do zemlje, moguće je izdvojiti neke opšte oblike organizacije, sa određenim zajedničkim karakteristikama. Pre svega je moguće odvojiti službe koje su integrisane u postojeći zdravstveni sistem, poput onih koje postoje na nivou primarne zaštite i onih koje se nalaze u opštim bolnicama, od službi koje su organizovane na nivou zajednice. Kao treći oblik izdvajaju se specijalizovane službe, poput specijalnih psihijatrijskih bolnica.

7.1.1. SMZ integrisane u opšti zdravstveni sistem

1. SMZ u primarnoj zaštiti

Službe za mentalno zdravlje u primarnoj zaštiti se najčešće odnose na tretman i preventivne aktivnosti koje obavljaju lekari opšte prakse i medicinske sestre. Možemo reći da je kod nas uloga lekara opšte prakse u tretmanu mentalnih poremećaja relativno nerazvijena. Međutim, kako je već pomenuto, u nekim mestima još uvek postoje psihijatrijske ordinacije na nivou primarne zdravstvene zaštite, a u periodu najbolje pokrivenosti praktično svi domovi zdravlja su imali psihijatra - ako ne zaposlenog u punom radnom vremenu, onda bar povremeno.

Nedostaci SMZ u primarnoj zaštiti su što zahtevaju stalna ulaganja u obuku kadrova; iako rezultati mogu biti dobri za većinu uobičajenih i akutnih mentalnih poremećaja, oni zavise od kvaliteta službi, tj. od znanja u primarnoj zaštiti. Ukoliko se SMZ u primarnoj zaštiti oslanjaju na rad lekara opšte prakse postavlja se pitanje neophodnog vremena i resursa koji se izdvajaju za intervencije u mentalnom zdravlju, ali i dostupnosti drugih oblika psihosocijalnog tretmana.

Prednosti SMZ u primarnoj zaštiti su što su lako dostupne i mogu biti bolje prihvaćene od pacijenata u odnosu na druge oblike, verovatno zbog manje stigme koja se vezuje za traženje pomoći od ovih službi. Takođe, moguće je da manje koštaju tj. da je manja cena usluga.

U našem sistemu bilo je mnogo diskusije oko otvaranja centara za mentalno zdravlje u domovima zdravlja, što je ideja koja ima svoju privlačnost jer je lako izvodljiva i relativno jeftina: postojeći prostor sa odličnom pokrivenošću teritorije, što je odlika domova zdravlja, zajedno sa već postojećim kadrom, mogu se naizgled relativno brzo preorijentisati da preuzmu neke od funkcija službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Međutim, svako ko je upoznat sa kompleksnim ciljevima i funkcijama službi u zajednici, svestan je da ih je nemoguće obezbediti kao nekakvu dodatnu aktivnost bilo koje postojeće službe, te da je u njih potrebno ulagati veoma mnogo u početku, posebno kroz obuku kadrova, uvođenje novih principa lečenja itd, što je praktično nemoguće uraditi sa malim brojem stručnjaka koji su već opterećeni postojećim poslovima. Uz to, neophodna je izvesna administrativna autonomija, jer bi službe za mentalno zdravlje u zajednici, koje su osnovane pod nadležnostima domova zdravlja, lako mogle biti ugrožene zbog vlastite zavisnosti od uprave institucije koja može, ali i ne mora, imati razumevanja za specifičnosti ovih službi.

I na kraju - u našem regionu imali smo prilike da posmatramo pokušaje da se celokupna služba za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici organizuje na nivou domova zdravlja, ali se to nije pokazalo kao sretno rešenje.

2. SMZ u opštim bolnicama

SMZ koje su smeštene u bolnicama predstavljaju specifičan oblik organizacije koji je prisutan i razvijen i kod nas, u vidu psihijatrijskih i neuro-psihijatrijskih odeljenja u opštim bolnicama, koje se nalaze u svim većim administrativnim centrima, obično u sedištim okruga (ukupno 27). Najčešće obuhvataju hospitalna odeljenja, sa specifično psihijatrijskim krevetima u opštim bolnicama, kao i psihijatrijske ambulante. Ponekad na tim odeljenjima postoje i specijalizovane službe, npr. za decu, adolescente ili stare. Uobičajeno je da je kadar visoko specijalizovan i raznorodan (psihijatri, psihijatrijske sestre, socijalni radnici, psiholozi, itd.), što podrazumeva da ovaj kadar zahteva specijalizovano školovanje i uslove za to.

Prednosti SMZ u opštim bolnicama su što su one smeštene zajedno sa drugim odeljenjima (npr. interno, ginekologija, itd.), što smanjuje stigmatizaciju obolelih i tretman načelno izjednačava sa tretmanom drugih pacijenata. Takođe su te službe najčešće dostupnije od specijalizovanih bolnica, koje su izolovane i locirane van urbanih centara; opšte bolnice su u Srbiji uobičajeno locirane u centru grada. Dalje, obično je u njima broj kreveta relativno mali, što bi trebalo da obezbeđuje bolji i humaniji tretman pacijenata i individualizovan pristup.

Nedostaci SMZ u opštim bolnicama nisu zanemarljivi. Rezultati ovih službi variraju: u većini zemalja SMZ u opštim bolnicama mogu da rešavaju akutne krize i epizode, ali njihova mogućnost da rešavaju „teške” mentalne poremećaje zavisi od dostupnosti sveobuhvatnih službi u primarnoj zaštiti i službama za mentalno zdravlje u zajednici, tj. od kontinuiteta nege koji ove službe treba da obezbede. Iako je njihova dostupnost

bolja od specijalizovanih bolnica, one su ipak najčešće smeštene u urbanim centrima što smanjuje dostupnost za pacijente koji žive van gradova. Načelno su skuplje od onih u primarnoj zaštiti, ali i jeftinije od specijalizovanih institucija (bolnica). Nekada odeljenja mogu biti prilično velika, sa 50 ili 60 kreveta (čak i više), nekada fizički i organizaciono odvojena od opštih bolnica i smeštena u zasebnim zgradama (čime se zapravo formira manji azil – ali svejedno azil), te se s tim smanjuje i kvalitet nege i zaštite prava pacijenata. Sve ovo govori da iako su odeljenja u opštim bolnicama načelno bolja od velikih specijalizovanih bolnica, ona ne mogu zameniti usluge zaštite mentalnog zdravlja u zajednici.

7.1.2. SMZ u zajednici

1. **Formalne** Službe za mentalno zdravlje u zajednici uključuju: službe za rehabilitaciju u zajednici, mobilne timove za krizu, službe za lečenje i stanovanje, službe za kućnu pomoć i podršku, SMZ u zajednici za specijalne grupe (žrtve traume, decu, adolescente, stare). SMZ u zajednici nisu smeštene u bolničkom setingu, ali su im neophodne čvrste veze sa opštim bolnicama i psihijatrijskim odeljenjima. Najefikasnije SMZ u zajednici su u tesnoj vezi sa primarnom zdravstvenom zaštitom i neformalnim službama u zajednici. Ove službe zahtevaju određen broj specijalizovanih profesionalaca, iako većinu funkcija mogu obavljati zdravstveni radnici sa kratkim treningom u mentalnom zdravlju.

Dobro razvijene formalne SMZ u zajednici imaju brojne prednosti. Pre svega, one omogućavaju osobama sa teškim mentalnim poremećajima da nastave sa životom u zajednici i da tako unapređuju integraciju u zajednicu, ali je visok stepen zadovoljstva sa SMZ u zajednici povezan i sa njihovom dostupnošću, smanjenim nivoom stigme koji je povezan sa traženjem pomoći u ovakvim službama i smanjenjem rizika za kršenje ljudskih prava. Ove službe su zahtevne u pogledu troškova i personala; dobro razvijene SMZ u zajednici koje obuhvataju veliki broj usluga i pokrivaju različite kliničke potrebe mogu se „isplatiti” (njihovi troškovi svesti na uporedive sa velikim bolnicama) tek nakon više godina.

2. **Neformalne** SMZ u zajednici organizuju članovi lokalne zajednice koji nisu obavezno zdravstveni radnici; one ne čine osnovu SMZ niti mogu biti jedini oslonac za zajednicu, ali svakako čine važnu komponentu i mogu doprineti boljim rezultatima lečenja. Obično su dobro prihvaćene upravo zato što su deo prirodnog okruženja, ali nisu sve besplatne i potrebna je opreznost u odnosu na metode lečenja, kako bi se izbegle prakse koje se zasnivaju na nenaučnim metodama (iscelitelji i dr.).

