



VLADA REPUBLIKE CRNE GORE
MINISTARSTVO ZDRAVLJA
Nacionalna komisija za mentalno zdravlje

**Strategija unapređenja mentalnog zdravlja
u Republici Crnoj Gori**

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1 Mentalno zdravlje u RCG.....	4
1.2. Mentalno zdravlje u RCG "Nema zdravlja bez mentalnog zdravlja".....	4
2. PUT KA BUDUĆNOSTI : Preporuke SZO.....	7
3. OPŠTE KARAKTERISTIKE REPUBLIKE.....	10
3.1. Socio-demografske karakteristike	10
3.2. Ekonomske karakteristike zemlje	13
3.3. Siromaštvo.....	14
4. SVIJEŠT O MENTALNOM ZDRAVLJU.....	14
4.1 Finansiranje u oblasti zaštite mentalnog zdravlja.....	14
4.2. Kapaciteti za liječenje mentalnih bolesti	16
4.2.1 Pokazatelji opterećenosti kadra u jedinicama za liječenje mentalnih bolesti...	15
5. ZDRAVLJE/MENTALNO ZDRAVLJ.....	16
5.1 Očekivano trajanje života na rođenju.....	16
5.2 Vodeći uzroci smrti.....	16
5.3 Izračunavanje prijevremenog umiranja.....	17
5.4 Pokazatelji morbiditeta duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja.....	17
5.1.4.1 Alkoholizam.....	17
5.4.1. Morbiditet nastao usljed upotrebe psihoaktivnih supstanci.....	18
5.5. Morbiditet duševnih poremećaja u bolničkim ustanovama.....	18
5.6 Morbiditet duševnih poremećaja u vanbolničkim ustanovama.....	19
5.7 Mortalitet	20
5.8. Prednosti/nedostaci postojećeg sistema zaštite mentalnog zdravlja	22
6. REFORMA MENTALNOG ZDRAVLJA.....	23
6.1. Vizija mentalnog zdravlja	23
6.2. OKVIR NACIONALNE POLITIKE MENTALNOG ZDRAVLJA	24
6.3. Vrijednosti i principi politike mentalnog zdravlja	26
6.4. CILJEVI POLITIKE MENTALNOG ZDRAVLJA	27
6.5. PRIORITETNE OBLASTI AKTIVNOSTI	28
7. AKCIONI PLAN MENTALNOG ZDRAVLJA	30
7.1. Generalna strategija	30
7.2. Vremenski okvir i resursi	31
8. AKCIONI PLAN STRATEGIJE UNAPREĐENJA I OČUVANJA MENTALNOG ZDRAVLJA	
Prilog 1. ZAKONODAVSTVO U OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA	32
Prilog 2. Rezultati terenskog ispitivanja	35
PREGLED PROSTORNIH I LJUDSKIH POTENCIJALA U OBLASTI MENTALNOG	

ZDRAVLJA PO OPŠTINAMA U RCG	37
Nevladine organizacije kao model komunalne psihijatrije	41
Prilog 3.	
7.3.1. Profil zemlje.....	42
7.4. Kratak pregled sadašnjeg stanja u institucijama mentalnog zdravlja RCG...	43
7.4.1. Kapaciteti za liječenje mentalnih bolesti.....	43
7.4.2. Pokazatelji opterećenosti kadra u jedinicama za liječenje mentalnih bolesti	
.....	43
7.4.3. Pokazatelji morbiditeta duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja.....	44
7.4.3.1. Alokoholizam.....	44
7.4.3.2. Morbiditet nastao usljed upotrebe psihoaktivnih supstanci	44
7.4.3.3. Morbiditet duševnih poremećaja u bolničkim ustanovama.....	44
7.4.3.4. Morbiditet duševnih poremećaja u vanbolničkim ustanovama.....	45

81. UVODNA RIJEČ

1.1. Mentalno zdravlje u RCG

Mentalno zdravlje je jedan od značajnih segmenata zdravlja, kojem Svjetska zdravstvena organizacija i ostale međunarodne institucije poklanjaju pažnju kroz aktivnosti i programe zaštite mentalnog zdravlja u sklopu zdravstvene politike svake zemlje. Na zahtjev članica, Svjetska zdravstvena organizacija sprovodi ekspertize strategija za razvoj i program mentalnog zdravlja, kao i pomoć u praćenju implementacije nacionalnih strategija.

Unapređenje mentalnog zdravlja predstavlja složen proces koji obuhvata brojne ne samo zdravstvenog sistema, već i segmente društvene infrastrukture. Naime, koncepcija razvoja mentalnog zdravlja treba da respektuje senzibilitet društva da bi bila adekvatno prihvaćena. Iz tih razloga ne smiju se zanemariti socijalni, kulturni, ekonomski i društveni miljei, kao i potreba međusektorskog pristupa problemu mentalnog zdravlja.

Svjetska zdravstvena organizacija je svojom definicijom zdravlja proširila koncept mentalnog zdravlja: »Zdravlje nije samo odsustvo bolesti, već stanje fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja«. Predmetna definicija ukazuje na značaj mentalnog zdravlja, ali istovremeno i na mnoge probleme koji postoje /socijalni, ekonomski, društveni.../ i koji zahtijevaju organizovano djelovanje društva u ovoj oblasti.

Respektovanje ekonomsko - socijalnih i društvenih problema, otvorilo je mogućnost psihijatriji da posredno utiče na kreiranje zdravstvene politike, i tako bude jedan od uslova prilikom procjenjivanja životnog standarda jedne zemlje .

Neposredno životno okruženje, više od deceniju, bilo je polje tranzicionih kretanja, međuetničkih sukoba, ekonomske krize, migracionih kretanja, a sveukupno mijenjalo je milje življenja, kako domicilnog stanovništva tako i imigracionog. Proces unutar samog društveno ekonomskog miljea doveli su do pada zaposlenosti, otežanog funkcionisanja porodica, akulturacije, alijenacije, sa tendencijom povećanja javljanja mentalnih poremećaja. Ukupno posmatrano, svjedoci smo sve veće otvorene manifestacije formi disocijalnog ponašanja, alkoholizma, upotrebe psihoaktivnih supstanci, delikvencije, porasta kriminala, depresije i suicida.

Kao tradicionalno društvo sa rigidnim vrijednosnim sistemom, u kome je bolest mana, a mentalno oboljenje sramota porodice, veoma je teško stvoriti klimu koja će biti prihvatljiva za civilizovan i racionalan tretman mentalnih bolesti. Stigmatizacija mentalnih bolesnika i njihovih porodica, predrasuda je i kočnica razvoja i implementacije državnog programa zaštite mentalnog zdravlja stanovništva u RCG i drugim institucijama. Ova strategija ima za cilj da definiše integralnu zaštitu i odgovor zdravstvene službe u rješavanju narastajućih problema mentalnog zdravlja, kao i puteve daljeg razvoja zdravstvene službe koji bi trebali da doprinesu unapređenju stanja zdravlja pojedinca i stanovništva u cjelini.

Ministar zdravlja RCG prim. dr Miodrag Pavličić

1.2. Mentalno zdravlje u RCG «Nema zdravlja bez mentalnog zdravlja»

Mentalna bolest ne predstavlja lični neuspjeh, jer to se ne događa samo drugima. Mentalno i tjelesno zdravlje su nerazdvojivi sinonimi, njihov uticaj je dubok i kompleksan. Mentalna oboljenja su posljedica prisustva genetskih, bioloških, socijalnih i faktora sredine. Neke procjene WHO ukazuju da preko 450 miliona ljudi pati od mentalnih ili neuroloških poremećaja, ili od psihosocijalnih problema koji su u vezi sa zloupotrebom alkohola, ili droga. Depresija je jedan od glavnih uzroka invalidnosti i nalazi se na četvrtom mjestu deset vodećih uzroka globalnog tereta bolesti. U svijetu je oko 70 miliona ljudi zavisno od alkohola. Oko 50 miliona ima epilepsiju, a 24 miliona ima šizofreniju. Milion ljudi izvrši samoubistvo svake godine. Oko 10 do 20 miliona ljudi pokušava da se ubije, govore podaci istraživanja Svjetske zdravstvene organizacije.

U okviru globalne kampanje Svjetske zdravstvene organizacije uključila se i naša zemlja nastojeći da proširi javnu i profesionalnu svijest o stvarnom teretu mentalnih poremećaja i njihovim troškovima u ljudskom, socijalnom i ekonomskom segmentu. Ovo je i napor da ljudi koji boluju od mentalnih poremećaja dobiju tretman kakav im pripada i koji zaslužuju, a da se pri tome uklone mnoge prepreke, stigma, diskriminacija.

Ministarstvo zdravlja RCG je, prateći tendencije i preporuke Svjetske zdravstvene organizacije iniciralo, niz aktivnosti kroz različite programe, nastojeći da preduzme mjere za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja građana koje predstavlja jedno od osnovnih ljudskih prava, kao i da poboljša uslove rada zaposlenih koji rade sa njima i učini funkcionalnijom organizaciju institucija za zaštitu mentalnog zdravlja na teritoriji RCG.

Kao izraz ovih tendencija Ministarstvo zdravlja RCG iniciralo je juna 2003. projekat »Strategija mentalnog zdravlja u RCG«.

Projekat izrade Strategije razvoja mentalnog zdravlja u RCG sastoji se iz tri faze. Prva faza je izrada teorijskog konteksta, koji nastoji da prati razvojne tendencije u oblasti zaštite mentalnog zdravlja, a koje propisuje Svjetska zdravstvena organizacija. Potom, u drugoj fazi, snima ljudske resurse, prostorne i tehničke potencijale u RCG, da bi na kraju, u trećoj fazi, dalo konkretne prijedloge u pogledu institucija i vrste psihijatrijskih jedinica za koje će biti opredijeljeni, upošljavanja i usavršavanja ljudskih potencijala u njima. Na ovom projektu angažovani su kako kolege iz Republike Srbije, tako i poslenici iz oblasti psihijatrije, psihologije i socijalne medicine iz Crne Gore.

U prethodnom periodu, od juna do septembra 2003. godine, sprovedena je intenzivna aktivnost u cilju snimanja stanja na terenu u Republici u institucijama mentalnog zdravlja, kao i ispitivanje kvaliteta edukovanosti, osposobljenosti i stavove prema reorganizaciji institucija mentalnog zdravlja. Osnovni instrument za ocjenu analize stanja bio je upitnik, na osnovu kojeg su obrađeni podaci i kojim se izvršila operacionalizacija projektnih zadataka.

S obzirom na prostor i postojeću mrežu institucija mentalnog zdravlja, snimanje terena je obavljeno kroz 4 regiona, od kojih su se dva odnosila na sjeverni dio, a po jedan na centralni i južni dio Republike. Neposredno su posjećene sve institucije i kolege koji su uključeni u izradu ovog projekta, koji je za njih od velike buduće profesionalne, a može se reći i egzistencijalne važnosti.

Podaci koji su obrađeni predstavljaju realnu osnovu za angažovanje i pravljenje projekcije budućeg razvoja i implementaciju strategije mentalnog zdravlja.

Ozbiljnost i zahtjevnost ispitivanja oblasti mentalnog zdravlja u ovoj strategiji, nametnula je dodatne aktivnosti, odnosno proširen je projektni zadatak u toku same realizacije Strategije mentalnog zdravlja u RCG i to:

- **Formirana je baza podataka ljudskih potencijala** zaposlenih u institucijama mentalnog zdravlja, kompilirajući brojne informacije, počev od sociodemografskih, profesionalnih, kao i specifičnim interesovanjima anticipiranih planova i predloženih rješenja za unapređenje funkcionisanja institucija mentalnog zdravlja;
- **Formirana je baza podataka institucija** koje se bave mentalnim zdravljem kroz registrovanje prostornih, tehničkih i uslova iz okruženja;
- Prikupljeni su **podaci koji se odnose na preporuke Pakta za stabilnost** za Jugoistočnu Evropu, koji se tiču sociodemografskih oblasti i ekonomije zemlje, a što će se, takođe u narednom periodu, dopunjavati i obrađivati;
- Prikupljene su **informacije o legislativi iz oblasti zaštite prava mentalnih bolesnika, kao i zaposlenih, koji rade sa njima u odnosu na preporučene smjernice WHO;**
- **Proširen je projektni zadatak** i registrovani su podaci o prostornim, tehničkim i ljudskim resursima u **privatnom sektoru pružanja usluga, oblasti Ministarstva unutrašnjih poslova i Ministarstva odbrane**, rukovodeći se činjenicom da i ovi sektori prate reformski zahvati (zakonske, strukturalne promjene), kao i da u narednom periodu treba da budu integrisani sa sistemom zaštite mentalnog zdravlja, kao **jedan sveobuhvatan sistem;**
- Shodno preporukama Svjetske zdravstvene organizacije o **deinstitucionalizaciji psihijatrijskog zbrinjavanja, činjenica je i da nevladin sektor treba da bude** uključen u sveobuhvatni sistem zaštite. U okviru aktivnosti na izradi strategije registrovane su NV organizacije sa pozicija cilja i aktivnosti kojima se bave jer predstavljaju značajan faktor u kreiranju opštih javnih stavova;
- U cilju deinstitucionalizacije zaštite mentalnog zdravlja je ideja da se kroz međusektorsku institucionalnu saradnju Ministarstva zdravlja RCG, Ministarstva rada i socijalnog staranja RCG, Zavoda za zapošljavanje RCG i ostalih, sagleda potreba o uključivanju nezaposlenih, uz odgovarajuću edukaciju, na projektima pomoći za stare;
- Poseban naglasak je dat aktivnostima utvrđenim u **Akcionom planu za prevenciju narkomanije mladih**. Nacionalna komisija je zauzela stanovište da se ovaj Plan **inkorporira** u aktivnosti Strategije za razvoj mentalnog zdravlja, rukovodena činjenicom da je narkomanija samo jedan od **psihopatoloških entiteta**.

Prikaz navedenih aktivnosti je dobra osnova za usmjeravanje ka sveobuhvatnom, cjelishodnom, funkcionalnom i humanom pristupu problemu unapređenja mentalnog zdravlja i zbrinjavanju korisnika institucionalnog i vaninstitucionalnog zbrinjavanja oboljelih.

Predsjednik Komisije za mentalno zdravlje RCG

Doc. dr sci. med. Mirko Peković

2. PUT KA BUDUĆNOSTI: Preporuke SZO

Izvještaj SZO o svjetskom zdravlju – 2001. godine **Mentalno zdravlje: novo razumijevanje, nova nada** daje deset preporuka koje bi sve zemlje mogle slijediti da bi

poboljšale mentalno zdravlje svojih građana. Te preporuke se mogu prilagoditi svakoj pojedinačnoj zemlji u skladu sa njenim potrebama i mogućnostima.

1. Obezbijediti liječenje u okviru primarne zdravstvene zaštite

Zbrinjavanje mentalnih poremećaja i njihovo liječenje na prvom stepenu zaštite omogućuje da najveći broj ljudi ima lakši i brži pristup zdravstvenim službama. Obezbjedivanje liječenja u primarnoj zaštiti može poboljšati mogućnosti za pravovremeno dijagnostikovanje, liječenje i odgovarajuće praćenje pacijenata, i redukovati nepotrebna ispitivanja i neadekvatno ili nespecifično liječenje. Da bi se to ostvarilo, treba omogućiti obuku zdravstvenog osoblja u primarnoj zaštiti iz osnovnih vještina zaštite mentalnog zdravlja.

Izvjestan broj zemalja u razvoju donijeo je nacionalne programe koji integrišu mentalno zdravlje sa primarnom zdravstvenom zaštitom.

2. Obezbijediti dovoljno psihotropnih lijekova

Lijekovi za liječenje psihijatrijskih poremećaja i epilepsiju se dijele na četiri grupe: antidepresivi za depresiju, antipsihotici za psihotične simptome, antiepileptici za epilepsiju, i anksiolitici (ili sedativi) za anksioznost. Osnovne psihotropne lijekove treba obezbijediti za sve nivoe zdravstvene zaštite i oni bi trebalo da budu uključeni u pozitivnu listu lijekova svake zemlje. Ti lijekovi mogu da ublaže simptome, smanje invalidnost, skrate tok mnogih poremećaja i spriječe njihov recidiv. Oni često predstavljaju prvu liniju liječenja, naročito u situacijama kada nema mogućnosti za pružanje psihosocijalnih intervencija, niti visoko specijalizovanih stručnjaka.

Mali broj lijekova je neophodan za liječenje većine mentalnih poremećaja. Većina tih lijekova je dostupna. Izbor jednog lijeka umjesto drugog u velikoj mjeri zavisi od njihove dostupnosti. Dok neki lijekovi mogu biti skupi, njihova cijena se često kompenzuje smanjenjem potrebe za drugim vrstama zaštite i liječenja. Izvjestan broj zemalja je već uključio osnovne lijekove za zaštitu mentalnog zdravlja u obaveznu listu lijekova za primarnu zdravstvenu zaštitu.

3. Pružiti liječenje u zajednici

Trebalo bi obezbijediti službe mentalnog zdravlja u zajednici umjesto u psihijatrijskim bolnicama i institucijama. Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici dovodi do boljeg ishoda liječenja i boljeg kvaliteta života za osobe sa hroničnim mentalnim poremećajima. Liječenje pacijenata je jeftinije u zajednici umjesto u psihijatrijskim bolnicama, omogućuje poštovanje ljudskih prava, ograničava stigmatu zbog liječenja i vodi ka pravovremenom liječenju.

Velike psihijatrijske bolnice azilarnog tipa treba zamijeniti službama za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Da bi se to ostvarilo, zaštitu treba omogućiti otvaranjem psihijatrijskih odjeljenja u opštim bolnicama i kućnoj njezi kako bi se zadovoljile sve potrebe mentalno oboljelih osoba. Ovakav prelaz na zaštitu u zajednici zahtijeva da se na nivou lokalne zajednice angažuju zdravstveni radnici i službe za rehabilitaciju, kao i da se obezbijedi pomoć u kriznim situacijama, zaštićene kuće i zaposlenje osoba sa mentalnim poremećajima.

4. Obrazovati stanovništvo

U svim zemljama treba pokrenuti kampanje za obrazovanje građana i širenje svijesti o značaju mentalnog zdravlja. Glavni cilj je da se smanje prepreke u liječenju i zaštiti, tako što će se proširiti svijest ljudi o učestalosti mentalnih poremećaja, mogućnostima liječenja, procesu oporavka i ljudskim pravima oboljelih osoba. Treba širiti informacije o dostupnosti liječenja i koristi od liječenja, tako da se promijene reakcije opšte populacije, zdravstvenih stručnjaka, medija, zakonodavaca i političara i da one budu zasnovane na dostupnom znanju. Osvještavanje javnosti može smanjiti stigmatu i diskriminaciju, povećati korišćenje službi

mentalnog zdravlja, i promijeniti dominantan stav o tome da su mentalno i tjelesno zdravlje dva odvojena, različita entiteta.

5. Uključiti zajednicu, porodice i korisnike

U proces planiranja i razvoja politike, programa i službi mentalnog zdravlja treba uključiti zajednice, porodice i korisnike. To pomaže da se službe prilagode potrebama ljudi, uzimajući u obzir njihov uzrast, pol, kulturu i socijalne uslove. Osobe sa mentalnim poremećajima i njihove porodice će onda lakše koristiti takve službe.

Uloga zajednice sastoji se od pružanja samopomoći i uzajamne pomoći, lobiranja za izvođenje promjena u zaštiti mentalnog zdravlja i obezbjeđivanje sredstava, izvođenja edukativnih aktivnosti, učestvovanja u praćenju i procjeni efekata zaštite, i zastupanja u promjenama stavova prema mentalnim poremećajima i redukovanju stigme.

Grupe korisnika su se pokazale kao snažna, glasna i aktivna snaga promjene. Danas postoje mnoga udruženja korisnika koja su uključena u proces zaštite mentalnog zdravlja. Učestvovanje korisnika u organizovanju službi, procjeni standarda liječenja kao i u razvoju i primjeni politike i Zakona o mentalnom zdravlju, pomaže da se poveća odgovornost stručnjaka.

Porodice su često primarne u obezbjeđivanju zaštite. Neophodno je pomoći porodicama da razumiju bolest, steknu vještine zaštite i podrške, ohrabre redovno uzimanje lijekova i prepoznaju rane znake recidiva, što vodi ka boljem oporavku i smanjenju invalidnosti.

Razmjena znanja između zdravstvenih stručnjaka i porodica i korisnika je vitalna za razvoj povjerenja i stvaranje efikasnog terapijskog odnosa. Takva razmjena pomaže porodicama koje njeguju pacijente, omogućujući im da se „pokrenu od pasivne brige ka aktivnoj zaštiti”.

6. Uspostaviti nacionalnu politiku, programe i zakonodavstvo

Politika mentalnog zdravlja, programi i zakonodavstvo veoma su značajni za kontinuiranu akciju. Politika unapređenja mentalnog zdravlja treba da se zasniva na savremenom znanju i vođenju računa o ljudskim pravima. Reforme mentalnog zdravlja treba da čine sastavni dio cjelovite reforme zdravstvenog sistema. Većina zemalja treba da poveća svoje budžete za mentalno zdravlje. Lijekovi za liječenje mentalnih i neuroloških poremećaja uključeni su u listu obaveznih lijekova.

7. Razvijati stručni kadar

Mnoge zemlje treba da povećaju i poboljšaju edukaciju stručnjaka za mentalno zdravlje koji pružaju specijalizovanu zaštitu, kao i zdravstvenih radnika na svim nivoima. Mnoge zemlje u razvoju nemaju dovoljan broj specijalističkih kadrova za službe mentalnog zdravlja. Poslije edukacije, te stručnjake treba podržati da ostanu u svojim zemljama na položajima na kojima će njihove vještine biti najbolje iskorišćene. U takvu edukaciju treba uključiti medicinske i nemedicinske stručnjake, kao što su: psihijatri, klinički psiholozi, psihijatrijske sestre, socijalni radnici i radni terapeuti, koji treba zajedno da rade u obezbjeđivanju cjelovite zaštite i integracije pacijenata u zajednicu.

8. Povezati se sa drugim sektorima

Rat, konflikti, katastrofe, neplanirana urbanizacija, gubitak posla i siromaštvo utiču na mentalno zdravlje i predstavljaju prepreke za liječenje. I nezdravstveni sektori, kao što su prosvjeta, službe za rad i socijalna pitanja, pravosuđe, značajno utiču na kvalitet života ljudi sa mentalnim poremećajima. Ti sektori treba da se uključe u poboljšanje mentalnog zdravlja zajednice. Treba podstaći i nevladine organizacije da pruže podršku i učestvuju u lokalnim inicijativama.

Važnu ulogu u poboljšanju mentalnog zdravlja ima razvoj politike rada koja obezbjeđuje pozitivno radno okruženje slobodno od diskriminacije, kao i pomoć nezaposlenim osobama. Obrazovna politika treba da pokrije zahtjeve grupa sa specijalnim potrebama. Prioritet treba dati obezbjeđivanju smještaja ljudi sa mentalnim poremećajima unutar zajednice. Pravosuđe treba da spriječi nepravedno zatvaranje ljudi sa mentalnim poremećajima i da u zatvorima omogući liječenje mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja.

9. Pratiti mentalno zdravlje u zajednici

Treba pratiti mentalno zdravlje u zajednici tako što će se pokazatelji mentalnog zdravlja uključiti u opšte informacije i izvještaje o zdravlju. Ti pokazatelji treba da sadrže broj osoba sa mentalnim poremećajima, kao i kvalitet zaštite koju dobijaju. Poboljšanje informacija o zdravlju i sistema izvještavanja pomaže da se prate trendovi i otkriju promjene. Praćenje je neophodno da bi se odredili prioriteti, procijenile potrebe i efikasnost liječenja mentalnih poremećaja i organizovali preventivni programi.

10. Podržati istraživanja

Neophodno je više istraživanja o biološkim i psihosocijalnim aspektima mentalnog zdravlja, kao i o snabdijevenosti službi za mentalno zdravlje da bi se bolje razumjeli uzrok, tok i ishod mentalnih poremećaja i razvile efikasnije službe liječenja. Takva istraživanja treba sprovoditi na širem međunarodnom planu da bi se razumjele varijacije u raznim zajednicama.

3. OPŠTE KARAKTERISTIKE REPUBLIKE

3.1. Socio - demografske karakteristike

U Crnoj Gori, prema popisu iz 2003. godine, ima 616.258 stanovnika. Prema popisu iz 1991. godine, broj stanovnika iznosio je 615.035, što znači da je ukupan broj stanovnika na godišnjem nivou rastao po stopi od 0,6%. Prema projekciji stanovništva, za narednih 20 godina predviđa se lagano smanjenje stope rasta, koja bi 2020. godine dostigla nivo rasta od 0,2%.

U ukupnoj strukturi stanovništva gradsko stanovništvo čini 58,2% a seosko 41,8% sa stalnom tendencijom rasta učešća gradskog i smanjenja učešća seoskog stanovništva. U strukturi stanovništva, prema procjeni, odnos mladih do 14 godina u urbanim i ruralnim naseljima je 25% : 16%, a stanovnika od 65 i više godina 8% : 16%. Prosječna starost stanovnika u urbanim naseljima procjenjuje se oko 34 godine i oko 39 godina u ruralnim

naseljima. Indeks starenja za ukupno stanovništvo procjenjuje se na 56, za urbano stanovništvo 40 i oko 90 za ruralno stanovništvo.

Proces demografske tranzicije, koji je u Crnoj Gori počeo kasnije od zemalja zapadne i sjeverne Evrope, ali i nekih republika bivše Jugoslavije, uslovljen je društvenom, ekonomskom i političkom situacijom. Posljednjih decenija bio je usporen političkom i ekonomskom krizom i ratnim okruženjem. Natalitet je u stalnom procesu pada u posljednjih sedam decenija, uz kontrolisani fertilitet u brakovima. Bilježi se pad smrtnosti, naročito mortaliteta odojčadi, promjene u starosnoj strukturi stanovništva kao posljedica demografskog procesa starenja, promjene u ekonomskoj i socijalnoj strukturi stanovništva. Prema najnovijim raspoloživim podacima nacionalne statistike, u 2001. godini stopa nataliteta bila je 13,3, stopa mortaliteta 8,2 a stopa prirodnog priraštaja 5,1.

U Crnoj Gori je tokom 2001. godine zaključeno 3893 brakova – ili 5,9 na 1000 stanovnika a razvedeno 492 ili 126,4 na 1000 sklopljenih brakova. Posljednjih godina bilježi se lagani pad zaključenih i porast razvedenih brakova.

Pod uticajem demografske tranzicije struktura stanovništva se mijenja sa laganom tendencijom starenja, naročito u ruralnim područjima, a sedam opština na području Republike bilježi negativan priraštaj stanovništva. Učešće lica starih 65 godina i više prelazi 11 procenata ukupnog stanovništva, a prosječna starost stanovništva se procjenjuje preko 35 godina - 34 godine za muškarce i 36,6 godina za žene, prema čemu se populacija može smatrati starom. U sjevernom, ekonomski nerazvijenom regionu i u pojedinim opštinama stanje je daleko nepovoljnije od stanja na nivou zemlje.

Polna distribucija populacije po dobnim grupama za 2002. god.

Pismenost stanovništva može se pouzdano ocjenjivati jedino prema podacima posljednjeg popisa stanovništva 1991. godine. Preko deset godina starosti bilo je 5,9%, nepismenih stanovnika, sa 65 godina i više bilo je 33%, od ukupno nepismenih starih 16,2% su bili muškarci a 83,8% žene, što jasno ukazuje da su stare žene izuzetno ugrožena populacija.

Kada se ima u vidu porast broja mladih obuhvaćenih redovnim školovanjem i umiranje starih nepismenih stanovnika kao i trend stalnog pada učešća nepismenih u ukupnom stanovništvu od 16,7% u 1971. godini, 9,4% u 1981. godini i 5,9% u 1991. godini, može se sa sigurnošću reći da je stanje u 2003. godini znatno povoljnije.

Obrazovanjem u osnovnim školama u školskoj 2000/2001. godini bilo je obuhvaćeno 76 154 učenika, od čega 48,4 % djevojčica. U osnovnim specijalnim školama nalazio se 291 učenik.

Srednje redovne škole u istom periodu pohađalo je 30 848 redovnih učenika, od čega 50,8% djevojaka. Srednje specijalne škole u istom periodu pohađalo je 128 učenika.

Od ukupno 125.764 djece i mladih (prema procjeni) od 7 do 18 godina života osnovnim i srednjim obrazovanjem u 2000/2001. godini obuhvaćeno je 107 002 ili 85,1%. Specijalne škole pohađalo je 419 učenika ili 0,3% od ukupnog broja populacije od 7 do 18 godina starosti.

Ukupan broj zaposlenih u Crnoj Gori u 2002. godini iznosio je 113 827. Na evidenciji Zavoda za zapošljavanje Crne Gore u 2002. godini nalazilo se 80 584 lica. Odnos broja zaposlenih i nezaposlenih, prema zvaničnoj evidenciji jeste 1:1,4. Stopa zaposlenosti u periodu od 1990. do 2002. godine padala je u prosjeku 2,9% godišnje.

Stopa nezaposlenosti (izračunata prema metodologiji ILO) u Crnoj Gori za isti period, prema zvaničnim podacima, posmatrana kroz odnos broja nezaposlenih i broja aktivnog stanovništva, bila je 30,4% (20,6% kod muškaraca i 40,4% kod žena).

Osnovne karakteristike nezaposlenosti u Crnoj Gori su: nepovoljan odnos broja zaposlenih i nezaposlenih, nepovoljniji položaj žena u mogućnosti zapošljavanja, dugo čekanje na zaposlenje, neusklađenost mogućnosti zapošljavanja po regionima, visoko učešće “rada na crno”, o kojem ne postoje validni podaci i visoko učešće tzv. tehno-ekonomskih viškova.

U 2000. godini u javnim ustanovama za djecu i omladinu bilo je smješteno ukupno 567 štićenika. U javnim ustanovama za smještaj djece lišene roditeljskog staranja bilo je smješten 151 štićenik. U javnim ustanovama za zbrinjavanje djece i omladine ometene u psihofizičkom razvoju bilo je smješteno 390 štićenika, dok je u javnim ustanovama za vaspitno zapuštenu djecu i omladinu bilo smješteno 26 štićenika. Na kraju 2001. godine 9.639 djece iz porodica korisnika MOP-a (materijalnog obezbjeđenja porodica) koristilo je dječji dodatak.

Neraspolaganje oficijelnim podacima o broju djece na ulici, beskućnicima i slučajevima trgovine djecom ne znači da ih nema već, da je ovaj segment teško pratiti i evaluirati.

Trgovina ženama i seks trafikung je sigurno pojava koja je prisutna u bližem okruženju, pa tako nije mogla zaobići ni Crnu Goru. Nijesu dostupni oficijelni podaci o rasprostranjenosti i broju slučajeva, ali su pod monitoringom javnosti i medijima aktuelni sudski procesi u vezi s tim, što ukazuje na kritičnost i aktivan odnos oficijelne državne politike.

Prostitucija je problem koji se počeo iznositi u javnost, ali nema dostupnih oficijelnih podataka o broju osoba koje se tim bave, niti drugih podataka koji bi ukazivali na obim pojave. Kao društvo u tranziciji, u kojem još uvijek dominiraju tradicionalne vrijednosti, registrovanje ove pojave je veoma teško.

Populacija u zatvorima po raznim osnovama u Crnoj Gori, prema podacima Ministarstva pravde, kreće se oko 450 lica. Tokom 2001. godine, 2004 punoljetna lica osuđena su za krivična djela, od čega 8,1% žena, i 101 maloljetno lice, od čega 3% žena.