7.1.3. Specijalizovane SMZ

Specijalizovane SMZ uključuju specijalizovane institucionalizovane službe i psihijatrijske bolnice. Njihova osnovna karakteristika je nezavisno i izolovano funkcionisanje, iako imaju delimične veze sa ostatkom zdravstvenog sistema. Najčešće službe koje pokrivaju su: akutna odeljenja ili odeljenja sa visokim nivoom obezbeđenja, forenzička odeljenja, odeljenja za stare. Ovo su obično referentni centri na tercijarnom nivou i najveći deo njihovih klijenata su pacijenti koji se teško leče; najčešće obezbeđuju dugotrajnu hospitalizaciju.

Skoro sve ovakve ustanove imaju problem dostupnosti, lokacije, stigme; skupe su zbog troškova infrastrukture i zaposlenih, a rezultati lečenja su najčešće loši, često je kršenje ljudskih prava i nedostatak rehabilitacionih aktivnosti. U velikom broju zemalja čine ili osnovu sistema ili važnu komponentu, pri čemu uzimaju veliki deo finansijskih i ljudskih resursa.

Važno je istaći da ove institucije predstavljaju važnu barijeru razvoju SMZ u zajednici, te su one najmanje poželjan oblik SMZ.

7.2. Načini finansiranja sistema

Postojeći oblici finansiranja zdravstvenog sistema odlučujuće utiču na oblike organizacije službi, kao i na njihove nedostatke i mogućnosti. Kratak pregled načina finansiranja može da omogući definisanje tačaka koje je neophodno odrediti kao prioritete u budućem procesu reformi (npr. finansiranje specijalnih psihijatrijskih bolnica po broju kreveta, čime se cementira azilarni oblik lečenja, umesto finansiranja prema uslugama koji bi omogućio da se one postepeno transformišu u službe za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici), ali i prepoznavanje mogućnosti unutar već postojećeg okvira da se te službe razvijaju.

7.2.1. Specijalne psihijatrijske bolnice

Najveći deo prihoda specijalnih psihijatrijskih bolnica dolazi iz Republičkog Fonda zdravstvenog osiguranja (RFZO). Fond plaća bolnice na osnovu unapred određenog godišnjeg budžeta, a računica se uglavnom zasniva na broju zauzetih postelja. Osnovna poglavlja budžeta su troškovi kreveta, usluga, lekova, plate zaposlenih, komunalije i utrošena energija. Ukupno, RFZO je u 2013. godini plaćao za jednog pacijenta mesečno oko 840-870 evra (u zavisnosti od bolnice).

Bolnice su mesečno predfinansirane, tako da svakog meseca dobijaju 1/12 od ukupno ugovorenog iznosa, a narednog meseca rukovodstvo bolnice mora podneti mesečni izveštaj, odnosno mora fakturisati troškove. Ukoliko se prenesena suma i fakture razlikuju za više od 90-80% iznos za sledeći mesec može biti smanjen, što posledično smanjuje iznos koji RFZO izdvaja za narednu godinu. Bolnicama bi bilo veoma teško da jednom smanjen budžet povećaju do originalnog iznosa, pa je logično da menadžment bolnice uvek pokušava da predstavi račune za 100 %, ili najmanje 90% od prethodno dogovorenog budžeta. Bolnica može naplatiti samo određeni niz aktivnosti, u suštini, samo one koji odvijaju u samoj bolnici - mada takođe može naplatiti i rad u Dnevnoj bolnici gde je odnos cene približno 2/3 cene po krevetu.

Prema vrsti plaćanja, klijenti bolnice se mogu podeliti u tri grupe. Najveća grupa su oni čiji celokupan trošak smeštaja i lečenja snosi zdravstveni fond, a za svakog klijenta je u suštini ista stopa, bez obzira na različit intenzitet nege. Izuzetak su forenzički pacijenti gde deo troškova snosi Ministarstvo pravde. Bolnica može fakturisati oko 450 evra mesečno za forenzičkog pacijenta (za „obične“ pacijente je oko 300 evra), plus opšte troškove.

Druga grupa pacijenata su oni koji se sufinansiraju. To su pacijenti koji traže bolje uslove smeštaja i kojima boravak u bolnici nije u potpunosti klinički opravdan. Ovu grupu čine uglavnom gerijatrijski pacijenti. U slučaju sufinansiranja, pacijent plaća polovinu troškova povezanih sa „smeštajem“, dok ostatak troškova plaća RFZO. Sufinansiranje u praksi iznosi oko 650 dinara dnevno, što je približno 5 evra dnevno, odnosno oko 150 evra mesečno.

Treća grupa su pacijenti koji se samofinansiraju. To su pacijenti koji su u bolnici isključivo iz socijalnih razloga. Radi se uglavnom o hronično mentalno obolelima, kojima više nije potrebno bolničko lečenje. Oni su, u stvari, korisnici centra za socijalni rad iz njihovog mesta stanovanja, koji nije uspeo da im pronađe smeštaj u ustanovama socijalne zaštite. Ukoliko pokušaj smeštaja ne uspe više od tri puta, pacijent se klasifikuje kao samofinansirajući. U tom slučaju, troškovi su pokriveni od strane sistema socijalne zaštite. Dnevna stopa je oko 10 evra.

Novcem prikupljenim od sufinansiranja i samofinansiranja, bolnice mogu raspolagati sasvim slobodno pa su, samim tim, vrlo zainteresovane za ovu praksu. Ipak, Ministarstvo zdravlja određuje maksimalni procenat ukupnog broja raspoloživih kreveta svake pojedinačne bolnice koji može da se koristi za sufinansiranje

i samofinansiranje. Na primer, u Kovinu, psihijatrijskoj bolnici sa ukupnim "stvarnim" kapacitetom od 715 kreveta (prema mreži zdravstvenih ustanova ova bolnica ima 800 kreveta) na samofinansiranju je 61 pacijent (8,5%), a na sufinansiranju 59 (8,2%). Sve zajedno, ne više od 17%.

7.2.2. Centri za socijalni rad

Centri za socijalni rad su osnovani od strane opština i organizuju se na teritorijalnom principu, a geografska pokrivenost je strogo definisana granicama opštine.

Finansiranje je obezbeđeno iz republičkog budžeta po osnovu poverenih poslova (procena i planiranje), dok svaka dodatna aktivnost centara za socijalni rad može biti opciono finansirana od strane lokalne samouprave, ukoliko se za time ukaže potreba. Zbog same prirode opcionog finansiranja, postoje velike razlike između opština i rasprostranjenosti postojećih usluga. Zakon o socijalnoj zaštiti prepoznaje centre za socijalni rad kao pružaoce usluga samo ukoliko na teritoriji jedne opštine ne postoji drugi pružalac usluge, dok se u stvarnosti centri za socijalni rad takmiče sa privatnim sektorom i nevladinim organizacijama u pružanju usluga. Član 122 Zakona o socijalnoj zaštiti određuje da Centar za socijalni rad pruža usluge procene i planiranja, a druge usluge socijalne zaštite može pružati samo u okviru svoje posebne organizacione jedinice, ako dobije licencu za pružanje određene usluge i ako u lokalnoj zajednici nema drugog ovlašćenog pružaoca usluge socijalne zaštite.

U slučajevima kada opštine odluče da finansiraju usluge u zajednici (na primer dnevni boravak, pomoć u kući, personalnu asistenciju i druge), one se moraju pružati u skladu sa minimalnim standardima koje propisuje Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike.

7.2.3. Ostale usluge (NVO)

Zakon o socijalnoj zaštiti (2011) je pokušao da stvori tržište pružanja usluga u Srbiji. Osnovna ideja je da lokalne samouprave, s obzirom da je to njihova nadležnost, finansiraju usluge u zajednici na teritoriji svoje opštine u skladu sa lokalnim potrebama. Zakonom je takođe predviđeno da glavni pružaoци usluga budu nevladine organizacije i privatni sektor, dok u slučajevima kada je ta opcija nepostojeća (u nekim nerazvijenim opštinama), Centar za socijalni rad može da postane i pružalac usluga.