Prema podacima Komesarijata za raseljena lica, u Crnoj Gori živi 43 116 raseljenih i izbjeglih lica, što čini oko 6,5% od ukupnog broja domicilne populacije ili 6,1% ukupne populacije. U Podgorici je smješteno oko 28% od njihovog ukupnog broja.

U Crnoj Gori, prema popisu stanovništva 1991. godine, u strukturi ukupnog stanovništva Crnogorci čine 62%, Muslimani čine 14,6%, Srba je 9,3%, Albanaca 6,6% . Romi su, prema podacima dobijenim popisom, ušestvovali u strukturi stanovništva sa 0,5%. Prema istraživanju Romskog centra za strategiju, razvoj i demokratiju iz Podgorice, utvrđeno

je da u Crnoj Gori živi 20 470 lica etničke zajednice Roma i njihovo ušesće u ukupnoj populaciji je 3,3%. Njihove karakteristike su visok natalitet, nizak procenat djece koja pohađaju školu i nepismenost kod oko 76% stanovnika. Osnovnu školu pohađa 840 romske djece, u srednje škole je upisano 35 učenika a na fakultete 7 studenata.

3.2. Ekonomske karakteristike zemlje

Ekonomske karakteristike Crne Gore, kao i kod ostalih zemalja u okruženju, opterećen je posljedicama decenijske krize, ratnim okruženjem, ekonomskom blokadom i tranzicijom. Posljedice se ispoljavaju u smanjenom obimu ukupne privredne aktivnosti i realizovane proizvodnje, visokoj stopi nezaposlenosti, smanjenoj upošljenosti i porastu ostajanja bez posla, odnosno tehnološkim viškovima, negativnom uticaju inflacije, pogoršanju strukture i obima ukupnog uvoza i izvoza, tj. negativnom spoljnotrgovinskom bilansu.

Ekonomska reforma bila je usporena, tako da u očekivanoj dinamici promjena nije mogla pratiti zemlje u tranziciji Centralne i Istočne Evrope. Opterećena prethodnim problemima, Republika Crna Gora do 1994. godine bilježi pad osnovnih pokazatelja socio-ekonomskog razvoja i njihov spor oporavak u narednim godinama.

Društveni proizvod (u mil.\$), praćen u periodu od 1990. do 2001. godine pokazuje nagli pad sa 1259 na 524,2 u 1993. godini, a zatim lagani rast do 825 u 2001. godini.

U istom periodu društveni proizvod per capita (u dolarima) sa 2055 dolara u 1990. pada na 830 dolara u 1993. godini, nakon čega raste do 1240 dolara u 2001. godini. Društveni proizvod u 2001. godini predstavlja manje od 60% DP iz 1989. godine, ali u njegovoj strukturi oko 37% čini DP privatnog sektora, što ohrabruje.

Prosječna neto zarada u bila je 189 DM u 2000. god. i 218 DM u 2001. godini.

Podaci o nacionalnom dugu predstavljaju se kroz neke raspoložive pokazatelje. U periodu od 1990. do 2001. uvoz je gotovo dupliran sa 278,6 mil.\$, kada čini 22,1% od DP, na 529,4 mil.\$, kada čini 64,1% DP.

U istom periodu izvoz je smanjen za 65%. U 1990. god. sa 516 mil.\$, kada čini 40,9% DP, pada na 178 mil. \$ u 2001. godini, kada čini 21,5% DP.

Pored negativnog spoljnotrgovinskog bilansa, postoje i ostali dugovi i deficiti za koje se ne mogu iznijeti validni podaci. To su prvenstveno: dugovi prema inostranstvu koji dospijevaju za plaćanje, akumulirani i tekući gubici u privredi, unutrašnji dugovi između preduzeća, dugovi između preduzeća i banke, dugovi između preduzeća i države, dugovi između države i stanovništva, dugovi stanovništva prema javnim preduzećima, budžetski dugovi i sl.

Podaci o ekonomskoj pomoći u sveobuhvatnom i validnom obliku nijesu predstavljeni dostupnom zvaničnom statistikom. Mogu se naći samo parcijalni, nepouzdati podaci, te ih nije moguće predstaviti.

Zdravstvena djelatnost u Crnoj Gori zasniva se na modelu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Doprinosi u visini od 15% bruto zarada zaposlenih, uplaćuju se preko institucije obaveznog zdravstvenog osiguranja Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, i glavni su izvor finansiranja zdravstvene zaštite. Fond Penzijsko-invalidskog osiguranja finansira

zdravstvenu zaštitu penzionera, a Zavod za zapošljavanje RCG plaća doprinose za nezaposlene. Dodatni izvor finansiranja je Državni budžet i lično učešće osiguranika.

Rashodi za zdravstvenu zaštitu stanovnika na nivou Republike u 2001. godini iznose 224 DM per capita.

Usvajanjem Strategije razvoja zdravstva definisani su osnovni ciljevi razvoja. U okviru budžeta potrošnje za zdravstvenu zaštitu do sada nije utvrđena proporcija za finansiranje zaštite mentalnog zdravlja. U okviru intenzivnih društvenih promjena koje su u toku započeta je reforma sistema zdravstvene zaštite, u kojoj preventivna i primarna zdravstvena zaštita imaju prioritet. Na principima jednake dostupnosti, solidarnosti, optimalnog kvaliteta i cost efektivnosti izradiće se sistem raspodjele sredstava po nivoima zdravstvene zaštite i po geografskim lokacijama. To će olakšati pristup svima, posebno osjetljivim kategorijama stanovništva, sa posebnim naglaskom na zaštitu mentalnog zdravlja.

U okviru finansijskog planiranja zdravstvene zaštite, do sada nije uključen privatni sektor, koji je bio uglavnom van sistemskog nadzora. Zato što još uvijek nije integrisan u zdravstveni sistem, ne postoje ugovori sa privatnim sektorom (osim pojedinačnih izuzetaka i to u određenim i deficitarnim oblastima zdravstvenih usluga).

3.3. Siromaštvo

Nepovoljan socijalni milje u Crnoj Gori ugrožava zdravlje stanovništva, uključujući i mentalno zdravlje. Društveno-ekonomska i politička kriza, ratno okruženje, nepovoljna migraciona kretanja, doseljavanje relativno velikog broja izbjeglih i raseljenih lica i iseljavanje najobrazovanijeg sloja radno sposobnih mladih ljudi doprinosi opštem siromaštvu.

Životni standard stanovništva ugrožen je padom ekonomske efektivnosti i održavanjem formalne zaposlenosti, što je doprinijelo padu realnih zarada, penzija, socijalnih davanja i ostalih primanja stanovnika. Padom realnih primanja ugrožen je društveni standard (zdravstvo, obrazovanje, stanovanje, kultura) kao i lični standard građana. Pogoršana je ishrana, higijenski uslovi života, snabdijevanje lijekovima, zdravstvena zaštita i sl. Najugroženije su najosjetljivije kategorije stanovništva: stari, djeca, invalidi, bolesni i nezaposleni. Stanje pogoršava i relativno veliki broj izbjeglih lica, za koja je sve teže obezbijediti humanitarnu pomoć. Tranzicionu recesiju prati i pogoršanje socijalne sigurnosti i bezbjednosti građana, što se može pratiti kroz prisustvo krivičnih djela. Visok obim sive ekonomije u pojedinim godinama kretao se, prema procjenama, preko 50%.

Rezultat svega navedenog je izražena socijalna diferencijacija – siromašenje tzv. srednjeg sloja stanovništva i ekstremno bogaćenje relativno malog broja osoba u zoni sive ekonomije. I jedni i drugi su populacija sa povećanim rizikom za mentalno zdravlje.

Prema istraživanjima Instituta za strateške studije i prognoze (ISSP), 9, 4% stanovništva Crne Gore živi ispod linije siromaštva, dok 37% predstavlja ekonomski ranjivo stanovništvo. Stopa siromaštva definisana preko potrošnje domaćinstava upoređene sa minimalnim nivoom životnog standarda (linijom siromaštva – 100 DM) na nivou Republike je 9,4 u sjevernom regionu 14, 9 centralnim 6,5 i 6,8 u južnom. Iz prethodnog, može se vidjeti da postoji izražena razlika u regionima. Kod 4,7% stanovnika prisutno je siromaštvo u pogledu obrazovanja, kod 6,4% zdravstveno siromaštvo, 22% siromaštvo u pogledu zaposlenosti, 13,1% u pogledu uslova stanovanja, 9,7% nema telefon, 3,7% nema TV prijemnik a 7,8% nema veš mašinu.

Život na osiromašenom selu, starost, nepismenost, niske penzije, nezaposlenost, beskućništvo, alkoholizam i zloupotreba psihoaktivnih supstanci, nasilje u porodici nad ženama i djecom, neki su od faktora koji udruženi sa faktorom siromaštva, ugrožavaju mentalno zdravlje različitih kategorija stanovništva.

Ne postoje validni podaci o stopi prevalence mentalnih oboljenja, naročito ne u odnosu na faktor siromaštva, kao i suprotno: koliko faktor siromaštva ugrožava mentalno zdravlje, a ni koliko populacija sa mentalnim oboljenjima nije radno aktivna, tj. učestvuje u povećavanju siromaštva.

Strategija razvoja i smanjenja siromaštva PRSP predstavlja prioritetan dokument Vlade RCG, u kojoj je Projekat zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja i prevencije bolesti zavisnosti, važan parametar očuvanja i unapređenja zdravlja osjetljivih populacionih grupa.

Realizacija ciljeva utvrđenih PRSP za oblast zdravstva, pratiće se kroz indikatore incidence i prevalence mentalnih bolesti, zaštite prava i zaštite mentalnih bolesnika u zajednici, opterećenosti psihijatara.

4. SVIJEST O MENTALNOM ZDRAVLJU

Svijest o mentalnom zdravlju stanovnika jedne zajednice može se mjeriti kroz aktuelnu politiku mentalnog zdravlja, kao i činjenicu koliko je ona zastupljena u globalnoj zdravstvenoj politici zemlje. Zvanično do sada nije postojala politika zaštite mentalnog zdravlja, kao i nacionalni program za njegovo unapređenje.

Ovim dokumentom se razrađuju ciljevi opšte zdravstvene politike i čine prvi koraci da se izradom i usvajanjem nacionalne strategije zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja integriše u već usvojena dokumenta Vlade Republike Crne Gore.

Situaciju otežavaju ograničeni finansijski i ljudski resursi, ali i veoma prisutne predrasude i diskriminacija mentalnih bolesnika, jer je duševna bolest tabu tema.

Mentalni bolesnici se najčešće liječe u neuslovnim institucijama ili se dugotrajno smještaju u duševnim bolnicama, gdje neki ostaju do kraja života. Kroz ovakav način zbrinjavanja vidi se i odnos neposrednog porodičnog okruženja, koji bi trebalo da bude podrška u procesu tretmana i rehabilitacije. Takođe, i načini zdravstvenog zbrinjavanja ne bi trebalo da potkrepljuju stigmatizaciju i diskriminaciju mentalnih bolesnika kroz njihovu institucionalnu izolaciju (azili) i uskraćivanje njihovih osnovnih ljudskih prava.

U lokalnoj zajednici i na globalnom nivou nema debata, kampanja i drugih oblika destigmatizacije i iskorjenjivanja predrasuda o mentalnim bolesnicima. Istraživanja na osnovu kojih bi se moglo validno procjenjivati o rasprostranjenosti pojedinih duševnih oboljenja, zavisnosti, alkoholizma, nasilja u porodici prema ženama i djeci, jesu sporadična, često metodološki koncipirana, tako da se ne mogu izvesti pouzdani i generalni zaključci.

4.1. Finansiranje u oblasti zaštite mentalnog zdravlja

Najveći objekat za liječenje psihijatrijskih bolesnika je Specijalna psihijatrijska bolnica u Dobroti i ona se finansira na sljedeći način:

- prihodi od Fonda zdravstva -74,08%
- prihodi od participacija - 0,08% i
- prihodi od fondova iz Srbije - 1,00%.

Ostali javni zdravstveni objekti za liječenje mentalnih bolesti su finansirani od Fonda zdravstva.

Privatni sektor ne ulazi u strukturu Fonda zdravstva po obimu i kvalitetu usluga, prihodima i rashodima.

4.2. Kapaciteti za liječenje mentalnih bolesti

Liječenje oboljelih od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja, kao obavezan vid zdravstvene zaštite, obavlja se u javnim zdravstvenim ustanovama Crne Gore. Vanbolnička zaštita obavlja se u savjetovalištim, centrima za mentalno zdravlje koji su u osnivanju ili su nepotpuni, psihijatrijskim ambulantama, u okviru domova zdravlja i privatnoj psihijatrijskoj praksi.

Jedinice stacionarnog liječenja (Specijalna psihijatrijska bolnica, Psihijatrijska klinika, Psihijatrijska bolnica, Psihijatrijsko odjeljenje) psihijatrijskih bolesnika nalaze se u:

- Specijalnoj bolnici za liječenje psihijatrijskih bolesnika Dobrota koja ima ukupno 252 kreveta
- Kliničkom centru Crne Gore Podgorica - Psihijatrijska klinika sa 40 kreveta i u
- Opštoj bolnici Nikšić - Psihijatrijska bolnica sa 30 kreveta.

UKUPNO-----323 kreveta

Navedeni podaci su dobijeni istraživanjem, pri čemu su direktno iz bolničkih službi dobijeni podaci, a istraživanje je rađeno u toku 2003. godine.

4.2.1. Pokazatelji opterećenosti kadra u jedinicama za liječenje mentalnih bolesti

Prema dobijenim podacima, na 100.000 stanovnika Crne Gore obezbijeđeno je 1,66 specijalista psihijatrije, 4,7 specijalista neuropsihijatrije, 1,5 psihologa, 0,6 specijalista medicinske psihologije, 1,05 socijalnih radnika i 0,3 defektologa.

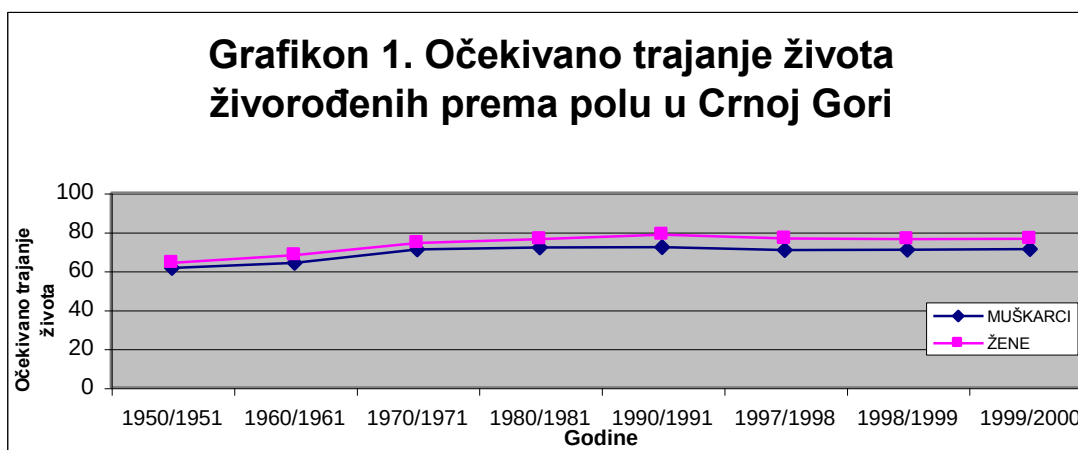
Kadrovske normative, kao utvrđeni standard u ovoj oblasti zdravstvene zaštite, iznose: u primarnoj zdravstvenoj zaštiti predviđaju da na 15 000 stanovnika u timu za zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja bude 1 ljekar specijalista, 1 medicinska sestra, 0,30 kliničkih psihologa (ili 1 klinički psiholog na 50 000 stanovnika) i 0,25 socijalnih radnika (ili 1 socijalni radnik na 60 000 stanovnika).

Podaci o postojećem kadru ukazuju da je opterećenost specijalista psihijatara značajno iznad predviđenih normativa.

5. ZDRAVLJE/MENTALNO ZDRAVLJE

5.1. Očekivano trajanje života na rođenju

Očekivano trajanje života na rođenju, izračunato iz postojećih uzrastno specifičnih stopa mortaliteta (skraćene aproksimativne tablice mortaliteta), sveobuhvatan je pokazatelj zdravstvenog stanja stanovništva.



Ovaj indikator predstavlja prosječan broj godina, koliko se očekuje da će doživjeti novorođenče određenog pola ukoliko nastave da se održavaju postojeće stope mortaliteta.

U periodu 1999/2000. godine očekivano trajanje života na rođenju za Crnu Goru iznosilo je - za žene 76,27 godina, a za muškarce 71,05 godina, a od 1950/1951. godine zapaža se tendencija rasta (Grafikon 1).

5.2. Vodeći uzroci smrti

Rang lista osnovnih uzroka umiranja stanovništva Crne Gore nisu se izmijenili u periodu od posljednjih deset godina .

Navedene grupe oboljenja su u strukturi mortaliteta učestvovala preko 90%, dok bolesti sistema krvotoka i maligne bolesti zajedno predstavljaju više od dvije trećine uzroka umiranja osoba starijih od 65 godina u Crnoj Gori.

Dominacija učešća kardiovaskularnih i malignih oboljenja u strukturi mortaliteta odlikava zastupljenost rizičnog ponašanje u populaciji, kao što je pušenje, alkoholizam, nepravilna ishrana, nedovoljna fizička aktivnost, ali i dejstvo faktora rizika iz okruženja (zagađen vazduh, hrana i voda). Nedovoljno definisana stanja na trećem mjestu ove rang liste

posljedica su nepouzdanе prijave uzroka smrti na teritoriji Crne Gore. Povrede, trovanja i posljedice spoljnih faktora ukazuju na neodgovarajuću zaštitu na radnom mjestu, u kući, na ulici.

Vrijednosti pokazatelja zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore su u granicama vrijednosti istih pokazatelja u zemljama Jugoistočne Evrope.

Tabela 1. Prikaz vodećih uzroka smrti stanovništva Crne Gore u 2001. godini

Grupe oboljenja	broj umrlih	% učešća u strukturi umrlih	stopa mortaliteta
Bolesti sistema krvotoka	2872	52,88%	4,34
Tumori	896	16,49%	1,35
Simptomi, znaci i nenormalni klinički i laboratorijski nalazi	629	11,58%	0,95
Povrede, trovanja i posljedice djelovanja spoljnih faktora	297	5,47%	0,45
Bolesti disajnih organa	266	4,90%	0,40

5.3. Izračunavanje prijevremenog umiranja

Izračunavanje broja izgubljenih godina mogućeg života za osobe mlađe od 75 godina (približna vrijednost očekivanog trajanja života na rođenju u Crnoj Gori) olakšava proces formiranja prioritetne liste oboljenja od strane zdravstvenih vlasti za preventivno djelovanje. U prosjeku sve umrle osobe u Crnoj Gori izgubile su po 10,15 godina mogućeg života. Najznačajniji uzroci prijevremene smrtnosti su bolesti krvotoka 31,28% od ukupnog broja izgubljenih godina života za sve umrle, zatim tumori 19% izgubljenih godina života i povrede i trovanja 9,67%. Svi ostali uzroci smrti prouzrokovali su 40% izgubljenih godina života.

Prosječna starost umrlih u 2001. godini iznosila je 67,90 i to za muškarce 64,74 i za žene 71,22 godine.

5.4. Pokazatelji morbiditeta duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja

5.1.4.1. Alkoholizam

Problem neumjerenog konzumiranja alkohola naročito je istaknut kod mladih ljudi oba pola, sa intenzivnijim rastom kod djevojaka. Prema najnovijim raspoloživim podacima, alkohol konzumira stalno ili povremeno 55% mladih od 15 do 30 godina. Nekoliko puta godišnje se napije 11% mladih od 12 do 18 godina, 60% mladića i 14% djevojaka od 19 do 30 godina. Zabrinjavajuće je što 4,3% mladih od 12 do 18 godina života već pokazuje znakove zavisnosti od alkohola.

U Crnoj Gori, tokom 2001. godine, u bolničkim institucijama od poremećaja uzrokovanih upotrebom alkohola (F10 po MKB-10) liječeno je 240 muškaraca tokom 6212

bolnička dana i 25 žena tokom 1354 bolesničkih dana (u Podgorici 30/476 muškarci i 3/34 žene).

5.4.1. Morbiditet nastao usljed upotrebe psihoaktivnih supstanci

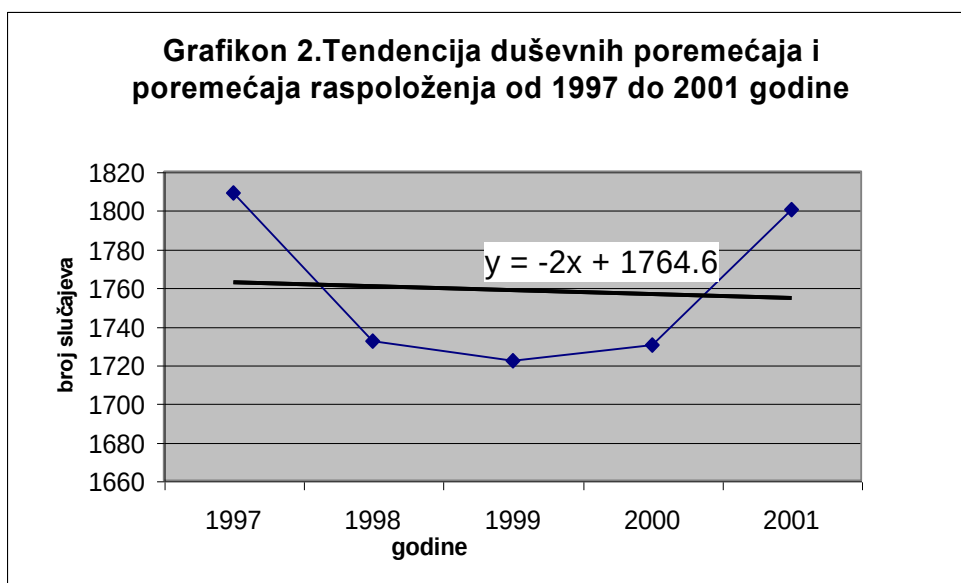
U toku 2001. godine u Crnoj Gori registrovano je 69 slučajeva trovanja psihoaktivnim supstancijama u vanbolničkom, a 7 u bolničkom morbiditetu. Određeni izvedeni pokazatelji ukazuju na porast broja zavisnika, od PAS-a sa tendencijom snižavanja uzrasne granice.

5.5. Morbiditet duševnih poremećaja u bolničkim ustanovama

Pored navedenih, u toku 2001. godine zabilježene su sljedeće stope duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja.

U bolničkim službama Crne Gore registrovano je ukupno 1800 slučajeva duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja, a stopa morbiditeta iznosila je 2692,2 na 100 000 stanovnika Crne Gore. Najzastupljenija oboljenja u ovoj grupi bila su šizofrenija, šizopatski poremećaji, sumanuti poremećaji, koja su u opštoj strukturi svih duševnih poremećaja učestvovala sa 45,9%, zatim poremećaji raspoloženja sa učešćem od 16,1% i na trećem mjestu duševni poremećaji uzrokovani alkoholom 14,7%, a odmah potom slijede duševni poremećaji izazvani drogom. Od ukupnog broja liječenih u bolnicama muškaraca je bilo 61,2%. Najviše oboljelih bilo je u starosnoj grupi od 40 do 49 godina (27,3%), zatim od 30 do 39 godina (22,1%), potom od 20 do 29 godina (18,2%) i od 50 do 59 godina (17,9%), što ukazuje da je najveći broj hospitalizovanih bolesnika, usljed duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja, bio radno sposoban (preko 80%).

Trend kretanja duševnih poremećaja u periodu od 1997. do 2003. godine ukazuje da nema statistički značajnih promjena u broju liječenih od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u stacionarnim ustanovama Crne Gore za navedeni period, što se može vidjeti iz prikazanog grafikona 2.



Ukupan broj ostvarenih bolesničkih dana pri liječenju mentalnih bolesti iznosio je 58.028 ili prosječno po jednom oboljenju 32,2 dana, što ukazuje da je dužina hospitalizacije kod ovih bolesti jako duga. Najduže su liječene šizofrenije i šizopatski i sumanuti poremećaji, u prosjeku 41,7 dana. Duševni poremećaji uzrokovani alkoholom prosječno su

liječeni 28,5 dana, poremećaji raspoloženja 27,5 dana, dok su duševni poremećaji izazvani drogom i neurotski poremećaji liječeni u prosjeku 13,2 dana. U odnosu na sva ostala oboljenja koja se liječe stacionarno, duševni poremećaji i poremećaji ponašanja imaju najveću dužinu hospitalizacije.

Zauzetost postelja namijenjenih za liječenje duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja iznosila je 122,7 dana u toku godine, što ukazuje da su postelje bile slobodne relativno dug vremenski period. Broj postelja dobijen na osnovu izvještaja iz službi za stacionarno liječenje ove grupe bolesti ukazuje da je zauzetost iznosila 155,6 dana u toku 2001. godine.

5.6. Morbiditet duševnih poremećaja u vanbolničkim ustanovama

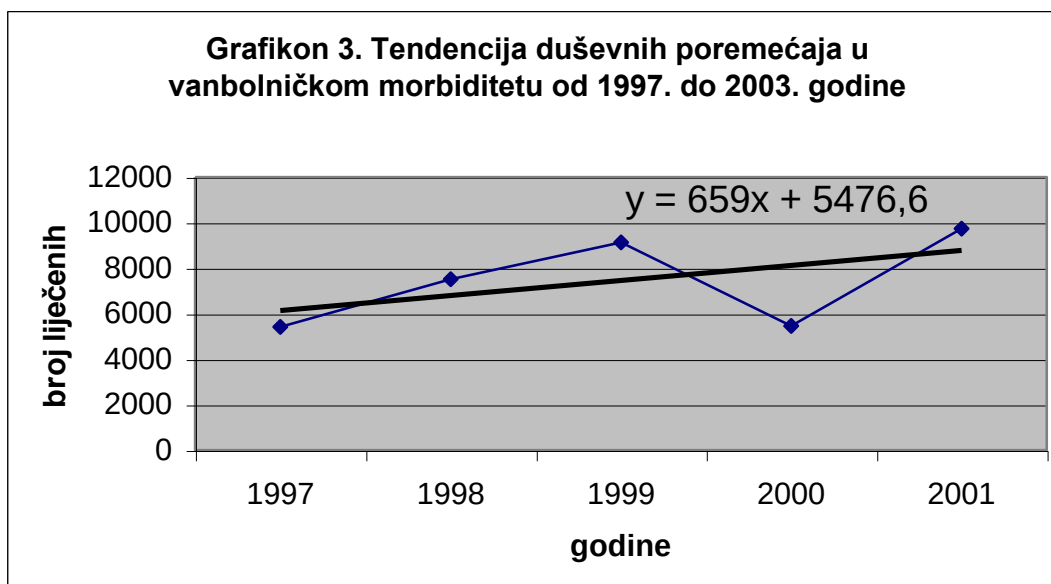
U vanbolničkim službama registrovano je ukupno 9.739 slučajeva duševnih poremećaja sa stopom morbiditeta 1456,7 na 100 000 stanovnika Crne Gore.

Najzastupljenija oboljenja iz ove grupe bila su neurotski, stresogeni i somatoformni poremećaji sa stopom morbiditeta od 542,6, zatim slijede šizofrenija, šizopatski poremećaji, sumanutu poremećaji (stopa morbiditeta 399,0) i na trećem mjestu poremećaji raspoloženja sa stopom morbiditeta 288,4. Najveći broj registrovanih slučajeva duševnih poremećaja i poremećaja raspoloženja bio je u službi opšte medicine 63,1%, a zatim u službi medicine rada 32%. U službi za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske djece liječeno je 463 djece i najzastupljenije oboljenje bili su drugi duševni poremećaji i poremećaji ponašanja.

Promjene u broju liječenih od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja od 1997. do 2003. godine prikazani su na grafikonu 2.

Na prikazanom grafikonu zapaža se izražena tendencija povećanja broja liječenih pacijenata od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u jedinicama primarne zdravstvene zaštite, sa kritičnim periodom u 2000. godini, kada je broj liječenih bio značajno manji u odnosu na prethodni period, kao i godinu koja je slijedila iza, odnosno 2001. godinu.

Podaci su dobijeni iz registrovanog bolničkog morbiditeta



U tabeli 2 prikazan je ukupni morbiditet od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u Crnoj Gori (zajedno vanbolnički i bolnički), kao i po strukturi najzastupljenijih oboljenja iz ove grupe. Osim toga, prikazane su i stope morbiditeta, procentualno učešće duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u ukupnom morbiditetu Crne Gore, kao i procentualno učešće pojedinih komponenti ove grupe oboljenja u strukturi same grupe.

Tabela 2. Ukupni morbiditet (vanbolnički i bolnički) u Crnoj Gori od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja za 2001. godinu

OBOLJENJE	BROJ SLUČAJEVA	STOPA MORBIDITETA	UČEŠĆE
DUŠEVNI POREMEĆAJI I POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA	11539	1725,9	18,8%
Neurotski, stresog. poremećaji	3730	557,9	32,3%*
Šizofrenija	3494	522,6	30,3%*
Poremećaji raspoloženja	2217	331,6	19,2%*

5.7. Mortalitet

U toku 2001. godine samoubistvo je bilo uzrok smrti kod 142 osobe (stopa mortaliteta uzrokovane samoubistvom iznosila je 21,2 umrlih na 100 000 stanovnika Crne Gore). U 2002. godini je došlo do značajnog povećanja broja lica koja su izvršila samoubistvo (zato ga i predstavljamo), registrovano je ukupno 196 samoubistava (stopa mortaliteta 29,3).

Usljed nesrećnih slučajeva umrlo je 123 lica u 2001. godini (stopa mortaliteta 18,4).

Registrovano je ukupno 46 slučajeva smrti koji imaju za uzrok psihijatrijska oboljenja.

Ne postoje posebne evidencije registrovanja slučajeva umiranja u slučaju posljedica koje nastaju kod epilepsije.

Umrli zbog bolesti jetre su registrovani samo kroz evidenciju liječenih u bolnicama Crne Gore i ima ih ukupno 28, pri čemu nisu posebno definisani pojedinačni uzroci oboljenja.

Ukupno su zabilježena tri slučaja umiranja usljed trovanja.

Umiranje usljed samoubistava, nesrećnih slučajeva, trovanja, oboljenja jetre u ukupnoj strukturi umrlih učestvovalo je sa 4,5%. Istovremeno je učešće umrlih od kardiovaskularnih bolesti (koji su vodeći uzroci smrti u Crnoj Gori) iznosilo 52,9%, a od kancera 16,5%.

Učešće umrlih usljed simptoma, znakova i patoloških kliničkih i laboratorijskih nalaza iznosilo je 12,5%, a stopa mortaliteta iznosila je 101,9 na 100 000 stanovnika.