Ideja je bila da lokalne samouprave imaju slobodu da odluče koja vrste usluga im je najpotrebnija na lokalnom nivou kao i da se izbegne donošenje centralizovanih odluka, a javne nabavke (bez kojih nije moguće organizovati usluge u zajednici) trebalo je da smanje cenu usluge i podstaknu konkurenciju i rast kvaliteta. Jednostavna u teoriji, primena Zakona nije se odvijala bez teškoća. Ispostavilo se da socijalne usluge u zajednici u prevelikoj meri zavise od senzibilisanosti lokalnih političara i njihove spremnosti da opredele sredstva, pa su za manje stigmatizovane korisnike ta sredstva često i dostupna (npr deca, starije osobe i sl), dok drugi moraju neprestano da lobiraju za svoj slučaj kod opštinskih vlasti.

Ipak, Zakonom o socijalnoj zaštiti stvoreni su uslovi za aktivno učešće nevladinih organizacija na tržištu pružanja usluga. U principu, NVO treba da se pridržavaju istih standarda kao i državne službe, ukoliko žele da dobiju licencu za pružanje usluga. Postupak licenciranja sam po sebi je jednostavan, ali uslovi postavljeni u minimalnim standardima se mogu smatrati preambicioznim, posebno za manje razvijene opštine – sve to ometa sposobnosti nevladinih organizacija za dalji razvoj usluga.

NVO (pružaoци usluga) se prvenstveno finansiraju od strane lokalnih samouprava u cilju pružanja usluga u datoj opštini. Ugovori su na godišnjoj osnovi, tako da je održivost usluge uvek pod znakom pitanja i zavisi od

lokalne vlasti koja na godišnjem nivou donosi odluke o socijalnoj zaštiti i odluke o budžetu. U slučajevima gde lokalne samouprave finansiraju socijalne usluge u zajednici, finansiranje je uglavnom ograničeno na ispunjavanje minimalnih standarda.

7.2.4. Upućivanje i prevencija hospitalizacije – domovi zdravlja

Do 2002. godine, većina domova zdravlja u Srbiji je imala psihijatrijski dispanzer, ali je tada Ministarstvo zdravlja akcenat stavilo na Specijalne psihijatrijske bolnice i na psihijatrijska odeljenja opštih bolnica. Aktuelnim planom mreže zdravstvenih ustanova predviđeno je da jedino dom zdravlja koji je osnovan za teritoriju sa preko 20.000 stanovnika i udaljen preko 20 kilometara od najbliže opšte bolnice, može obavljati i specijalističko-konsultativnu delatnost iz interne medicine i psihijatrije (zaštita mentalnog zdravlja), što diskvalifikuje veliki broj domova zdravlja.

Uloga koordinatora zdravstvene zaštite za sve stanovnike je lekar opšte prakse. U teoriji svako može da izabere bilo kog lekara opšte prakse za izabranog lekara, ali u stvarnosti je to uglavnom lekar iz najbližeg doma zdravlja. Lekar opšte prakse je odgovoran za održavanje zdravlja svojih pacijenata i za njihovo lečenje, a samo kad nije u njegovoj moći, lekar opšte prakse upućuje pacijenta specijalisti, uključujući i psihijatra. Takođe, on mora da bude informisan o pruženom tretmanu, i ako je moguće da ga nastavi u skladu sa preporukama specijaliste.

8. Preporuke za organizaciju službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici

Osnovnu brigu o osobama sa mentalnim poremećajima preuzimaju **centri za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici**, koji pokrivaju teritorije od otprilike 50.000 stanovnika (maksimalno 100.000). Centar treba da bude prepoznatljiva i autonomna organizaciona jedinica (odeljenje) u okviru sistema za zaštitu mentalnog zdravlja, odnosno u okviru postojećih psihijatrijskih službi i treba da bude u čvrstoj funkcionalnoj vezi za odgovarajućim bolničkim psihijatrijskim odeljenjem i službama za zaštićeno stanovanje. Poželjno je da se prostorije centra nalaze u zajednici, a ne u bolničkim zgradama.

Radno vreme centra treba da bude što je moguće duže radi veće dostupnosti. Idealno je da centar bude otvoren 24/7, međutim to će kod nas, bar u prvo vreme, verovatno biti teško ostvariti. Moguće je zamisliti da bi vreme rada centra moglo biti organizovano u dve smene (prepodnevna i popodnevna), tj. 12 sati svakog radnog dana, a u ostalim terminima dostupnost terapeuta (case manager-a) treba obezbediti putem telefona po tipu pripravnosti članova tima.

Osoblje centra za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici treba da bude multidisciplinarno i da uključuje najmanje: psihijatre, medicinske sestre-tehničare, psihologe i socijalne radnike, kao i okupacione terapeute. Za razliku od klasičnih psihijatrijskih odeljenja, uloga srednjeg kadra je mnogo naglašenija, što se vidi i po mnogo drugačijem odnosu između broja lekara i medicinskih sestara/tehničara (koji ide i do 1:10). Srednji kadar, a pre svega medicinske sestre/tehničari treba da budu zaposleni u centru sa punim radnim vremenom, s obzirom da imaju ulogu case manager-a, odnosno terapeuta personalno odgovornih za realizaciju individualnih programa lečenja određenog broja pacijenata. Drugi kadar, psihijatri, psiholozi i socijalni radnici, mogu raditi sa parcijalnim radnim vremenom, pogotovo ako su drugim delom radnog vremena angažovani u stacionarnim psihijatrijskim ustanovama.

Centri pokrivaju **celokupne potrebe stanovništva** za lečenjem u području mentalnog zdravlja. To znači da

treba otvoriti mogućnost i za lečenje neuroza, alkoholizma, verovatno i narkomanije. Ovo su pitanja o kojima se još vodi debata, zbog komorbiditeta i drugih problema, te su rešenja različita u različitim zemljama i ustanovama. U osnovi primarni (i najvažniji) pacijenti centara su osobe sa hroničnim psihotičnim poremećajima i oni su svakodnevni klijenti.

Potrebe za **akutnim zbrinjavanjem** pokrivaju odeljenja u opštim bolnicama kao rešenje koje je bolje u odnosu na specijalne psihijatrijske bolnice; tamo su hospitalizacije kratkotrajne, blizu mesta boravka, status pacijenata je izjednačen sa statusom pacijenata na drugim odeljenjima. Centar takođe treba da uspostavlja veze i saradnju sa domovima zdravlja, centrima za socijalni rad, službama za zapošljavanje i drugim ustanovama u zajednici čije angažovanje može da doprinese unapređenju mentalnog zdravlja.

Centri razvijaju niz različitih aktivnosti i usluga koje nemaju strogo medicinski, nego **psihosocijalni i rehabilitacioni karakter** – to su grupne terapije, kulturne aktivnosti, radne terapije, učenje životnih i socijalnih veština, slobodna druženja i self-help grupe, pravna pomoć i zastupanje, radionice, zadruge, pomoć pri zapošljavanju ili asistencija radi zadržavanja posla, pitanja stanovanja, podrške u stanovanju itd.

Sve te službe i aktivnosti se organizuju prema **individualnom planu lečenja**, za svakog pacijenta. Individualni plan lečenja se radi zajedno sa korisnikom, sa porodicom, članovima tima, svi zajedno diskutuju o tome i donose zajedničku odluku.

Osnovni princip rada je **case management**, terapijska tehnika koja se značajno razlikuje od rada u klasičnom sistemu. Vođenje slučaja podrazumeva da se tačno zna koja osoba u centru je zadužena za kojeg korisnika, u svakom trenutku se zna gde je taj klijent i šta mu je potrebno - od medicinskih usluga (npr. zubar, ginekolog ili drugo), preko posla, ispunjavanja obaveza i/ili potreba administrativne prirode, do održavanja stana, finansijskog stanja, itd. Vođenje slučaja je tehnika koja je dugo poznata i široko rasprostranjena u službama u zajednici u razvijenim zemljama i postoji obimna literatura o tome. Poželjno bi bilo da se u toku uspostavljanja centara osoblju pruži adekvatna edukacija iz te tehnike.

Dodatno, jako važan princip je **ukidanje hijerarhijske strukture unutar tima** – svi članovi su ravnopravni, psihijatar je case manager kao i svako drugi, svi zajedno učestvuju u donošenju odluka. O svim klijentima centra se svakodnevno diskutuje na sastancima tima, što praktično sprečava da osoba bude izgubljena tj. zaboravljena, da odustane od terapije, da dođe do pogoršanja zdravstvenog stanja itd. Timski sastanci se koriste i da se spreči bilo kakav drugi prekid u kontinuitetu lečenja, kao i da se sagledaju potrebe članova tima, njihova opterećenost, efikasnost, itd. Svaki član multidisciplinarnog tima centra treba da ima precizan opis poslova sa jasnom ulogom, dužnostima i odgovornošću, ali i autonomiju koja je karakteristična za promenu hijerarhijske strukture u cilju uspostavljanja timske atmosfere.

U ovoj, gore navednoj slici sve je jasno dok se podrazumeva da sve institucije i usluge spadaju u jedan – zdravstveni sektor. Međutim – vidljivo je da bi mnogo usluga (npr. stanovanje, zapošljavanje, pravna pomoć) trebalo da bude pokriveno iz socijalnog sektora, te se nameće zaključak da je integracija neophodna.

Prvi preduslov za to je da se osobe prestanu deliti na „socijalne“ i „zdravstvene“ slučajeve, nego da se govori o njihovim potrebama. Postoje različiti modeli kako se intersektorijalna saradnja rešavala u raznim zemljama; ovo pitanje treba posmatrati samo kao pitanje finansiranja i nadležnosti.

9. Modeli organizacije službi za zaštitu mentalnog zdravlja u Srbiji

9.1. Pilot centar za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici „Medijana“ u Nišu

Prvi srpski Centar za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici formiran je u najvećoj niškoj opštini Medijana³⁴. Pilot centar je formiran kao posebna organizaciona jedinica Specijalne bolnice za psihijatrijske bolesti „Gornja Toponica“ uz angažovanje stručnog kadra bolnice, ali dislociran iz bolničkog kruga i smešten u sam centar gradske opštine Medijana. Izmeštanjem iz bolnice Pilot centar je predstavljen kao alternativa hospitalizaciji, povećana je dostupnost i naglašena orijentacija ka vaninstitucionalnom lečenju. Osnovna ideja pri formiranju Centra bila je obezbeđivanje sveobuhvatnog psihijatrijskog tretmana za sve žitelje opštine Medijana, bez obzira da li se radi o lakšem ili težem poremećaju mentalnog zdravlja, nepsihotičnom ili psihotičnom. U ostvarivanju te ideje multidisciplinarni tim Pilot centra se rukovodio:

- teritorijalnim principom,
- principom terapijskog kontinuiteta,
- individualizacijom tretmana,
- uvođenjem case management-a,
- 24-satnom dostupnošću za korisnike i
- intersektorskom saradnjom.

S obzirom da Medijana ima oko 120 hiljada stanovnika, teritorija opštine je podeljena na tri dela i formirana su tri multidisciplinarna tima. U svakom timu rade po dva medicinska tehničara, psiholog, socijalni radnik i dva psihijatra (po jedan sa Prijemnog muškog i Prijemnog ženskog odeljenja SBPB „Gornja Toponica“). Vrlo je važno naglasiti da je rad terapeuta u Centru organizovan tako da psihijatri, psiholozi i socijalni radnici rade sa parcijalnim radnim vremenom, odnosno prema određenom rasporedu rade i u Centru i na Prijemnom muškom i Prijemnom ženskom odeljenju u bolnici.

Ovakvim parcijalnim radnim vremenom, praktično svih članova multidisciplinarnih timova (sem medicinskih sestara i tehničara), ostvareno je racionalno korišćenje kadrova i formiranje novih službi angažovanjem već zaposlenih zdravstvenih radnika. Ovo rešenje je, između ostalog, omogućilo uvažavanje principa terapijskog kontinuiteta, jer je obezbeđeno da isti terapeuti leče pacijente iz opštine Medijana i u vanbolničkim uslovima i tokom kraćih hospitalizacija ukoliko do njih dođe.

Veoma je važna bila i odluka da medicinski tehničari rade po principu case management-a, odnosno da su personalno odgovorni za praćenje određenih pacijenata i realizaciju njihovog tretmana na osnovu individualnih planova lečenja i nege usvojenih na sastancima multidisciplinarnih timova.

S obzirom da je radno vreme Pilot centra 12-časovno svakog radnog dana, zbog terapijskog kontinuiteta i lakše dostupnosti uveden je i 24 sata (7 dana u nedelji) dostupni telefon (po tipu pripravnosti članova timova). Takođe je štampan i flajer sa osnovnim informacijama o Centru i uslugama koje može ponuditi, a u cilju promovisanja usluga i povećanja dostupnosti korisnicima.

Može se reći da Centar funkcioniše kroz rad četiri službe, odnosno oblika tretmana, koji nisu striktno omeđeni i međusobno se prepliću. To su:

34 Ovo poglavlje sa opisom rada Centra u Medijani preuzeto je iz publikacije „*STRUČNO-METODOLOŠKO UPUTSTVO ZA FORMIRANJE SLUŽBI ZA ZAŠTITU MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI*“ koju je objavila Međunarodna mreža pomoći, a napisali Milan Stanojković i saradnici.

- specijalističko-konsultativna ambulanta
- kućne posete
- psiho-socio-rehabilitaciona terapija (organizovana po tipu dnevnog centra) i
- odsek za psihoterapiju

U Centru se posebno značajnim smatraju kućne posete i psiho-socio-rehabilitacioni tretman u okviru koga se svakodnevno odvijaju različiti oblici treninga životnih i socijalnih veština, kao i aktivnosti vezane za radnu rehabilitaciju.

Kućne posete, organizovane u saradnji multidisciplinarnog tima i pacijenta, imaju vrlo važnu ulogu u lečenju u zajednici i u dijagnostičkom i u terapijskom smislu. Zavisno od procene tima, u kućne posete mogu ići terapeuti različitog profila, bilo zbog stvaranja uvida u atmosferu u kojoj pacijent živi, bilo zbog asistiranja u uzimanju lekova u slučaju loše komplijanse, zbog pomoći u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, zbog organizovanja nekih oblika treninga životnih veština i sl. Važno je istaći da se specijalne psihijatrijske bolnice "dovijaju" za kućne posete uglavnom preko dnevnih bolnica, jer su za sada kućne posete predviđene samo na nivou primarne zdravstvene zaštite. To treba odgovarajućim zakonskim aktima promeniti i predvideti ih i na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

Psiho-socio-rehabilitacioni tretman je u Pilot centru organizovan kroz rad tzv. Dnevnog centra i podrazumeva angažovanje korisnika (pacijenata) u različitim aktivnostima, grupnim ili individualnim, u posebno opremljenom prostoru u okviru koga se nalazi mala biblioteka, deo za zabavu sa TV i muzičkim aparatima i društvenim igrama, sto za stoni tenis, rekviziti za okupacionu terapiju i drugo. Uz koordinaciju okupacionog terapeuta, uz puno uvažavanje želja i sklonosti pacijenata, a uz prethodnu odluku multidisciplinarnog tima, pacijenti se sa individualno različitom frekvencijom i dužinom boravka uključuju u rad Dnevnog centra. Primeri potpuno novih aktivnosti, karakterističnih za rad sa mentalno obolelim osobama u zajednici, su i odlazak sa terapeutom u kupovinu, organizovani odlazak pacijenata u pozorište, na izlet ili u kafić, priprema zajedničkog ručka u prostorijama Centra jednom nedeljno...

Od početka rada Centra ustanovljeni su sastanci svakog tima jednom nedeljno i kompletnog personala Centra, takođe jednom nedeljno. Sastanci timova namenjeni su sačinjavanju, više puta pomenutih, individualnih programa tretmana (način korišćenja usluga koje Centar može da pruži) za svakog njihovog pacijenta za narednih nedelju dana, kao i evaluaciji postignutih rezultata u prethodnoj sedmici, a sastanci kompletnog personala služe pre svega razmeni iskustava i znanja do kojih timovi dolaze u svakodnevnom radu.