5.8. Prednosti / nedostaci postojećeg sistema zaštite mentalnog zdravlja

Prednosti postojećeg sistema zaštite mentalnog zdravlja u Crnoj Gori su:

- **Relativno laka dostupnost profesionalne pomoći svim kategorijama mentalno oboljelih u mjestima gdje takve institucije postoje.**

Mane postojećeg sistema zaštite mentalnog zdravlja u Crnoj Gori su:

- nedostatak kadra
- nedovoljna edukovanost kadra
- nepostojanje kontinuiranog obrazovanja iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja, kako specijalista/psihijatarata tako i ljekara opšte prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i srednjeg medicinskog kadra
- nedovoljna saradnja sa službama primarne zdravstvene zaštite
- loši uslovi u službama za zbrinjavanje duševnih bolesnika
- nepostojanje specijalizovanih savjetovaništa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- nedostatak istraživačke djelatnosti
- nepostojanje jedinstvene baze podataka za praćenje pacijenata i medikacije
- nema službi za zbrinjavanje pojedinih vulnerabilnih kategorija (djeca, adolescenti, stari...), kao i specijalizovanu dijagnostiku i zbrinjavanje (forenzički slučajevi) .
- neusklađenost legislative u oblasti mentalnog zdravlja sa evropskim standardima za zaštitu ljudskih prava i prava mentalno oboljelih
- neujednačenost institucionalne i kadrovske pokrivenosti područja na nivou RCG
- nedovoljna saradnja sa ustanovama socijalnog staranja
- aziliranje hroničnih duševnih bolesnika, osoba sa mentalnom retardacijom u ustanove socijalne zaštite bez adekvatnog zdravstvenog nadzora.

Do ovih pokazatelja došlo se na osnovu terenskog ispitivanja koje je obavljeno u septembru 2003. godine na cijeloj teritoriji Crne Gore, koje je obuhvatilo kompletnu infrastrukturu primarne zaštite, hospitalne zaštite i institucija mentalnog zdravlja.

6. REFORMA MENTALNOG ZDRAVLJA

6.1. Vizija politike mentalnog zdravlja

Vizija politike mentalnog zdravlja je da poboljša i zaštiti mentalno zdravlje stanovništva, da bude u skladu sa zahtjevima i očekivanjima korisnika usluga i da pruži sveobuhvatan, funkcionalan i koherentan sistem zaštite baziran na principima zaštite u zajednici, koji je nediskriminatoran i zasnovan na naučnim saznanjima o mentalnom zdravlju na čitavoj teritoriji Republike Crne Gore.

Ova politika definiše standarde i aktivnosti u državnim i privatnim službama za mentalno zdravlje.

Kao i svaka politika za strateške oblasti i politika mentalnog zdravlja predstavlja set definisanih vrijednosti, principa i ciljeva koje treba sprovesti da bi se unaprijedilo mentalno zdravlje i da bi se smanjila incidencija mentalnih poremećaja među stanovništvom Crne Gore.

Izrada i realizacija politike mentalnog zdravlja uključuje sve one aspekte na koje se politika direktno ili indirektno odnosi:

- korisnici, njihova udruženja i njihove porodice
- pružaoci usluga primarne medicinske zaštite i specijalizovane zaštite mentalnog zdravlja, kako državne tako i privatne institucije, kao i njihova udruženja
- vladine agencije i ministarstva (zdravlja, socijalnog staranja, obrazovanja, unutrašnjih poslova, zapošljavanja), kao predstavnike lokalne samouprave
- akademske institucije i
- nevladin sektor, posebno one NVO koje su uključene u humanitarni rad, socijalnu zaštitu i zaštitu mentalnog zdravlja.

Reforma zdravstvenog sistema Crne Gore predstavlja složeni proces koji obuhvata sve segmente zdravstvenog sistema, a mentalno zdravlje je dio ukupnih promjena čiji se efekti mogu cijeniti nakon realizacije aktivnosti utvrđenih ovom strategijom. Sadašnji kapaciteti službi za zaštitu mentalnog zdravlja koncipirani su prije dvije decenije i nijesu se značajnije mijenjali do danas, iako je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju utvrđen dispanzer za mentalno zdravlje kao obavezan sadržaj doma zdravlja. U pojedinim opštinama postoje domovi zdravlja sa psihijatrijskim ambulantama, a rijetki su dispanzeri koji imaju savjetovašta za pojedine oblasti mentalne zaštite, dnevne bolnice koje ne funkcionišu, a ne postoje « kuće na pola puta». Zbrinjavanje forenzičkih slučajeva obavlja se u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici u Kotoru, jer nema odgovarajuće institucije, dok dječije psihijatrijsko odjeljenje ne postoji, kao posebna organizaciona jedinica unutar zdravstvenih ustanova.

Strategija zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja proizilazi od kritičke analize postojećeg stanja i vodi računa o savremenoj strategiji zaštite i unapređenja zdravlja. To je rad u društvenoj zajednici, uz angažovanje svih njenih ne samo zdravstvenih, već i svih ostalih formalnih i neformalnih resursa. Ostali osnovni principi su razvijanje i sprovođenje mjera i aktivnosti i primarne i sekundarne i tercijalne prevencije u zaštiti mentalnog zdravlja, uz striktnu podjelu, ali i povezivanje zadataka i odgovornosti subjekata. Posebnu važnost u sprovođenju strategije ima aktivnost na permanentnoj edukaciji i osposobljavanju svih učesnika (i stručnjaka i laika) za što efikasnije obavljanje zadataka. Potrebno je takođe evaluirati aktivnosti, a posebno prioritete potrebe različitih vidova zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja. Kontinuirana evaluacija efekata koji su planirani obezbijediće korišćenje novih stručnih i naučnih dostignuća u cilju usavršavanja programa. Strategija potencira značaj razvoja mreže psihijatrijskih institucija i njihovu inkorporaciju u promjene koje su predviđene reformom sistema zdravstvene zaštite.

6.2. OKVIR NACIONALNE POLITIKE MENTALNOG ZDRAVLJA

Definisanje nacionalne politike za mentalno zdravlje je jedan od ključnih segmenata u reformi zdravstva u RCG. Kako su do sada postojali samo individualni pokušaji definisanja pojedinih segmenata mentalnog zdravlja i formulisanja politike za iste, ovaj dokument će pokušati da da jedan sveobuhvatan pregled i načelne smjernice na osnovu kojih će biti izgrađeni detaljni planovi i programi aktivnosti zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja. U formulisanju politike mentalnog zdravlja potrebno je uključiti, pored Ministarstva zdravlja, i Ministarstvo rada i socijalnog staranja. Iako naizgled nema direktnu vezu između politike mentalnog zdravlja i nekih drugih segmenata društva, u cilju povećanja pozitivnih efekata i rezultata unapređenja mentalnog zdravlja, bitno je voditi računa i o socijalnim i fizičkim uslovima u kojima ljudi žive.

Definisanje politike za mentalno zdravlje je komplementarno sa aktivnostima koje se odvijaju u sklopu regionalnog projekta Pakta stabilnosti za Jugoistočnu Evropu «Enhancing Social Cohesion through Strengthening Communities Mental Health Service in South Eastern Europe». Politiku mentalnog zdravlja treba, takođe, direktno povezati sa Strategijom za smanjenje siromaštva i drugim strateškim dokumentima iz oblasti zdravstvene politike, socijalne politike, politike zapošljavanja i prevencije disfunkcionalnih oblika ponašanja.

Nacionalna politika za mentalno zdravlje za RCG je dizajnirana u koordinaciji sa pratećim dokumentima i izvorima:

1. Study on Mental Health Policy and legislation Questionnaire for Serbia and Montenegro, National Committee for mental Health of Serbia and National Committee for Mental Health of Montenegro, Novembar, 2003., Belgrade
2. World health Organisation : World Health Report 2001., Mental Health : New Understanding, New Hope. WHO 2001.
3. World Health Organisation : Mental Health Policy and Service Guidance Package : MENTAL HEALTH POLICY, PLANS AND PROGRAMMES, World Health Organisation, 2003.
4. Podaci o broju stanovnika dati na osnovu procjene Saveznog zavoda za statistiku, zasnovane na rezultatima popisa stanovništva 1991. godine i rezultatima podataka o živorođenim i umrlim – Bilten «Stanovništvo 68».
5. Statistički godišnjak RCG, Republički zavod za statistiku, 2002.
6. D. Radević i K. Beegle, ISSP – Podgorica, The World Bank- Washington, DC.
7. Republički sekretarijat za razvoj, 2002. godine, Strategija razvoja i reprodukcije siromaštva u RCG”, prvi nacrt
8. D. Radević, K. Beegle: «Životni standard i siromaštvo u Crnoj Gori u 2002. godini»
9. Statistički godišnjak o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti u RCG 2000, Zavod za zdravstvenu zaštitu 2001.
10. Izvještaj Centra za socijalnu medicinu Instituta za zdravlje Crne Gore, 2001.
11. Izvještaj Centra za zdravstveni informacioni sistem i zdravstvene registre Instituta za zdravlje Crne Gore (redovne evidencije o bolničkoj i vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti), 2001/02.
12. Standardi i normativi kadra i zdravstvenih usluga u RCG, Primarna zdravstvena zaštita, preventivna medicina i dijagnostika, Republički fond zdravstva i Institut za zdravlje RCG, 2002.

Rezultati koji se očekuju implementacijom nacionalne politike za mentalno zdravlje ne mogu se postići bez poboljšanja organizacionog aspekta i kvaliteta usluga iz oblasti

mentalnog zdravlja, angažovanja zdravstvenih radnika i orijentacije ka komunalnoj organizaciji mentalnog zdravlja.

6.3. Vrijednosti i principi politike mentalnog zdravlja

Vrijednosni stavovi i principi koji su definisani ovim poglavljem su ključni okvir na osnovu kojeg su utvrđeni ciljevi u izradi nacionalne politike za mentalno zdravlje u Republici Crnoj Gori.

Poboljšati i zaštititi mentalno zdravlje stanovništva	
VRIJEDNOSTI	PRINCIPI
Zaštita mentalnog zdravlja	- Službe mentalnog zdravlja trebalo bi da obezbijede najbolji mogući sveobuhvatan tretman koji će maksimalno uključiti porodicu i zajednicu. - Zaštita mentalnog zdravlja mora da bude sastavni i neodvojivi dio primarne zaštite. Ljekari opšte prakse treba da budu obučeni da odgovore potrebama iz oblasti zaštite mentalnih poremećaja. - Mora da postoji međusektorska saradnja sa ostalim ključnim nosiocima razvoja društva.
Briga zajednice	- Prije hospitalizovanja pacijenata uvijek treba pokušati alternativno zbrinjavanje u okviru zajednice ili što je moguće bliže okruženju iz kog potiču. - Otvoriti mogućnosti volonterskim organizacijama za pomoć porodicama koje se brinu o nehospitalizovanim pacijentima. - Ljudi sa poremećajima mentalnog zdravlja treba da su zbrinuti u institucijama sa, što je manje moguće, restriktivnim formama zbrinjavanja.
Obrazovanje	- Prilikom reforme obrazovnog sistema voditi računa o mentalnom zdravlju stanovništva i uticajima koje pojedini aktuelni socijalno-zdravstveni problemi imaju na formiranje stavova kod školske populacije (destigmatizacija mentalnih poremećaja, stereotipije, predrasude, ...). - Promovisanje mentalnog zdravlja treba da bude integrisano u oblast socijalnog zbrinjavanja i u sistem obrazovanja koji školuje te kadrove
Odgovoriti na zahtjeve i očekivanja korisnika usluga	
VRIJEDNOSTI	PRINCIPI
Zaštita vulnerabilnih grupa	Treba izraditi pojedinačne konkretne strategije za zaštitu mentalnog zdravlja za vulnerabilne grupe kao što su djeca, adolescenti, stariji, hendikepirani, izbjeglice, raseljena lica, osobe izložene nasilju.
Kulturni relativizam	Treba uključiti različite kulturne, društvene i etničke grupe pilikom definisanja politike mentalnog zdravlja u Crnoj Gori ako bi se uvažile razlike i posebne potrebe koje nastaju iz tih razlika.

Zaštita ljudskih prava	- Ljudska prava i dignitet pacijenata sa mentalnim poremećajima treba da budu zaštićena u svim nivoima u sistemu mentalne zaštite. - Donošenje pravne legislative. - Institucije mentalne zaštite treba da imaju ugrađene sisteme za monitoring kako bi se obezbijedila sigurnost prava i potreba pojedinaca sa mentalnim poremećajima.
Učešće zajednice	Korisnici usluga sistema za zaštitu mentalnog zdravlja (individue sa mentalnim poremećajima), njihova udruženja i njihove porodice biće uključene u proces planiranja, organizacije i monitoringa mentalno zdravstvenog zbrinjavanja.
Stvoriti sveobuhvatan, funkcionalan i koherentan sistem zaštite mentalnog zdravlja na čitavoj teritoriji Republike Crne Gore	
VRIJEDNOSTI	PRINCIPI
Mreža usluga	- Zaštita mentalnog zdravlja mora biti dostupna i pristupačna - Unificiranost usluga i postojanje jedinstvene baze podataka za registrovanje tretmana pacijenata i medikacije - Sistem mora biti pristupačan svima, bez obzira na geografsku lokaciju, ekonomski status, obrazovanje ili etničku, kulturnu ili vjersku pripadnost
Kvalitet usluga	- Utvrđivanje jasnih pravila, procedura, standarda usluga i mehanizama za kontrolu usluga za sve institucije zaštite mentalnog zdravlja uključujući i one djelove primarne zaštite koji obuhvataju zaštitu mentalnog zdravlja - Sastavni dio sistema mentalne zaštite trebalo bi da budu i aktivnosti koje se odnose na prikupljanje i analizu podataka o pacijentima. - Psihotropni lijekovi treba da budu na raspolaganju na svim nivoima tretmana pojedinca sa poremećajem mentalnog zdravlja, uz obezbjeđivanje dovoljne količine lijekova.

6.4. CILJEVI POLITIKE MENTALNOG ZDRAVLJA

Cilj 1 Poboljšati i zaštititi mentalno zdravlje stanovništva

- Primarna prevencija mentalnih poremećaja (univerzalna, selektivna i indikovana) i rano otkrivanje mentalnih poremećaja

Cilj 2 Odgovoriti na zahtjeve i očekivanja korisnika usluga

- Povećanje kvaliteta usluga i zaštite prava pacijenata sa mentalnim poremećajima
- Poboljšanje legislative koja se odnosi na zaštitu prava mentalnih bolesnika i ljudskih prava
- Povećanje uključivanja korisnika, porodica i zajednice u proces planiranja organizacije i praćenja službi i usluga za mentalno zdravlje.

Cilj 3 Obezbjeđivanje finansijske zaštite od troškova bolesti

- Uspostaviti mehanizme za obezbjeđivanje svih neophodnih psihotropnih lijekova bez naplaćivanja.

6.5. PRIORITETNE OBLASTI AKTIVNOSTI

1. Finansiranje

Za sprovođenje nacionalne politike mentalnog zdravlja neophodno je definisati način na koji će se finansirati sprovođenje Nacionalne politke mentalnog zdravlja. Kod finansiranja izdvajati određeni procenat iz budžeta za potrebe zaštite mentalnog zdravlja stanovništva. Prioritet u finansiranju dati zaštiti mentalnog zdravlja vulnerabilnih grupa i teritorijalnim dijelovima Republike sa nedovoljno razvijenim službama.

2. Zakonski okvir i ljudska prava

Postojeća zakonska regulativa na polju zaštite individua sa mentalnim poremećajima je nedovoljna. Samo neka od prava su regulisana djelovima različitih postojećih zakona. Potrebno je revidirati postojeće zakone i izmijeniti ih kako bi na adekvatan način zaštitili prava mentalno oboljelih (donijeti Zakon o mentalnom zdravlju i Zakon o zaštiti prava mentalno oboljelih).

3. Organizacija usluga i institucija

Treba reorganizovati sistem mentalnog zdravlja vodeći računa da se liječenje pacijenata iz velikih psihijatrijskih bolnica i klinika usmjeri na vanbolničke psihijatrijske službe, razvoj usluga za zaštitu mentalnog zdravlja na nivou lokalne zajednice, koji će obezbijediti sveobuhvatnu, manje restriktivnu i zaštitu mentalnog zdravlja koja je bliža zajednici, kao i uključivanje zaštite mentalnog zdravlja u primarnu zaštitu.

4. Kadrovi i obuka

Potrebno je uskladiti broj i vrstu osoblja u institucijama za zaštitu mentalnog zdravlja shodno sadašnjim potrebama. Neophodno je izvršiti edukaciju i doedukaciju kroz kontinuiranu obuku osoblja iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja i primarne zdravstvene zaštite.