Da bi se što efikasnije obezbedila maksimalno moguća resocijalizacija korisnika usluga Pilot centra, posebna pažnja je posvećena razvijanju intersektorske saradnje, pre svega sa Centrom za socijalni rad, sa organima lokalne samouprave i sa Udruženjem zanatlija. Takođe je podignuta na maksimalno mogući nivo saradnja sa službama Doma zdravlja i Hitne pomoći, koja obezbeđuje, na primer, odlazak pacijenta u Dom zdravlja zbog neke somatske bolesti, u pratnji medicinske sestre-tehničara (case managera) Centra za mentalno zdravlje.

Obezbeđujući po prvi put sveobuhvatni i, još važnije, kontinuirani psihijatrijski tretman za obolele od psihoza koji žive na teritoriji opštine Medijana, vrlo brzo je postignuto da skoro svi pacijenti iz ove opštine, koji su bili na dugotrajnoj hospitalizaciji u Gornjoj Toponici, napuste bolnicu i sada žive u zajednici uz adekvatnu podršku članova multidisciplinarnih timova Centra.

Više od tri godine rada (Centar "Medijana" zvanično je otvoren 2. oktobra 2005. godine) suočilo je zaposlene sa činjenicom da i pored entuzijazma personala jedan manji broj korisnika obolelih od shizofrenije, sa težom kliničkom slikom i nepovoljnijim tokom bolesti, bez rodbine, bez adekvatnog stambenog prostora i

redovnih mesečnih primanja, ne može izaći iz bolnice i lečiti se u zajednici ukoliko se kao jedan od oblika zaštite mentalnog zdravlja ne uvede zaštićeno stanovanje. Uvođenje zaštićenih stanova, koji bi mogli biti u nadležnosti Centra za socijalni rad, sa različitim nivoima podrške obezbeđene od multidisciplinarnih timova službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici (samo kućne posete, prepodnevno prisustvo terapeuta, dnevno prisustvo terapeuta ili 24-časovno prisustvo), u narednim godinama bi ukinulo potrebu za dugotrajnim hospitalizacijama u psihijatrijskim bolnicama ili za trajnim smeštajem mentalno obolelih osoba u ustanove socijalne zaštite azilarnog tipa.

9.2. Savetovalište za mentalno zdravlje u Kragujevcu

Nakon bezmalo tri godine primene Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, u okviru zdravstvenog sistema otvoreno je samo jedno Savetovalište za mentalno zdravlje, u Kragujevcu. To je više nego skroman rezultat implementacije Zakona koji je, uprkos nedostacima, stvorio uslove za formiranje "organizacionih jedinica za obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici", to jest centara za mentalno zdravlje. Iako je sprovođenje zakona u Srbiji poslovično loše, očekivalo se da će ovaj Zakon zaživeti makar u većim gradovima, koji već imaju materijalnu i kadrovsku infrastrukturu za relativno brzo i lako formiranje centara za zaštitu mentalnog zdravlja. To se, međutim, nije desilo.

Shodno zakonskom rešenju, Savetovalište u Kragujevcu je ustanovljeno kao posebna služba pri Domu zdravlja, dakle, na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Njegovo otvaranje je usledilo relativno brzo nakon usvajanja Zakona, 9. decembra 2013, pošto je prethodno sproveden interni konkurs za kadrovsko popunjavanje službe. Namera je bila da Savetovalište ubrzo preraste u Centar za mentalno zdravlje, čim lokalna samouprava obezbedi adekvatan objekat u zajednici u kome bi ovaj centar bio smešten. Nažalost, ta situacija je do danas nepromenjena.

Savetovalište za mentalno zdravlje je smešteno u centru grada, ali u okviru zgrade u kojoj je Specijalisti ko-konsultativna služba Doma zdravlja, kojoj Savetovalište formalno pripada. Lokacija obezbeđuje prilično dobru dostupnost, ne samo za gradsko stanovništvo već i za populaciju sa šireg područja, s obzirom da se u neposrednoj blizini nalazi jedan od četiri Klinička centra u Srbiji. Ovaj podatak upućuje na još jednu potencijalnu prednost - mogućnost bliske i brze komunikacije sa Klinikom za psihijatriju, kao i adekvatnog reagovanja obe službe u slučaju krizne situacije. Međutim, početni koraci u saradnji sa Klinikom su uspostavljeni tek nakon dve godine, uprkos brojnim inicijativama koje su zaposleni iz Savetovališta uputili kolegama u KC. Na drugoj strani, bolnička atmosfera je prisutna u tolikoj meri da u potpunosti anulira napore Savetovališta na planu destigmatizacije i uspostavljanja kvalitativno drugačijeg odnosa sa korisnicima usluga, što samo potvrđuje neophodnost da centre za mentalno zdravlje treba otvarati u zajednici, van bolničkih i drugih zdravstvenih ustanova.

Uz to, Savetovalište ima na raspolaganju vrlo mali prostor - jednu zajedničku prostoriju veličine oko 30m² koja služi za timske sastanke, jednu ordinaciju od oko 20m² koju koriste psihijatri i jednu od 15m² koju koriste psiholog i socijalni radnik. Jednom nedeljno (sredom), Savetovalište može da koristi i Salu za edukaciju koja se nalazi u istoj zgradi, u kojoj organizuje radionice za korisnike u trajanju od 2 sata.

Na pomenutom internom konkursu koji je bio namenjen samo zaposlenima u zdravstvenom sektoru (zbog zabrane zapošljavanja u javnom sektoru), najpre je izabran koordinator Savetovališta (neuropsihijatar), koji je potom odabrao svoje saradnike - još jednog psihijatra, psihologa, socijalnog radnika, višu medicinsku sestru i medicinskog tehničara. Svih šestoro članova tima prošlo je obuke za rad službi za mentalno zdravlje u zajednici i upoznalo se sa praksom u italijanskom gradu Trentu. Svi neposredno rade sa korisnicima.

Savetovalište za mentalno zdravlje trenutno pokriva teritoriju celog grada Kragujevca sa oko 220.000 stanovnika, tačnije, punoletnu populaciju grada. Imajući u vidu mali broj zaposlenih, kao i činjenicu da ova služba nema sopstveno vozilo, psihijatrijske patronaže i kućne posete se za sada organizuju samo na području užeg centra grada. Primarni pacijenti Savetovališta su osobe sa mentalnim smetnjama sa dijagnozama od F20 do F29.

Pacijenti dolaze u Savetovalište samoinicijativno, po uputu lekara opšte prakse, po uputu nekih lekara iz drugih zdravstvenih ustanova, ali mogu doći i bez uputa. U skladu sa principom otvorenosti i dostupnosti za sve, prihvataju se i pacijenti/korisnici usluga koji nemaju mesto boravka u oblasti koje pokriva Savetovalište.

Zbog izraženog ignorantnog stava (pre svega, zdravstvenih ustanova) i nedovoljne prepoznatljivosti u gradu, Savetovalište se na početku rada suočilo sa brojnim problemima u pokušaju da formira što kvalitetniju bazu podataka potencijalnih korisnika usluga. Vremenom je ovaj problem prevaziđen, tako da danas Savetovalište ima formalizovanu saradnju (u obliku protokola o saradnji) sa psihijatrijskim klinikama iz Beograda ("Dr Laza Lazarević") i Kragujevca, dok specijalne psihijatrijske bolnice imaju saznanje o postojanju ove službe, kako bi svoje stare ili novoregistrovane pacijente iz Kragujevca po otpustu upućivale u Savetovalište radi nastavka lečenja.

U Savetovalištu se vodi elektronska baza podataka o korisnicima (u kojoj se nalaze osnovni sociodemografski podaci), kao i o pruženim uslugama. Članovi tima vode i druge evidencije i beleške od značaja za svakog pojedinačnog korisnika. Rad je organizovan po principu vođenja slučaja, pri čemu se Individualni plan lečenja bazira na dogovoru članova tima sa korisnikom i porodicom.

Osim "ambulantnog" rada u prostorijama Savetovališta za mentalno zdravlje, na nedeljnom nivou se organizuju i kućne posete, dok se sa porodicama radi i na terenu i ambulantno, u zavisnosti od slučaja.

Savetovalište je iniciralo i pomoglo osnivanje Udruženja korisnika psihijatrijskih usluga "Luna", i iz donacija obezbedilo sredstva za njegov budući rad.

Uspostavljena je saradnja sa nadležnim Centrom za socijalni rad, koja se ostvaruje preko socijalnog radnika Savetovališta i stručnih radnika CSR. Saradnja sa drugim institucijama van zdravstvenog sektora (škole, policija, lokalna samouprava) je nedovoljna.