5. Promocija, prevencija, tretman i rehabilitacija

Kao sastavni dio Nacionalne politike potrebno je izraditi širok spektar aktivnosti koje će se odnositi na promociju, prevenciju, tretman i rehabilitaciju. Ovaj plan se može izraditi tek nakon prikupljanja podataka koji će se dobiti iz detaljne analize ukupne populacije i pojedinih ciljanih uzoraka o procjeni potreba zasnovanih na društvenom, kulturnom, polnom, starosnom i razvojnom okviru.

6. Nabavka i distribucija osnovnih lijekova

Treba utvrditi listu prioriteta psihotropnih lijekova i drugih medikamenata koji su neophodni za liječenje mentalno oboljelih, učiniti ih dostupnim shodno terapijskom djelovanju i sigurnoj primjeni na svim nivoima zaštite mentalnog zdravlja.

7. Zastupanje

Definisati politiku i plan uključenja nevladinog sektora, volontera i porodica sa ciljem poboljšanja zaštite prava u oblasti mentalnog zdravlja. Definisati ingerencije i oblike djelovanja.

8. Poboljšanje kvaliteta

Zbog razlika u kvalitetu i nivou usluga koje se pružaju u različitim službama za zaštitu mentalnog zdravlja, Nacionalna politika treba da definiše i sprovede konkretne instrumente za održavanje, nadzor i poboljšanje kvaliteta usluga u oblasti zaštite mentalnog zdravlja. Ti instrumenti treba da uključe: akreditaciju pojedinaca i organizacija koje pružaju usluge mentalnog zdravlja, standarde dijagnosticiranja i tretmana u skladu sa međunarodnim standardima, klinička uputstva, indikatore za mjerenje učinka itd..

9. Informacioni sistem

Prilikom izrade informacionog sistema pored jedinstvene baze podataka za registrovanje tretmana pacijenata i medikacije, analizu podataka o pacijentima, treba uključiti podatke o institucijama, osoblju i nevladinom sektoru koji učestvuje u sistemu zaštite mentalnog zdravlja. Informacioni sistem treba da bude tako koncipiran da je na raspolaganju svim učesnicima sistema, bez obzira na geografsku lokaciju na teritoriji Republike.

10. Istraživanje i evaluacija politika i usluga

Istraživanja treba definisati u skladu sa preporukama SZO i u saradnji sa akademskim institucijama. Istraživanja treba da posluže za evaluaciju same politike i kvaliteta usluga u oblasti mentalnog zdravlja.

11. Medusektorska saradnja

Implementacijom politike mentalnog zdravlja potrebno je uključiti što širi spektar strana na koje se politika direktno ili indirektno odnosi: korisnike, njihova udruženja i njihove porodice, pružaoce usluga primarne zdravstvene zaštite i specijalizovane zaštite mentalnog zdravlja, kako državne tako i privatne institucije, kao i njihova udruženja, Vladine agencije i ministarstva (zdravlja, socijalnog staranja, obrazovanja, unutrašnjih poslova, zapošljavanja), predstavnike lokalne samouprave, akademske institucije i nevladin sektor, posebno one NVO koje su uključene u humanitarni rad, socijalnu zaštitu i zaštitu mentalnog zdravlja, zaštitu ljudskih prava.

7. AKCIONI PLAN ZA MENTALNO ZDRAVLJE

7.1. Generalna strategija

Prioritetne oblasti aktivnosti	Strategija
<u>1 Finansiranje</u>	Izdvajanje dijela budžeta za finansiranje mentalnog zdravlja u okviru opšteg zdravstvenog finansiranja • Stvaranje posebnog fonda za razvoj komponente mentalnog zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
<u>2 Zakonski okvir i ljudska prava</u>	• Pregled postojećih zakonskih odredbi i procedura za zaštitu prava mentalno oboljelih • Izrada nacrtu zakona o mentalnom zdravlju i zakona o zaštiti osoba sa mentalnim poremećajima • Organizovanje javnih kampanja i debata o nacrtu zakona • Razvoj mehanizama za implementaciju Zakona o mentalnom zdravlju u psihijatrijske institucije
<u>3 Organizacija usluga i institucija</u>	• Uspostavljanje veza primarne zdravstvene zaštite i službi za mentalno zdravlje i jačanje službi u zajednici • Podržati proces deinstitucionalizacije uporedo sa razvojem alternativnih oblika zaštite u zajednici
<u>4. Kadrovi i obuka</u>	• Organizovanje edukacije i doedukacije ljekara i ostalih zdravstvenih radnika u ustanovama za zaštitu mentalnog zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. • Revizija postojećih kurikuluma usavršavanja profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja i prilagođavanje odrednicama komunalne organizacije mentalnog zdravlja
<u>5 Promocija, prevencija, tretman i rehabilitacija</u>	• Dati prednost programima prevencije i unapređenja mentalnog zdravlja Edukativni programi treba da uključe promociju mentalnog zdravlja
<u>6. Nabavka i distribucija osnovnih lijekova</u>	• Pristupačnost lijekova za mentalno oboljele • Savremeni psihofarmaci biće dostupni kroz adekvatnu distribuciju
<u>7. Zastupanje</u>	• Formiranje i podrška udruženjima korisnika i njihovih porodica
<u>8 Pобољшanje kvaliteta</u>	• Razvijanje standardizovanih procedura

	(vodiča dobre prakse) za dijagnostiku i tretman • Razvijanje procedura monitoringa, praćenja i evaluacije usluga
<u>9. Informacioni sistem</u>	• Projekat Informacionog sistema će uključiti u potpunosti sve aktivnosti koje se tiču zaštite mentalnog zdravlja
<u>10. Istraživanje i evaluacija politika i usluga</u>	• Ishod nacionalne politike biće praćen u redovnim vremenskim intervalima • Istraživanja o kvalitetu usluga biće deifinisana u saradnji sa akademskim institucijama
<u>11. Intersektorska saradnja</u>	• U zaštiti mentalnog zdravlja stanovništva treba razviti intersektorsku saradnju na svim nivoima (ministarstva, opštine, službe mentalnog zdravlja...) • Podržati intersektorske programe za zaštitu mentalnog zdravlja koji su jasno definisani (<i>Akcioni plan za borbu protiv narkomanije, Nasilje u porodici, Djeca sa posebnim potrebama, Zbrinjavanje starih, Borba protiv siromaštva...</i>)

7.2. Vremenski okvir i resursi

Izrada i implementacija Strategije mentalnog zdravlja u RCG odvijaće se u nekoliko faza. Ovdje će biti navedeni samo okvirni rokovi i nazivi aktivnosti. Očekuje se da će detaljan plan aktivnosti izraditi kako tokom pripreme tako i tokom izrade same strategije.

Faza izrade strategije u roku od šest mjeseci.

Faza implementacije uskladiti sa rokovima preporuka Pakta za stabilnost Jugoistočne Evrope.

Prilog 1

ZAKONODAVSTVO U OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA

Preporuke PAKTA ZA STABILNOST JUGOISTOČNE EVROPE, ZDRAVSTVENA MREŽA JUGOISTOČNE EVROPE, odnosno “Akcija razvoja zdravlja za Jugoistočnu Evropu”, bile su u potpunosti ispoštovane. Pristupilo se izradi UPITNIKA ZA PROCJENU POLITIKE I ZAKONODAVSTVA U OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA U ZEMLJAMA JUGOISTOČNE EVROPE, koji je sadržao sljedeća pitanja i pružio uvid o legislativi u oblasti mentalnog zdravlja i njegovih potreba u Crnoj Gori:

- a) **Da li vaša zemlja ima pristup internacionalnim i regionalnim inicijativama i dokumentima borbe za ljudska prava? Ako ima, molim specificirajte.**

Naša zemlja je članica Savjeta Evrope i uključena je u projekte Pakta za stabilnost Jugoistočne Evrope koji se odnose i na zaštitu ljudskih prava.

- b) **Da li je bilo preporuka vašoj zemlji od strane drugih u vezi poboljšanjem politike mentalnog zdravlja i zakonodavstva? Ako je bilo, navedite koje?**

Da, u okviru Projekta Svjetske zdravstvene organizacije i Pakta za stabilnost Jugoistočne Evrope "Povećanje socijalne kohezije kroz jačanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici".

- c) **Da li zakonodavstvo u oblasti mentalnog zdravlja uključuje dio o zaštiti prava osoba sa mentalnim poremećajima?**

Da, u pojedinim odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o vanparničnom postupku, Porodičnog zakona i Zakona o izvršenju krivičnih sankcija.

U zdravstvenom sektoru:

- 1) **Da li nacionalno zakonodavstvo zahtijeva korišćenje najmanje restriktivne alternative? *Svim osobama sa mentalnim poremećajima trebalo bi obezbijediti liječenje u zajednici osim pod okolnostima koje uključuju rizik od potencijalne štete. Prisilni prijemi i liječenja se mogu obaviti samo u izuzetnim okolnostima i za kratko vrijeme.***

Da, parcijalno Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju i Zakon o vanparničnom postupku (dio koji se odnosi na prisilnu hospitalizaciju)

- 2) **Da li nacionalno zakonodavstvo obezbjeđuje povjerljivost?**

Zakonska zaštita osigurava da su sve informacije i kartoni koji se odnose na zdravstvene, tj. psihičke probleme neke osobe povjerljive prirode. Zakon mora spriječiti njihovo eksplicitno korišćenje bez prethodne dozvole koju stručnjaci moraju tražiti, a sve to mora biti zakonski regulisano.

U zakonodavstvu nigdje nije posebno regulisana povjerljivost informacija koje se odnose na psihijatrijske bolesnike, već samo generalno - u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (čl. 12.) i Krivičnom zakonu postoje odredbe koje se odnose na profesionalnu tajnu - podaci o zdravstvenom stanju bolesnika i uzrocima, okolnostima i posljedicama tog stanja.

- 3) **Da li nacionalno zakonodavstvo dotiče dobrovoljne i nedobrovoljne prijeme? Da li se ono odnosi i na prisilno liječenje?**

Zakonom o vanparničnom postupku regulisan je dobrovoljni i nedobrovoljni prijem. Prisilno liječenje nije regulisano.

4) Da li nacionalno zakonodavstvo reguliše procedure koje uključuju zabranu kretanja?

Odnosi se na urgentne procedure za akutne epizode u mentalnim poremećajima sa visokim rizikom po zdravlje i sigurnost.

Ne reguliše.

5) Da li nacionalno zakonodavstvo reguliše mehanizme periodične revizije na svim nivoima koje ugrožavaju integritet ili slobodu osobe sa psihičkim poremećajima?

Da, regulisano je u Zakonu o vanparničnom postupku.

6) Da li nacionalno zakonodavstvo reguliše pitanje poslovne sposobnosti?

Da - Zakon o braku i porodičnim odnosima.

7) Da li nacionalno zakonodavstvo reguliše problem informisanog pristanka?

Nacionalno zakonodavstvo ne reguliše problem informisanog pristanka.

Van zdravstvenog sektora

1) Da li nacionalno zakonodavstvo zabranjuje diskriminaciju psihijatrijskih bolesnika u odnosu na stanovanje, zapošljavanje i socijalnu sigurnost?

Nacionalno zakonodavstvo, osim ustavnim odredbama koje generalno zabranjuju diskriminaciju po bilo kom osnovu, posebno nema odredbi o diskriminaciji psihijatrijskih bolesnika.

2) Da li nacionalno zakonodavstvo obezbjeđuje za specijalne okolnosti:

- stanovanje, uključujući stepen olakšica u stanovanju kao što su „kuće na pola puta” i kuće za duži asistirani boravak i život;
- zapošljavanje, uključujući zaštitu od diskriminacije i iskorišćavanja kao što su mogućnosti zapošljavanja i rehabilitacioni programi osposobljavanja za njih.
- socijalnu sigurnost: zdravstveno osiguranje i invalidske dodatke u sličnom stepenu koji su zagantovani za druge ljude.

Nacionalno zakonodavstvo obezbjeđuje socijalnu sigurnost: zdravstveno osiguranje i invalidske dodatke za psihijatrijske bolesnike u sličnom stepenu koji su zagantovani za druge ljude.

3) Da li krivično zakonodavstvo uključuje dio koji se odnosi na psihički izmijenjene počinioc krivičnih djela (uračunljivost da podnesu proces, krivičnu odgovornost, zakonsko predstavljanje, svjedočenje)?

Da, u Osnovnom krivičnom zakonu, Krivičnom zakonu RCG i Zakonu o krivičnom postupku.

4) Da li građansko zakonodavstvo obezbjeđuje regulativu koja se odnosi na brak, razvod i roditeljska prava, sposobnost testiranja i sposobnost za sklapanje ugovora i uslove starateljstva?

Da, Zakon o braku i porodičnim odnosima, Zakon o nasljeđivanju i Zakon o obligacionim odnosima.

5) Da li zakon o zdravstvenoj zaštiti obezbjeđuje da mentalno oboljela lica imaju jednak pristup svim vidovima zdravstvene zaštite i jednak kvalitet sa ostalim oboljelima?

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju kao grupaciji, zaštitu u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem i ranim otkrivanjem i liječenjem bolesti od većeg socijalno medicinskog značaja obuhvataju i lica sa duševnim oboljenjima i poremećajima., koja imaju pravo na zdravstvenu zaštitu. Ona obuhvata preventivne dijagnostičke, terapijske i rehabilitacione zdravstvene usluge u zdravstvenoj ustanovi uključujući i prevoz u hitnim slučajevima, lijekove i pomoćni materijal.

6) Da li zemlja ima zakonodavstvo koje uključuje komponente unapređenja mentalnog zdravlja i prevencije psihičkih bolesti?

- u zdravstvenom sektoru – zakonodavstvo koje ojačava uvođenje psihijatrijske intervencije u primarnu zdravstvenu zaštitu, prevenciju negativnog uticaja zlostavljanja djece, žena i starih.
- van zdravstvenog sektora: zakonodavstvo koje treba da onemogući pristup alkoholu i drogama, da zaštiti vulnerabilne populacije.

Ne.

Naravno prethodni odgovori jasno su ukazali da je neophodno da se pristupi izradi i usaglašavanju pravne legislative u oblasti zaštite prava mentalnih bolesnika, i u tom cilju je formirana i posebna radna grupa Komisije za mentalno zdravlje koja će pristupiti izradi pravne legislative.

Prilog 2

Rezultati terenskog ispitivanja

Pregled rezultata terenskog ispitivanja prostornih i ljudskih resursa u oblasti mentalnog zdravlja koji je i osnova za izradu STRATEGIJA ZAŠTITE I UNAPREĐENJA MENTALNOG ZDRAVLJA u RCG

Republika Crna Gora, prema popisu iz 2003. godine, ima ukupno 616.258 stanovnika. Zdravstvena zaštita stanovništvu Crne Gore pruža se u 18 domova zdravlja i tri zdravstvene stanice koje obezbjeđuju vanbolničku zdravstvenu zaštitu, zatim u sedam opštih bolnica, pet stacionara domova zdravlja, Kliničkom centru Crne Gore i tri specijalne bolnice u kojima se pruža bolnička zdravstvena zaštita.

U Crnoj Gori postoji nekoliko javnih zdravstvenih ustanova za zadovoljenje potreba stanovništva iz domena zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja (vanbolničke i bolničke ustanove) i to: Specijalna psihijatrijska bolnica Dobrota, jedno razvojno savjetovalište, jedno psihijatrijsko odjeljenje u Opštoj bolnici, jedna Psihijatrijska klinika u Podgorici, jedna

psihijatrijska ambulanta, jedna privatna psihijatrijska praksa, jedna ambulanta, u 13 domova zdravlja pružaju se usluge iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja.

Stacionarne zdravstvene ustanove koje se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja u Crnoj Gori raspolažu sa sljedećim posteljnim kapacitetima:

- Specijalna bolnica za liječenje psihijatrijskih bolesnika Dobrota ima ukupno 252 kreveta
- Klinički centar Crne Gore Podgorica - Psihijatrijska klinika sa 40 kreveta
- Opšta bolnici Nikšić - Psihijatrijska bolnica sa 30 kreveta
- ZIKS (zatvorsko odjeljenje, planirano) - Psihijatrijsko odjeljenje sa 50 kreveta

UKUPNO-----373 kreveta

Navedeni podaci su dobijeni istraživanjem na terenu, pri čemu su direktno iz bolničkih službi dobijeni podaci, a istraživanje je rađeno u toku 2003. godine.

Javne zdravstvene ustanove koje se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja stanovništva Crne Gore raspolažu sa sljedećim kadrom:

- 32 specijalista neuropsihijatrije
- 12 specijalista psihijatrije
- 4 specijaliste medicinske psihologije
- 10 psihologa
- 2 defektologa
- 7 specijalizanata
- 7 socijalnih radnika
- 5 viših medicinskih sestara i
- 100 medicinskih sestara (plus 3 medicinske sestre sa dodatnom edukacijom za vođenje socioterapijske zajednice).

Od ukupnog broja zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama na poslovima zaštite mentalnog zdravlja, gotovo polovina radi u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici Dobrota. Prema tome kadar koji se bavi pružanjem usluga iz domena zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja na primarnom nivou, u ovom trenutku ne zadovoljavaju potrebe. Međutim, činjenica je da se politika u zaštiti mentalnog zdravlja stanovništva bitno mijenja u smislu preusmjerenja korisnika na vanbolničku zaštitu, te se posljedično i očekuje preraspodjela kadra sa sekundarnog na primarni nivo zdravstvene zaštite.

Prema važećim normativima u primarnoj i preventivnoj zdravstvenoj zaštiti na 15.000 stanovnika treba obezbijediti tim koji sačinjava 1 specijalista (neuropsihijatar ili psihijatar), 1 medicinska sestra, 0,30 kliničkih psihologa i 0,25 socijalnih radnika. Odnosno za ukupno stanovništvo Crne Gore za potrebe zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja na primarnom nivou, neophodno je obezbijediti 41 specijalistu, 41 medicinsku sestru, 12 kliničkih psihologa i 10 socijalnih radnika.

Iskustva iz zemalja koje prevashodno zaštitu mentalnog zdravlja obavljaju u vanbolničkim uslovima, uz povremeno angažovanje stručnjaka iz hospitalnih ustanova (čiji

se potencijali, prema novoj inicijativi u Crnoj Gori, postepeno smanjuju), pokazuju da bi normativni kadrova (prema broju stanovnika) trebalo da izgledaju ovako:

- 1 specijalista (neuropsihijatar ili psihijatar) na 20 000-30 000 stanovnika
- 1 klinički psiholog na 20 000-30 000 stanovnika
- 1 socijalni radnik na 20 000-30 000 stanovnika i
- 1 medicinska sestra na 15 000 stanovnika.

Pri tome, važno je naglasiti da specijalisti koji će raditi u centrima za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja jedan dio svog radnog vremena moraju provesti u stacionarnoj ustanovi na svom području, u cilju praćenja svojih pacijenata i aktivnog učešća u njihovom kompletnom terapijskom tretmanu. Prema ovim podacima broj specijalista koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja mogao bi da zadovolji potrebe stanovništva Crne Gore, pod uslovom da se radi na boljoj teritorijalnoj preraspodjeli i jačanju uloge obučenih psihijatara, psihologa i socijalnih radnika koji bi mogli mnogo više da se bave preventivnim i terapijskim radom.

PREGLED PROSTORNIH I LJUDSKIH POTENCIJALA U OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA PO OPŠTINAMA U RCG

U *Opštini Andrijevice* živi 5 697 stanovnika. U Domu zdravlja Andrijevice radi 34 radnika, a od tog broja 6 je ljekara, pri čemu je jedan specijalista. Nema specijaliste koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja. Stanovništvu Andrijevice pružaće se usluge iz domena zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja pružaće se u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Berane.

Opština Bar broji 39 688 stanovnika. Zdravstvena zaštita stanovnicima ove Opštine pruža se u javnim zdravstvenim ustanovama i to: vanbolnička u Domu zdravlja, koji zapošljava 182 radnika, od čega 42 ljekara (32 ljekara specijalista) i bolnička zaštita u Opštoj bolnici Bar, koja zapošljava 220 radnika, od čega 35 ljekari. Raspolaže sa dva ljekara specijaliste (neuropsihijatra) i dva medicinska tehničara (sestre), koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja, a zaposleni su u Domu zdravlja.

Zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja u ove Opštine pružaće se stanovništvu u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Bar.

Opština Berane sa 34 791 stanovnikom ostvaruje vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Domu zdravlja koji ima 158 zaposlenih radnika, od čega su 33 ljekara (25 specijalista). Bolničku zdravstvenu zaštitu stanovništvo Berana ostvaruje u Opštoj bolnici, koja ima 211 zaposlenih radnika, a od toga 35 ljekara. Raspolaže sa jednim specijalistom psihijatrije, jednim psihologom i jednim socijalnim radnikom, kao i sa dva medicinska tehničara i jednim specijalno obučanim medicinskim radnikom za vođenje socio Th i TH zajednice, a svi oni se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja u Domu zdravlja Berane.

Zaštita mentalnog zdravlja obavljaće se u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Berane.

Opština Bijelo Polje ima 49 773 stanovnika, koji svoje zdravstvene potrebe zadovoljavaju u Domu zdravlja koji zapošljava ukupno 204 radnika (ljekara 43) i Opštoj bolnici Bijelo Polje sa 134 zaposlenih radnika, od čega su 24 ljekari. Raspolaže sa dva ljekara specijaliste neuropsihijatrije i jednim iz oblasti psihijatrije, jednim psihologom, jednim medicinskim tehničarem i sa dva radnika koja su obučena za vođenje socio Th i Th zajednice, iz domena zaštite mentalnog zdravlja.

Planirani Centar za zaštitu mentalnog zdravlja u Bijelom Polju omogućiće stanovnicima ove Opštine kvalitetnije realizovanje usluga iz domena zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja.

Opština Budva sa 15 671 stanovnikom vanbolničku zdravstvenu zaštitu dobija u Domu zdravlja koji ima 80 zaposlenih radnika (ljekara 25), a zaštitu mentalnog zdravlja dobijaće u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Kotor i Domu zdravlja Budva, koji raspolaže sa jednim specijalistom neuropsihijatrom(koji je konsultativni u DZ Cetinje, određenim danima) i sa jednim medicinskim tehničarem koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja.

Opština Danilovgrad broji 16 270 stanovnika i ima osiguranu vanbolničku zdravstvenu zaštitu na svojoj teritoriji (Dom zdravlja sa 72 zaposlenih, od čega 11 ljekara), dok će zaštitu mentalnog zdravlja dobijati u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Podgorica. Naravno da određenim danima u DZ Danilovgrad konsultativno ordinira specijalista neuropsihijatar i psiholog.

Opština Žabljak za stanovništvo (4 181) ima osiguranu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Zdravstvenoj stanici (23 zaposlenih, od čega 4 ljekara), koja gravitira Domu zdravlja Pljevlja, a Centar za zaštitu mentalnog zdravlja Pljevlja obezbjeđivaće zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja stanovništvu ove Opštine. Trenutno u Domu zdravlja Žabljak radi jedan specijalista neuropsihijatrije.

Opština Kolašin (9 871 stanovnik) na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja koji stanovnicima obezbjeđuje vanbolničku zdravstvenu zaštitu i u njemu radi 61 zaposleni radnik, a od tog broja 10 su ljekari. U Domu zdravlja postoji jedan ljekar na specijalizaciji iz psihijatrije. Zaštitu mentalnog zdravlja stanovništvo ove Opštine realizovaće u CZZMZ Podgorica.

Stanovništvo **Opštine Kotor** (ukupno 22 640) ima obezbijeđenu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Domu zdravlja (zaposlenih 100 radnika, ljekara 19), bolničku u Opštoj bolnici (zaposleno 114 radnika, ljekara 28), a planira se i formiranje Centra za mentalno zdravlje, koji će osiguravati usluge iz domena mentalnog zdravlja. U ovoj Opštini (Specijalna psihijatrijska bolnica) rade 9 specijalista neuropsihijatrije i 4 psihijatra, dva ljekara se nalaze na specijalizaciji, dva psihologa i 1 specijalista medicinske psihologije, 2 defektologa, 3 socijalna radnika, dva medicinska tehničara sa višom i 62 sa srednjom školskom spremom.

Opština Mojkovac broji 10 007 stanovnika. Dom zdravlja sa 65 zaposlenih radnika (ljekara 13) obezbjeđuje vanbolničku zdravstvenu zaštitu, dok će zaštitu mentalnog zdravlja stanovništvo ove Opštine realizovati u Centru za mentalno zdravlje Bijelo Polje. U Domu zdravlja Mojkovac radi jedan specijalista neuropsihijatrije i jedna medicinska sestra, iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja.

Opština Nikšić za 75 076 stanovnika ima obezbijeđenu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Domu zdravlja u kome rade 276 radnika (ljekara 58), bolničku zdravstvenu zaštitu u Opštoj bolnici koja zapošljava 205 radnika, od čega 51 ljekar, a planira se i organizovanje Centra za zaštitu mentalnog zdravlja.

Nikšić raspolaže (u Domu zdravlja i Opštoj bolnici) sa 5 specijalista neuropsihijatrije, jednim specijalistom psihijatrije, sa dva ljekara koji su na specijalizaciji, sa dva psihologa i jednim specijalistom medicinske psihologije, jednom sestrom sa višom i 10 sestara sa srednjom stručnom spremom, iz oblasti zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja.

Stanovništvo **Opštine Plav** (14 042) u Domu zdravlja realizuje vanbolničke zdravstvene potrebe (zaposlenih 83, od čega 23 ljekara), a iste iz domena mentalnog zdravlja ostvarivaće u Centru Berane. U Domu zdravlja Berane radi jedan specijalista neuropsihijatrije i jedna medicinska sestra, koji se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja.

Opština Plužine broji 4 269 stanovnika koji imaju osiguranu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Zdravstvenoj stanici (zaposleno 13 radnika, ljekara 2) teritorijalno vezanoj za Dom zdravlja Nikšić, a zaštitu mentalnog zdravlja ostvarivaće u CZZMZ Nikšić.

Stanovništvo **Opštine Pljevlja** (ukupno 35 724) ima obezbijeđenu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Domu zdravlja (zaposleno 143 radnika, ljekara 33), bolničku u Opštoj bolnici (zaposleno 104 radnika, a ljekara 20), a planira se i formiranje Centra za mentalno zdravlje, koji će osiguravati usluge iz domena mentalnog zdravlja. U Domu zdravlja Pljevlja zaposleni

su 1 specijalista neuropsihijatrije, jedan psiholog, jedan socijalni radnik i jedna medicinska sestra/tehničar iz oblasti zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja.

Najveća **Opština Podgorica** sa 168 600 stanovnika na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja sa nekoliko punktova u kojima radi ukupno 470 radnika, od čega su 128 ljekari. U Kliničkom centru Crne Gore, koji pruža zdravstvene usluge za stanovništvo cijele Republike, radi 1190 radnika, odnosno radi 252 ljekara. Centar za zaštitu mentalnog zdravlja Podgorica obezbjeđivaće zaštitu mentalnog zdravlja za stanovništvo ove i okolnih opština. U Podgorici (Domu zdravlja i Kliničkom centru Crne Gore rade 7 specijalista neuropsihijatrije, 4 specijalista psihijatrije i 3 ljekara na specijalizaciji, dva specijalista medicinske psihologije, jedan psiholog, 17 medicinskih sestara/tehničara, na poslovima i zadacima zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja.

Opština Rožaje ima 22 341 stanovnik i ima Dom zdravlja za zadovoljenje usluga iz domena primarne zdravstvene zaštite (zaposlenih 98, a ljekara 28), a Centar za zaštitu mentalnog zdravlja Berane pružaće usluge iz oblasti mentalnog zdravlja. Raspolaze sa jednim specijalistom (neuropsihijatar) koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja.

Opština Tivat (13 404 stanovnika) ima Dom zdravlja (zaposlenih 62, ljekara 19, od čega je jedan specijalista neuropsihijatrije), a u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Kotor stanovništvo Tivta dobijaće usluge iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja.

Opština Ulcinj (20 003 stanovnika) na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja koji stanovnicima obezbjeđuje vanbolničku zdravstvenu zaštitu (zaposlenih 85, ljekara 19), dok će zaštitu mentalnog zdravlja realizovati u Centru Bar.

Opština Herceg Novi (ukupno 32 889 stanovnika) na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja koji stanovnicima obezbjeđuje vanbolničku zdravstvenu zaštitu, dok će zaštitu mentalnog zdravlja realizovati u Centru Kotor. Raspolaze sa jednim specijalistom neuropsihijatrije, jednim psihologom i jednom medicinskom sestrom/tehničarem koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja.

Opština Cetinje, za svojih 18 380 stanovnika na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja koji stanovnicima obezbjeđuje vanbolničku zdravstvenu zaštitu (zaposlenih 108, ljekara 20), Opštu bolnicu za zadovoljenje bolničkih zdravstvenih potreba (zaposlenih 116, ljekara 26). U Domu zdravlja Cetinje rade jedan specijalista neuropsihijatrije, jedan psiholog i jedna medicinska sestra/tehničar na poslovima zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja. Stanovništvo Cetinja će zaštitu mentalnog zdravlja realizovati u CZZMZ Podgorica.

Najmanja **Opština** u Republici **Šavnik** sa 2 941 stanovnikom ima osiguranu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Zdravstvenoj stanici (zaposlenih 13 radnika, od čega 2 ljekara), vezanoj za Dom zdravlja Nikšić, te će i zaštita mentalnog zdravlja stanovništvu ove Opštine biti pružana u Centru Nikšić.

Ljudski resursi koji su uposleni u institucijama mentalnog zdravlja u prethodnom periodu prošli su niz dodatnih edukacija iz oblasti psihoterapije, kratkih seminara za ovladavanje tehnikama u radu sa pojedinim kategorijama pacijenata i dr. Pregledom postignutih naučnih zvanja, stiče se utisak da i u ovome segmentu nastoje da kompenzuju probleme funkcionisanja, tako da imamo 2 doktora nauka, 5 primarijusa. Takođe, može se zaključiti da indikativan broj zaposlenih, bez obzira na formalno postignuti nivo

obrazovanja, raspolaže znanjem nekog od stranih jezika (engleski, ruski, francuski i njemački jezik), kao i da je znatan broj uposlenih koji izražavaju spremnost za daljim usavršavanjem i edukacijom.

U prethodnom periodu navedene podatke značajno potkrepljuje i činjenica da su uposleni u institucijama za zaštitu mentalnog zdravlja u RCG bili ne samo učesnici već i inicijatori mnogih projekata u oblasti zaštite mentalnog zdravlja vulneabilnih kategorija djece, žena, starih, kategorije sa posebnim potrebama koje su podržavali: UNICEF, UNHCR, SAVE THE CHILDREN, DANSKI SAVJET, SAVJET EVROPE, SOROSH, SCF, WHO i dr..

Nevladine organizacije kao model komunalne psihijatrije

Pluralizacija crnogorskog društva rezultirala je nastankom velikog broja NVO. Svijest o toj činjenici, kao i vrijednostima koje bi trebalo da predstavljaju takve spontano organizovane društvene grupe, tj. percepcija mjesta i uloge NVO u konceptu razvoja komunalnog modela zaštite mentalnog zdravlja, biće dijelom osvijetljena kroz prikaz rezultata CRNVO iz 2001, a dijelom iz istraživanja 2003. godine. Tendencija formiranja NVO, stekla je pravo građanstva i kod nas, gdje inicijativa potiče od nevladinih kreativnih profesionalnih ili poluprofesionalnih grupa i udruženja obezbjeđujući suportativan i originalan aktivizam za neku zdravstvenu ili socijalnu potrebu. Segmenat NVO, koje se bave socio humanitarnim radom, a njih je u RCG 103, mogu se podijeliti u sljedeće oblasti: unapređenje i promocija mentalnog zdravlja, zaštita mentalnog zdravlja i prevencija maladaptivnih oblika ponašanja (alkoholizam, narkomanija) i onih koje svoju djelatnost realizuju kroz intervencije u kriznim i stresnim situacijama kroz psihosocijalnu pomoć pojedincu i porodici.