9.3. Dom zdravlja u Somboru

Široko rasprostranjena mreža ustanova primarne zdravstvene zaštite u Srbiji predstavlja neiskorišćeni resurs u oblasti zaštite mentalnog zdravlja, što su uočili zaposleni u Domu zdravlja u Somboru. Na osnovu svakodnevnog rada sa pacijentima na vrlo prostranoj teritoriji somborske opštine, oni su zaključili da usluge u zajednici namenjene licima sa mentalnim bolestima nisu razvijene u skladu sa njihovim potrebama, pa su samoinicijativno pokušali da reaguju na terenu i tako razvili jedinstven model zaštite mentalnog zdravlja poznat kao "Somborski model". On se oslanja na znanja i praksu službi za mentalno zdravlje u Italiji, čiji su predstavnici držali obuke za nekoliko psihijatrijskih ustanova u Vojvodini, uključujući i Dom zdravlja.

Kako je već pomenuto, ova ustanova primarne zdravstvene zaštite pokriva veoma veliku teritoriju - grad Sombor, 15 velikih sela u kojima ima ambulante i još 20 salaških naselja. Broj lekara opšte prakse na terenu je veliki (52), dok se bolničko zbrinjavanje osoba sa mentalnim oboljenjima obavlja na Odeljenju psihijatrije pri Opštoj bolnici u Somboru. Polazeći od činjenice da već postoje materijalni i ljudski kapaciteti, uprava Doma zdravlja je formirala 18 mobilnih timova u čiji sastav ulaze izabrani lekar, medicinska sestra i socijalna

radnica iz Centra za socijalni rad, a po potrebi se uključuju psihijatri iz bolnice, psiholog, Služba hitne pomoći i policija. Sa svim ovim ustanovama su napravljeni protokoli o saradnji, a zajedno su osmislili program postupanja za različite prilike koji, između ostalog, definiše sistem komunikacije među učesnicima u cilju brze i adekvatne reakcije u urgentnim situacijama, ali i redovnog obezbeđivanja potreba za osobe sa mentalnim smetnjama. Stručnjaci Doma zdravlja su na terenu mapirali sve osobe sa težim poremećajima zdravlja, a u evidenciju stalnog nadzora i nege je uvedeno 96 lica.

Za sada, timovi koji pokrivaju određenu teritoriju obilaze i pacijente sa ovog spiska, kako bi prekontrolisali uzimanje terapije, uslove života i porodičnu situaciju, ili po pozivu, ukoliko dođe do pogoršanja zdravstvenog stanja. U planu je uvođenje i preventivnog rada na terenu, za koji je potrebno malo dodatne edukacije kojom bi članovi tima bili obučeni da prepoznaju bitne simptome i druge znake kod pacijenta ili porodice, koji su od značaja za mentalno zdravlje i dobrobit osobe za koju je tim zadužen. Ono što sledi je i obilazak "stabilnih" pacijenata, kao i onih koji će se vratiti u svoje kuće nakon lečenja u nekoj od specijalnih psihijatrijskih bolnica.

Iako nedovoljno razrađen i bez podrške zvaničnih institucija, ovaj model zaštite mentalnog zdravlja u zajednici pokazao je veoma dobre rezultate. Iskorišćeni su već postojeći kapaciteti (objekti, vozila, stručni kadar), eliminisana je stigmatizacija koja dodatno obeležava osobu koja posećuje psihijatrijsku ustanovu, mogućnosti za pravovremeno reagovanje su veće jer su timovi na terenu i lako dostupni, stalna komunikacija povećava poverenje pacijenata i porodica u lekare i ostale članove tima itd. Smatramo da je ovaj model prihvatljiv i moguć da se realizuje u većem broju domova zdravlja, naročito u sredinama koje imaju nepovoljnu kadrovsku strukturu (nedostatak psihijatrijskih službi) ili su geografski udaljene od većih urbanih i zdravstvenih centara. Kao model servisa u lokalnoj zajednici za osobe sa mentalnim poremećajima mogao bi biti jako uspešan, naročito zbog činjenice da stanovništvo u ruralnim sredinama ima bolje i bliskije međusobne odnose i lakše uspostavlja poverenje prema stručnjacima i službama koje su mu na raspolaganju.

9.4. Centar za mentalno zdravlje u Kikindi

U okviru projekta "Otvoreni zagrljaj" koji je finansirala Evropska unija, tokom 2015. su otvorena prva dva centra za mentalno zdravlje nakon donošenja Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, i to u Kikindi i Vršcu. Posmatrano formalno-pravno, oni trenutno nisu u skladu sa ovim zakonom jer rade kao organizacione jedinice specijalnih psihijatrijskih bolnica "Sveti vračevi" iz Novog Kneževca i "Dr Slavoljub Bakalović" iz Vršca (a ne u okviru primarne zdravstvene zaštite, kako predviđa Zakon), ali u odnosu na njihov značaj to je sasvim marginalna činjenica koja zaslužuje fleksibilan pristup. Jednog dana, nadamo se uskoro, kada centri za mentalno zdravlje budu na svim nivoima priznati kao autonomne ustanove, najlakše će se obaviti organizaciona transformacija. Na kraju, sistem zaštite mentalnog zdravlja u zajednici treba da bude otvoren prema različitim formama i modelima koji ravnopravno koegzistiraju i koordinirano obezbeđuju disperziju usluga prema potrebama pojedinca i zajednice.

Ono što je važno je da su rezultati ova dva centra već sada nesporno vredni i dokazuju opravdanost prelaska sa institucionalnog vida lečenja na koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. Uprkos brojnim problemima sa kojima se svakodnevno suočavaju, treba istaći da oba centra i više nego uspešno funkcionišu pre svega zahvaljujući dovitljivosti i posvećenosti zaposlenih, ali i oslanjanju na resurse psihijatrijskih bolnica čiji su deo.

Mada je udaljen oko 60 km od Novog Kneževca i bolnice kojoj pripada, Centar za mentalno zdravlje u Kikindi je logično smešten u sedište Severnobanatskog okruga koji ima oko 150.000 stanovnika i odakle dolazi najveći procenat hitnih prijema, intervencija i povratnika. Centar je počeo da radi sa korisnicima 22. maja

2015. u potpuno renoviranom objektu (kući) u centru grada, koji je za tu svrhu ustupila lokalna samouprava. Za sada pokriva teritoriju opštine Kikinda sa oko 60.000 stanovnika.

Pored adaptiranja i opremanja objekta, Centar je zahvaljujući projektnim sredstvima započeo rad sa nešto većim brojem ljudi u odnosu na Savetovalište u Kragujevcu. Četiri osobe su zaposlene kao "case manageri" (2 medicinske sestre, 1 radni terapeut i 1 fizioterapeut), a tim čine i 2 psihologa (1 iz bolnice i 1 koji je angažovan tri puta nedeljno, po projektu) i 5 psihijatar (takođe iz bolnice). U toku osmočasovnog radnog vremena u Centru su svakodnevno prisutni svi voditelji slučaja, psihijatar i psiholog. Centar je otvoren samo radnim danima, a pored njega poslove zaštite mentalnog zdravlja u Kikindi obavlja i Opšta bolnica sa 15 kreveta na Odeljenju psihijatrije (i 2 psihijatra koji nisu uključeni u rad Centra).

Za nepunih pet meseci, Centar za mentalno zdravlje u Kikindi je pružio usluge za 104 korisnika, od kojih je oko 1/3 sa psihotičnim poremećajima a 2/3 sa nepsihotičnim. Svaki voditelj slučaja je u proseku zadužen za oko 10 psihotičnih korisnika.

Na početku i kraju svakog radnog dana, multidisciplinarni tim drži sastanke na kojima se razgovara o korisnicima, planiranim i realizovanim aktivnostima za taj dan. Svakog korisnika prilikom prvog dolaska u Centar najpre prima "case manager" sa kojim popunjava Upitnik za uspostavljanje blagostanja, potom obavlja razgovor sa psihijatrom i nakon toga sa voditeljem slučaja učestvuje u izradi Akcionog plana za uspostavljanje blagostanja. Zajedno sa korisnikom se pravi i Individualni plan lečenja, a značajno je što oni u ovoj aktivnosti učestvuju bolje nego u bolnici.