Ispitivanje potvrđuje da institucionalni psihijatrijski segment zdravstvene zaštite i NVO mogu postojati uporedo i dopunjavati se, dajući bolje efekte u cilju podizanja kvaliteta života mentalnih bolesnika. Povezivanje i intersektorska saradnja (institucionalna i vaninstitucionalna) doprinosi razvoju alternativne komunalne orijentacije u psihijatriji. Kao krajnji cilj je humanizacija okruženja mentalnih pacijenata, poboljšanje i racionalizacija usluga pacijenata, destigmatizacija mentalnih oboljenja.

Prilog 3

7.2.1. Profil zemlje

U Crnoj Gori, prema procjeni za 2002. godinu, živi 665 280 stanovnika, od čega 330 984 muškaraca i 334 296 žena. Prema popisu iz 1991. godine, broj stanovnika iznosio je 615 035, što znači da je ukupan broj stanovnika na godišnjem nivou rastao po stopi od 0,6%. Prema projekciji stanovništva za narednih 20 godina predviđa se lagano smanjenje stope rasta, koja bi 2020. godine dostigla nivo rasta od 0,2%.

Proces demografske tranzicije, koji je u Crnoj Gori počeo kasnije od zemalja zapadne i sjeverne Evrope, ali i nekih republika bivše Jugoslavije, uslovljen je društvenom, ekonomskom i političkom situacijom i posljednjih decenija bio je usporen političkom i ekonomskom krizom i ratnim okruženjem. Ipak, natalitet je u stalnom procesu pada u posljednjih sedam decenija uz kontrolisani fertilitet u brakovima. Bilježi se pad smrtnosti, naročito mortaliteta odojčadi, promjene u starosnoj strukturi stanovništva, kao posljedica demografskog procesa starenja, promjene u ekonomskoj i socijalnoj strukturi stanovništva. Prema najnovijim raspoloživim podacima nacionalne statistike, u 2001. godini stopa nataliteta bila je 13,3, stopa mortaliteta 8,2 a stopa prirodnog priraštaja 5,1.

Pod uticajem demografske tranzicije struktura stanovništva se mijenja sa laganom tendencijom starenja, naročito u ruralnim područjima, a sedam opština na području Republike bilježi negativan priraštaj stanovništva. Učešće lica starih 65 godina i više prelazi 11 procenata ukupnog stanovništva, a prosječna starost stanovništva se procjenjuje preko 35 godina - 34 godine za muškarce i 36,6 godina za žene, prema čemu se populacija može smatrati starom. U sjevernom, ekonomski nerazvijenijem, regionu i u pojedinim opštinama stanje je daleko nepovoljnije od stanja na nivou zemlje.

Ukupan broj zaposlenih u Crnoj Gori u 2002. godini bio je 113 827. Na evidenciji Zavoda za zapošljavanje Crne Gore u 2002. godini nalazilo se 80 584 lica. Odnos broja zaposlenih i nezaposlenih, prema zvaničnoj evidenciji je 1:1,4. Stopa zaposlenosti u periodu 1990 – 2002. godine padala je u prosjeku 2,9% godišnje.

Stopa nezaposlenosti (izračunata prema metodologiji ILO) u Crnoj Gori za isti period, prema zvaničnim podacima, posmatrana kroz odnos broja nezaposlenih i broja aktivnog stanovništva bila je 30,4% (20,6% kod muškaraca i 40,4% kod žena). Osnovne karakteristike nezaposlenosti u Crnoj Gori su: nepovoljan odnos broja zaposlenih i nezaposlenih, nepovoljniji položaj žena u mogućnosti zapošljavanja, dugo čekanje na zaposlenje, neusklađenost mogućnosti zapošljavanja po regionima, visoko učešće “rada na crno”, o kojem ne postoje validni podaci i visoko učešće tzv. tehno-ekonomskih viškova.

U 2000. godini u javnim ustanovama za djecu i omladinu bilo je smješteno ukupno 567 štićenika. U javnim ustanovama za smještaj djece lišene roditeljskog staranja bio je smješten 151 štićenik. U javnim ustanovama za zbrinjavanje djece i omladine ometene u psiho-fizičkom razvoju bilo je smješteno 390 štićenika, dok je u javnim ustanovama za vaspitno zapuštenu djecu i omladinu bilo smješteno 26 štićenika. Na kraju 2001. godine, 9.639 djece iz porodica korisnika MOP-a (materijalnog obezbjeđenja porodica) koristilo je dječji dodatak.

Neraspolaganje oficijelnim podacima o broju djece na ulici, beskućnicima i slučajevima trgovine djecom ne znači da ih nema već da je ovaj segment teško pratiti i evaluirati

Populacija u zatvorima po raznim osnovama u Crnoj Gori, prema podacima Ministarstva pravde, kreće se oko 450 lica. Tokom 2001. godine je osuđeno za krivična djela 2004 punoljetna lica, od čega 8,1% žena, i 101 maloljetno lice, od čega 3,0% žena.

Prema podacima Komesarijata za raseljena lica u Crnoj Gori živi 43 116 raseljenih i izbjeglih lica, što čini oko 6,5% od ukupnog broja domicilne populacije ili 6,1% ukupne populacije. U Podgorici je smješteno oko 28% od njihovog ukupnog broja.

7.3. Kratak pregled sadašnjeg stanja u institucijama mentalnog zdravlja RCG

7.3.1. Kapaciteti za liječenje mentalnih bolesti

Liječenje oboljelih od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja obavlja se u javnim zdravstvenim ustanovama Crne Gore. Vanbolnička zaštita obavlja se u savjetovalištim, dispanzerima mentalnog zdravlja koji su u osnivanju ili nepotpuni, psihijatrijskim ambulantama, u okviru domova zdravlja i privatnoj psihijatrijskoj praksi. Jedinice stacionarnog liječenja psihijatrijskih bolesnika nalaze se u:

- Specijalnoj bolnici za liječenje psihijatrijskih bolesnika Dobrota koja ima ukupno 252 kreveta
- Kliničkom centru Crne Gore Podgorica - Psihijatrijska klinika sa 40 kreveta
- Opštoj bolnici Nikšić - Psihijatrijska bolnica sa 30 kreveta
- **UKUPNO-----323 kreveta**

Navedeni podaci su dobijeni istraživanjem na terenu, pri čemu su direktno iz bolničkih službi dobijeni podaci, a istraživanje je rađeno u toku 2003. godine.

7.3.2. Pokazatelji opterećenosti kadra u jedinicama za liječenje mentalnih bolesti

Prema podacima dobijenim istraživanjem na terenu, na 100 000 stanovnika Crne Gore imamo specijalista psihijatrije 1,66, specijalista neuropsihijatrije 4,7, psihologa 1,5, specijalista medicinske psihologije 0,6, socijalnih radnika 1,05 i defektologa 0,3.

Kadrovski normativi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti predviđaju da na 15 000 stanovnika u timu za zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja bude 1 ljekar specijalista, 1 medicinska sestra, 0,30 kliničkih psihologa (ili 1 klinički psiholog na 50 000 stanovnika) i 0,25 socijalnih radnika (ili 1 socijalni radnik na 60 000 stanovnika).

Podaci o postojećem kadru ukazuju da je opterećenost specijalista psihijata značajno iznad predviđenih normativa.

7.3.3. Pokazatelji morbiditeta duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja

7.3.3.1. Alkoholizam

Problem neumjerenog konzumiranja alkohola naročito je istaknut kod mladih ljudi oba pola, sa intenzivnijim rastom kod djevojaka. Prema najnovijim raspoloživim podacima, alkohol konzumira stalno ili povremeno 55% mladih od 15 do 30 godina. Nekoliko puta godišnje se napije 11% mladih od 12 do 18 godina, 60% mladića i 14% djevojaka od 19 do 30 godina. Zabrinjavajuće je što 4,3% mladih od 12 do 18 godina života već pokazuje znakove zavisnosti od alkohola.

U Crnoj Gori tokom 2001. u bolničkim ustanovama od poremećaja uzrokovanih upotrebom alkohola (F10 po MKB-10) liječeno je 240 muškaraca tokom 6.212 bolnička dana i 25 žena tokom 1.354 bolesnička dana (u Podgorici 30/476 muškarci i 3/34 žene).

7.3.3.2. Morbiditet nastao usljed upotrebe psihoaktivnih supstanci

U toku 2001. godine u Crnoj Gori registrovano je 69 slučajeva trovanja psihoaktivnim supstancijama u vambolničkom i 7 u bolničkom morbiditetu.

Neki pokazatelji ukazuju na porast broja zavisnika od PAS-a sa tendencijom snižavanja uzrastne granice.

Pored navedenih, u toku 2001. godine zabilježene su sljedeće stope duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja:

7.3.3.3. Morbiditet duševnih poremećaja u bolničkim ustanovama

U bolničkim službama Crne Gore registrovano je ukupno 1.800 slučajeva duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja, stopa morbiditeta iznosila je 2692,2 na 100 000 stanovnika Crne Gore. Najzastupljenija oboljenja u ovoj grupi bila su šizofrenija, šizopatski poremećaji, sumanutni poremećaji, koji su u opštoj strukturi svih duševnih poremećaja učestvovali sa 45,9%, zatim poremećaji raspoloženja sa učešćem od 16,1% i na trećem mjestu duševni poremećaji uzrokovani alkoholom 14,7%, a odmah potom slijede duševni poremećaji izazvani drogom. Od ukupnog broja liječenih u bolnicama muškaraca je bilo 61,2%. Najviše oboljelih bilo je u starosnoj grupi od 40 do 49 godina (27,3%), zatim od 30 do 39 godina (22,1%), potom od 20 do 29 godina (18,2%) i od 50 do 59 godina (17,9%), što ukazuje da je najveći broj hospitalizovanih bolesnika, usljed duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja, bio radno sposoban (preko 80%).

Trend kretanja duševnih poremećaja u periodu od 1997. do 2003. godine ukazuje da nema statistički značajnih promjena u broju liječenih od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u stacionarnim ustanovama Crne Gore za navedeni period, što se može vidjeti iz prikazanog grafikona

Ukupan broj ostvarenih bolesničkih dana pri liječenju mentalnih bolesti iznosio je 58.028 ili prosječno po jednom oboljenju 32,2 dana, što ukazuje da je dužina

hospitalizacije kod ovih bolesti jako duga. Najduže su liječene šizofrenija i šizopatski i sumanuti poremećaji, u prosjeku 41,7 dana. Duševni poremećaji uzrokovani alkoholom prosječno su liječeni 28,5 dana, poremećaji raspoloženja 27,5 dana, dok su duševni poremećaji izazvani drogom i neurotski poremećaji liječeni u prosjeku 13,2 dana. U odnosu na sva ostala oboljenja koja se liječe stacionarno, duševni poremećaji i poremećaji ponašanja imaju najveću dužinu hospitalizacije.

Zauzetost postelja namijenjenih za liječenje duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja iznosila je 122,7 dana u toku godine, što ukazuje da su postelje bile slobodne relativno dug vremenski period. Broj postelja dobijen na osnovu izvještaja iz službi za stacionarno liječenje ove grupe bolesti ukazuje da je zauzetost iznosila 155,6 dana u toku 2001. godine.

7.3.3.4. Morbiditet duševnih poremećaja u vanbolničkim ustanovama

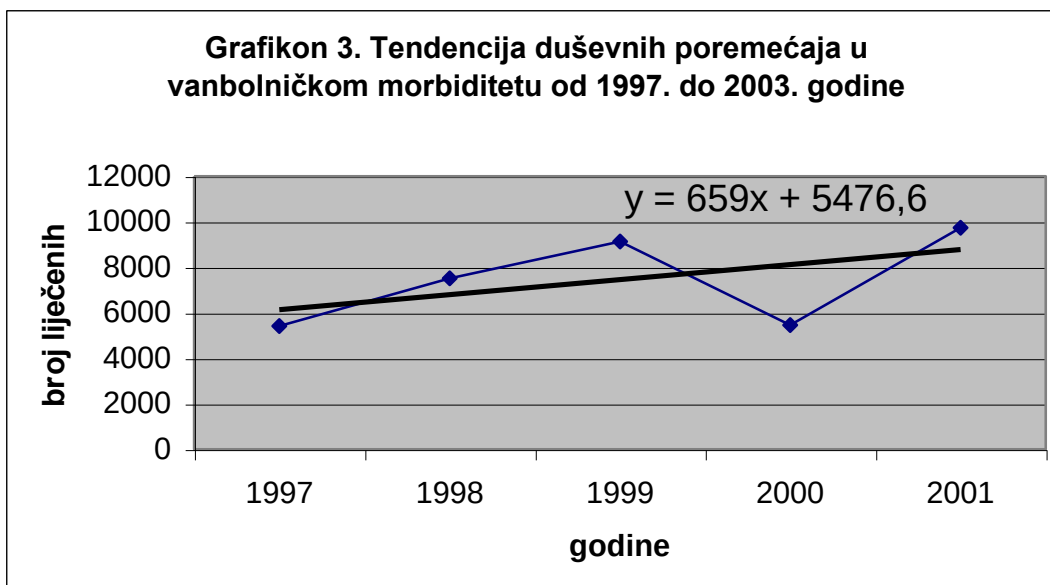
U vanbolničkim službama registrovano je ukupno 9.739 slučajeva duševnih poremećaja sa stopom morbiditeta 1456,7 na 100 hiljada stanovnika Crne Gore.

Najzastupljenija oboljenja iz ove grupe bili su neurotski, stresogeni i somatoformni poremećaji sa stopom morbiditeta od 542,6, zatim slijede šizofrenija, šizopatski poremećaji, sumanuti poremećaji (stopa morbiditeta 399,0) i na trećem mjestu poremećaji raspoloženja sa stopom morbiditeta 288,4. Najveći broj registrovanih slučajeva duševnih poremećaja i poremećaja raspoloženja bio je u službi opšte medicine 63,1%, a zatim u službi medicine rada 32%. U službi za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske djece liječeno je 463 djece i najzastupljenija oboljenja bila su drugi duševni poremećaji i poremećaji ponašanja.

Promjene u broju liječenih od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja od 1997. do 2003. godine prikazani su na grafikonu 2.

Na prikazanom grafikonu zapaža se izražena tendencija povećanja broja liječenih pacijenata od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u jedinicama primarne zdravstvene zaštite, sa kritičnim periodom u 2000. godini, kada je broj liječenih bio značajno manji u odnosu na prethodni period, kao i godinu koja je slijedila iza, odnosno 2001. godinu.

Podaci su dobijeni iz registrovanog bolničkog morbiditeta



Na tabeli 2 prikazan je ukupni morbiditet od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u Crnoj Gori (zajedno vanbolnički i bolnički), kao i po strukturi najzastupljenijih oboljenja iz ove grupe. Osim toga, prikazane su i stope morbiditeta, procentualno učešće duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u ukupnom morbiditetu Crne Gore, kao i procentualno učešće pojedinih komponenti ove grupe oboljenja u strukturi same grupe.

Tabela 2. Ukupni morbiditet (vanbolnički i bolnički) u Crnoj Gori od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja za 2001. godinu

OBOLJENJE	BROJ SLUČAJEVA	STOPA MORBIDITETA	UČEŠĆE
DUŠEVNI POREMEĆAJI I POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA	11539	1725,9	18,8%
Neurotski, stresog. poremećaji	3730	557,9	32,3%*
Šizofrenija	3494	522,6	30,3%*
Poremećaji raspoloženja	2217	331,6	19,2%*