Uz pomenuto, usluge Centra obuhvataju i redovne ili povremene razgovore sa psihijatrom (u zavisnosti od potrebe ili želje korisnika), procenu potreba korisnika, individualne razgovore, savetodavni rad sa korisnikom i članovima porodice, rad u grupama (psihodrama, asertivni trening i grupe samopomoći), rekreativne terapije, terapije umetnošću itd. U planu je organizovanje psihoedukacije, pokretanje usluge kursa računara, kursa jezika i kuvanja.

Centar obezbeđuje kvalitetnu farmakoterapiju što posebno raduje pacijente otpuštene iz bolnice, koji više ne moraju da tamo odlaze zbog kontrole i recepata. Prema mišljenju zaposlenih, ključna stvar u radu Centra su kućne posete, zahvaljujući kojima je uspešno prevenirano 8 hospitalizacija. U patronažu ide voditelj slučaja i obično psihijatar ili psiholog, a učestalost poseta se određuje za svakog pojedinca posebno. Multidisciplinarni tim je do sada zabeležio samo 2 recidiva, od kojih se jedan desio u vreme kada je korisnica bila u banji i van zaštite Centra.

Pacijenti/korisnici usluga sa kojima smo razgovarali, veoma su zadovoljni radom Centra i definišu ga kao svoju "drugú kuću", za razliku od bolnice u kojoj se ne osećaju dobro. Ovo je izvanredno važna percepcija koja se mora imati u vidu prilikom kreiranja održivosti Centra u budućnosti.

9.5. Centar za mentalno zdravlje u Vršcu

Centar za mentalno zdravlje u Vršcu je takođe finansirala Evropska unija, kroz projekat Specijalne psihijatrijske bolnice "Unapređenje nivoa zaštite mentalnog zdravlja u opštini Vršac". CMZ je smešten u centru grada, van bolnice i drugih zdravstvenih ustanova, u renoviranom i savremeno opremljenom prostoru veličine oko 150m². Pokriva teritoriju opštine Vršac (oko 35.000 stanovnika), a sa radom je počeo u julu 2015. Korisnicima je dostupan samo radnim danima u prepodnevnoj smeni, s tim što se ponedeljkom i sredom popodne organizuju aktivnosti Udruženja korisnika "Duševna oaza" i grupne terapije sa psihologom.

Kao organizaciona jedinica SBPB "Dr Slavoljub Bakalović", Centar u značajnoj meri koristi resurse Bolnice: svi zaposleni su bolničko osoblje, lekovi i recepti za korisnike Centra dolaze iz specijalističke ambulante, za kućne posete se koristi službeno vozilo Bolnice...Mada bi trebalo da bude sasvim samostalan, država nije stvorila preduslove za to - nedostaju standardi i osnove za merenje kvaliteta usluga, procedure koje treba da se primenjuju u svakodnevnom radu, CMZ nisu prepoznati u sistemu zdravstvene zaštite, brojne nove usluge u zajednici još uvek nisu usvojene i ne primenjuju se (RFZO ih nema u svom šifarniku), patronažne posete nisu jasno regulisane u zakonu itd. Dobra strana što su centri u Kikindi i Vršcu (kao i "Medijana" u Nišu) vezani za specijalne bolnice je kontinuitet u radu sa pacijentima - poznate su istorije bolesti, porodične anamneze, potrebe korisnika, dostupni su lekari i drugo bolničko osoblje sa kojima korisnik ima izgrađene odnose poverenja, razmena informacija između CMZ i Bolnice je laka i omogućuje brzo regovanje.

Multidisciplinarni tim u vršačkom Centru čine socijalni radnik, psiholog, glavna sestra, rehabilitacioni terapeut i tri psihijatra, s tim što i drugi lekari čiji su pacijenti otpušteni iz bolnice obavljaju kontrolne preglede i razgovore u zakazanim terminima u prostorijama CMZ.

Sa trenutnim kapacitetom, osnovni cilj Centra u Vršcu je da obezbedi posthospitalni tretman i negu za bivše pacijente koji imaju boravište u gradu, i na taj način prevenira ponovnu hospitalizaciju u slučaju pogoršanja. Projektom je predviđeno da najmanje 30 pacijenata na stacionarnom lečenju u SBPB postanu redovni korisnici Centra za mentalno zdravlje i tako se reintegrišu u društvene tokove, dok će se nakon prve godine rada uraditi analiza sveukupnih rezultata i dometa, uključujući zdravstveni status korisnika, preventivne mere, kvalitet pruženih usluga, socijalnu inkluziju, smanjenje stigmatizacije u otvorenoj sredini itd. Već nakon tri meseca rada, CMZ u Vršcu je preuzeo brigu nad 21 pacijentom Bolnice koji su se vratili svojim kućama, a procena zaposlenih je da bi oko 100 bolničkih pacijenata sa teritorije opštine Vršac moglo da pređe na sistem lečenja u zajednici ukoliko bi imali dovoljno sredstava da finansiraju redovne dolaskе u Centar.

Zaposleni u CMZ su prošli obuke za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, deo njih je posetio slične službe u inostranstvu i na osnovu stečenih znanja i iskustva su napravili program rada Centra. Tim obavlja sastanke svakog dana na početku i kraju radnog vremena, zajednički se analizira svaki pojedinačni slučaj, potrebe korisnika, razmatraju se najbolje opcije i predlažu odluke o kojima se potom razgovara sa korisnikom i/ili porodicom. Korisnici imaju značajnu ulogu u kreiranju plana njihove nege i zaštite.

U Centru se organizuju različite aktivnosti: individualne i grupne terapije, bihevioralna terapija, rad sa članovima porodice, muziko-terapija, dramska sekcija, kurs engleskog jezika, okupaciono-radne terapije (heklanje, štrikanje, dekupaž), zabavne aktivnosti i dr. Grupe obuhvataju u proseku 10-tak korisnika (po dijagnozi), mada u grupi lečenih psihoza ima i više (do 20 korisnika), budući da ova mala zajednica ima dugi kontinuitet. Korisnici ističu da im prija dolazak u CMZ (a ne u Bolnicu), dopada im se ambijent u kome se osećaju opušteno, zadovoljni su jer im se posvećuje više pažnje, imaju duge razgovore koji im pomažu da budu funkcionalno sposobniji i jači...Posebno je važno što su prihvatili kućne posete, koje Centar planira da intenzivira u budućnosti.

10. Završne napomene:

Mada ima mali broj azilarnih ustanova i kraću istoriju lečenja koja se velikim delom sprovodi u izolaciji (u odnosu na evropske i američke države), postojeći psihijatrijski sistem u Srbiji je neadekvatan i ne može da odgovori na potrebe obolelih i zajednice. Čak i u savremenim, daleko boljim uslovima, on stvara uslove za ugrožavanje prava obolelih, indukuje nasilno ponašanje koje se povezuje sa bolešću, nudi neadekvatan tretman osoba koje su počinile zločin usled bolesti, male ili nikakve mogućnosti za psihosocijalnu rehabilitaciju, podržava i jača stigmatizaciju obolelih i njihovih porodica itd. Prevaziđen model lečenja i zbrinjavanja dovodi do velike patnje i ponavljanja kriza, što neminovno vodi ka osiromašenju kapaciteta ličnosti, porodice i čitavog društva. Ovaj sistem se zasniva na zastarelim pretpostavkama koje se postepeno napuštaju i u zemljama u razvoju, dok su ekonomski i institucionalno razvijene države u velikom obimu već razvile službe za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Pristup okrenut potrebama pacijenta i psihosocijalna rehabilitacija su koncepti koje podržava Svetska zdravstvena organizacija (WHO), institucije Evropske unije i sve relevantne stručne organizacije, i zato ne postoje nikakvi naučni, stručni, ekonomski, pravni ili politički razlozi da se reforma psihijatrije u Srbiji ne sprovede odmah i sistematski.

Na žalost, nema nikakve sumnje da ovaj proces nailazi na veliki otpor u stručnoj javnosti, ali još više zabrinjava činjenica da se država samo deklarativno opredelila za deinstitutionalizaciju, dok su konkretni koraci izostali. Mada je bilo realno da su se do sada centri za mentalno zdravlje formirali bar u 20-tak većih gradova i opština koje imaju povoljnu zdravstvenu infrastrukturu, do toga nije došlo, niti je država sačinila realan i ostvariv akcioni plan. Iako je prošlo bezmalo tri godine od usvajanja Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, nisu pripremljeni neophodni podzakonski akti i drugi dokumenti koji bi bliže definisali rad centara za mentalno zdravlje, niti su usvojeni propisi koji bi obezbedili finansiranje usluga koje centri pružaju. Savetovalište za mentalno zdravlje u Kragujevcu nije naišlo na razumevanje i podršku lokalne samouprave, dok se CMZ u Kikindi i Vršcu pred sam kraj projekta "Otvoreni zagrljaj" suočavaju sa potpuno neizvesnom budućnošću.

Vlada Srbije bi morala da u najkraćem mogućem roku obezbedi jasnu i nedvosmisleni podršku procesu deinstitutionalizacije velikih psihijatrijskih bolnica i socijalnih ustanova, kao i ostale preduslove za reformu psihijatrije u celini. U tom smislu, neophodna je bliska saradnja pre svega ministarstava zdravlja i socijalne politike, ali i drugih ministarstava koji u svojim oblastima treba da obezbede sve što je potrebno da se uspostavi i razvija kvalitetna zaštita mentalnog zdravlja u okviru zajednice, uključujući punu inkluziju u društvo. Donosioci političkih odluka moraju imati u vidu krajnji ishod reforme - bolju brigu za mentalno obolele, poštovanje i zaštitu njihovih prava, veliku pomoć porodicama koje su pogođene bolešću, ali i sigurnije i humanije društvo u celini. U svetu se danas smatra da je mentalno zdravlje nacionalni kapital i to mora biti ideja vodilja za sve aktere javnog života.

U očekivanju jasnih i obavezujućih instrukcija državnih institucija, želimo da ohrabrimo profesionalce u ustanovama širom Srbije da samostalno preduzmu prve korake i pristupe formiranju centara za mentalno zdravlje, jer za to postoje neophodni zakonski preduslovi.

Ignorantski odnos medicinskih radnika, ali i stručnjaka iz drugih oblasti je problem koji će se verovatno pojaviti u mnogim sredinama, ali on nije nepremostiva prepreka i vremenom se prevazilazi. Mnogima će daleko veći problem predstavljati nedostatak obuke i nepostojanje prateće dokumentacije za osnivanje i rad centara za mentalno zdravlje, što bi ministarstva zdravlja i socijalne zaštite lako mogla da nadomeste koordinisanim radom. U međuvremenu, treba se osloniti na pomoć i iskustvo postojećih službi za mentalno zdravlje (u Nišu, Kragujevcu, Kikindi, Vršcu i Somboru).

Dodatak 1.: Preporuke SZO za centre za mentalno zdravlje u zajednici (CMZZ)

- Prioritet CMZZ su osobe sa teškim mentalnim poremećajima i oni treba da ponude alternativu hospitalizaciji;
- Osoblje zaposleno u CMZZ treba da bude multidisciplinarno i da uključuje najmanje: psihijatre, psihijatrijske medicinske sestre, socijalne radnike i psihologe; tim treba da se sastoji od najmanje osam zaposlenih (puno radno vreme), i idealno uključuje okupacione terapeute i specijaliste za rehabilitaciju i zapošljavanje;
- Svaki zaposleni treba da ima opis pozicije koja određuje ulogu, dužnosti, i linije odgovornosti. U dodatku, neophodno je opisati sve zadatke koji su zajednički svim članovima tima;
- CMZZ treba da bude u mogućnosti da ponudi kontinuirani tretman i negu koja odgovara pacijentovim potrebama;
- Službe koje CMZZ obezbeđuje treba da budu dostupne najmanje u toku radnih sati, sa dežurstvima dostupnim tokom noći i vikenda;
- Svaki CMZZ treba da služi definisanoj oblasti (catchment area) sa populacijom između 50.000 i 120.000 stanovnika;
- Svaki CMZZ treba da bude lociran u zajednici kojoj služi i ne u bolničkim zgradama;
- Za CMZZ treba da se obezbedi adekvatno finansiranje koje obezbeđuje održive službe na duži period;
- CMZZ treba da bude oficijelno prepoznata jedinica sistema za mentalno zdravlje unutar sistema za zaštitu mentalnog zdravlja; odgovornosti i veze CMZZ sa primarnom zaštitom, bolnicom i drugim sekundarnim i tercijarnim ustanovama i agencijama zaduženim za zdravlje, promociju i prevenciju, moraju biti jasno specifikovane;
- Uloga CMZZ treba da bude podržana kroz politiku mentalnog zdravlja i zakon.

Dodatak 2: Fotografije centara za mentalno zdravlje u Kikindi, Vršcu i Trstu

CMZ u Kikindi



Prostorija za ambulantne usluge



Prostor za aktivnosti korisnika



Zajednička kuhinja (koriste je zaposleni i korisnici Centra)



Prostor za sastanke tima i razne aktivnosti

CMZ u Vršcu



Prostorije CMZ su na spratu; u prizemlju Specijalna škola organizuje obuku učenika za frizere



Prostor za aktivnosti korisnika i sastanke tima



Kuhinja je na raspolaganju i korisnicima Centra



Informativni pult na ulazu u CMZ



Dvorište se u letnjim mesecima koristi za aktivnosti Centra

Centri za mentalno zdravlje u Trstu



Psihijatri iz Srbije ispred CMZ Barcola u Trstu



CMZ Maddalena



Trpezarija u kojoj se služe obroci za najsiromašnije u CMZ Gambini



Jedna od "kooperativa" pri Službi za mentalno zdravlje u Trstu



CMZ Domio



Soba za kratkotrajni smeštaj korisnika u CMZ Domio



Zajednički prostor u CMZ u Aurisini



Prostorija za zabavne aktivnosti, Aurisina



Jedan od objekata "zaštićenog stanovanja", u kome živi četvoro korisnika



Dnevni boravak u zaštićenom stanovanju

LITERATURA:

Crossley, N. (2006), *Contesting psychiatry: Social movements in mental health*; Psychology Press.

Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2011), *The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned*; John Wiley & Sons.

Engel, G. L. (1989), *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. *Journal of Interprofessional Care* (Vol. 4, pp. 37–53).

Engstrom, E. J. (2003), *Clinical Psychiatry in Imperial Germany: a History of Psychiatric Practice*; Ithaca&London: Cornell University Press.

Fuko, M. (1980), *Istorija ludila u doba klasicizma*; Nolit, Beograd.

Gofman, E. (2011), *Azili: eseji o društvenom položaju pacijenata bolnica za mentalno obolele i drugih utočenika*; Mediterran publishing, Novi Sad.

Honig, A., Romme, M. A. J., Ensink, B. J., Escher, S. D. M. A. C., Pennings, M. H. A., & Devries, M. W. (1998), Auditory Hallucinations: A Comparison between Patients and Nonpatients; *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(10).

Jović, V. (2015), *Opšta psihopatologija sa konceptualnom istorijom*; Filozofski fakultet Univerziteta u Prištini s privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici.

Kinghorn, W. (2013), *The Biopolitics of Defining "Mental Disorder."* In *Making the DSM-5: Concepts and Controversies* (pp. 47–61); Springer.

Kuhn, T. S. (1996), *The Structure of Scientific Revolutions - Third Edition*; The University of Chicago Press, Chicago and London.

Kuper, D. (1988), Otkočiti akciju. In *Alternative psihijatriji: materijali sa međunarodnog skupa "Psihijatrija i društvo" u Beogradu od 1-7 decembra 1983* (pp. 136–139); Lila ulica, Beograd.

Rosenhan, D. L. (1973), On Being Sane in Insane Places; *Science* 179, 250–258.

Sas, T. (2008), *Mentalna bolest kao mit - psihijatrija i kršenje ljudskih prava*; Clio, Beograd.

Svetska zdravstvena organizacija (2003), Izveštaj o svetskom zdravlju 2001. Mentalno zdravlje: novo razumevanje, nova nada; Institut za mentalno zdravlje, Beograd.

Thornicroft, G., & Szumukler, G. (2001), *Textbook of community psychiatry*; Oxford University Press.

Tornikroft, G., & Tansela, M. (2011), *Bolja brigada o mentalnom zdravlju*; Clio, Beograd.

U.S. Department of Health and Human Services (1999), *Mental Health: A Report of the Surgeon General*; Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health.

