

**Доц. д-р Иван Трајков**

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“

Филозофски факултет

Институт за социјална работа и социјална политика

## **Децентрализација на здравствената заштита во делот на менталното здравје - отпочнување на процесот на дехоспитализација**

### Резиме

Согледувањето на проблемите и негативностите на централизираниот систем на ментално здравствената заштита отвори можност за отпочнување на реформи во оваа област кои значеа децентрализација на заштитата и деинституционализација/ дехоспитализација на лицата со психички расстројства, нивно враќање во природната средина - заедницата и продолжување на лекувањето и грижата во рамките на оваа средина. Дехоспитализацијата посебно се фокусира на реинтегрирањето на корисниците на ментално-здравствените услуги во општеството, на нивно трансформирање од пациенти, во корисници на ментално-здравствена заштита и нивното повторно вклучување во општеството. Всушност, визија на дехоспитализацијата и психосоцијалната рехабилитација е во целост да обезбеди враќање на пациентот во општеството, негова социјална инклузија, преку: сензибилизација на локалните власти, создавање нови законодавни прописи, надминување на старите азили, воспоставување сеопфатни служби за ментално здравје во заедницата.

Психосоцијална рехабилитација, исто така, значи и активирање на ресурсите на заедницата, вклучување на семејствата во процесот на рехабилитација, развивање индивидуални програми за рехабилитација, заедно со корисниците на рехабилитацијата.

Дехоспитализацијата претставува алтернатива на класичната, хоспитална ментално-здравствена грижа. Развивањето концепт за здравствена заштита во менталното здравје во заедницата, којшто претпоставува сеопфатна ревизија на постојните психијатриски служби насочени кон воспоставувањето потесни врски со корисниците во заедницата, истовремено со лесен пристап,

зголемен квалитет на услуги и подобра социјална интеграција и намалување на стигмата, претставува императив на денешното време.

Целта на овој приод е подобар квалитет на услугите и квалитативно подобро унапредување и превенција во менталното здравје.

**Клучни зборови** - дехоспитализација, децентрализација, психосоцијална рехабилитација

*Добра душевна болница е онаа која е празна,  
а добра ментално-здравствена служба е онаа која е полна со клиенти...*

**Франко Ротели**

Согледувањето на проблемите и негативностите на централизираните системи на ментално-здравствената заштита отвори можност за отпочнување реформи во оваа област кои значајно децентрализација на заштитата и деинституционализација/ дехоспитализација на лицата со психички растројства, нивно враќање во природната средина - заедницата и продолжување на лекувањето и грижата во рамките на оваа средина. Дехоспитализацијата посебно се фокусира на реинтегрирањето на корисниците на ментално-здравствените услуги во општеството, на нивно трансформирање од пациенти, во корисници на ментално-здравствена заштита и нивното повторно вклучување во општеството.

Всушност, визија на дехоспитализацијата и психосоцијалната рехабилитација е во целост да обезбеди

враќање на пациентот во општеството, негова социјална инклузија, преку: сензибилизација на локалните власти, создавање нови законодавни прописи, надминување на старите азили, воспоставување сеопфатни служби за ментално здравје во заедницата.

Психосоцијалната рехабилитација значи, исто така, и активирање на ресурсите на заедницата, вклучување на семејствата во процесот на рехабилитација, развивање индивидуални програми за рехабилитација заедно со корисниците на рехабилитацијата.

Едно од прашањата во врска со деинституционализацијата е времетраењето на овој процес. Статополос смета дека процесот на деинституционализација треба да се одвива во период од дваесетина години минувајќи низ неколку фази. Во првата фаза, која би траела подолго

од една година од промовирањето на самиот процес, би се надминало основното стравување и приговори за самиот процес. Во втората фаза, која би траела од четири, до осум години, би се подготвиле законските акти во државата со кои би се поддржал самиот процес. Во третата фаза, која, исто така, би траела четири до осум години, би се развиле сите услуги кои имаат за цел да ги задоволат различните потреби на луѓето за нивната социјална, резиденцијална и стручна интеграција во општеството. Последната фаза вклучува стабилизација на промените во системот на испорака на услугите. Во врска со времетраењето на процесот на деинституционализација, истиот автор ја истакнува потребата од внимателност во реализацијата на овој процес и укажува на тоа дека сите напори што би се направиле за забрзување на овој процес по пат на преземање предвремени чекори, би можело да доведе до нарушувања и сопирање на целиот процес (според Петров и сор. 2004, стр.46-47).

Следното прашање е во врска со позитивните и негативните страни на процесот на деинституционализација и заштитата на лицата со ментални растројства во заедницата. Голдман (Goldman, 1998) го поставува прашањето за поврзаноста помеѓу ментално-здравствената политика и ре

-ализацијата на процесот на деинституционализација. Наведувајќи податоци за недостатоците на реализацијата на процесот на деинституционализација во САД и Обединетото Кралство, тој истакнува дека според медиумите и професионалната литература која го рефлектира јавното мислење, политиката на менталното здравје за деинституционализацијата и заштитата во заедницата се несоодветни. Евиденцијата содржи висок процент на бездомници помеѓу лицата со ментално растројство, зголемена инциденција на насилството, зголемена злоупотреба на алкохол и други средства на зависност, евидентна диспропорционалност во бројот на вработени кај индивидуите кои биле во контакт со сервисите за ментално здравје, запуштеност на домовите во кои живеат. итн. Дали е ова вистинита перцепција, прашува авторот. Доколку е, дали се тоа недостатоци на деинституционализацијата и политиките на ментално-здравствената заштита во заедницата<sup>1</sup>, или тие ги репрезентираат недостатоците на широкиот сет на политиките на социјална заштита<sup>2</sup> која за индивидуите со сериозна перзистенција на ментална болест, всушност, е штетна (стр. 219-222). Според авторите Carling (1992); Ridgway et. All (1988); Rose (1996), пациентите изјавуваат дека тие ја преферираат заштитата во

<sup>1</sup> Под „ментално-здравствена политика“ авторот подразбира сет од специфични прописи кои ја регулираат грижата и третманот на лицата со ментални растројства. Тие се под директна контрола на државата и локалната власт, одговорните за ментално здравје, различни учесници од приватниот сектор, како што се провајдери и менаџери.

<sup>2</sup> Под „политика за социјална заштита“ се подразбира сет од генерални политики за регулирање на придобивките од основната заштита и придобивките од сервисите, како што е поддршката од општата популација.

заедницата пред институцијата. Тие би сакале да живеат независно во куќа, да партиципираат на пазарот на трудот, да учествуваат во планирањето на нивното лекување и рехабилитација, а не да бидат само информирани. Претпоставка за тоа е успешната деинституционализација и соодветно организираната заштита во заедницата.

Голдман (2002) смета дека без соодветна политика за имплементација на системот на деинституционализација, научените лекции од минатото за грижата во заедница и без соодветен систем на социјална заштита кој дава поддршка на сервисите - придобивките од деинституционализацијата и заштитата во заедницата, континуирано ќе бидат недоволно реализирани и надежите на луѓето со сериозни ментални растрој-

ства ќе бидат незадоволени.

На крајот од ова излагање може да се заклучи: дехоспитализацијата претставува алтернатива на класичната, хоспитална ментално-здравствена грижа. Развивањето концепт за здравствена заштита во менталното здравје во заедницата, којшто претставува сеопфатна ревизија на постојните психијатриски служби насочени кон воспоставување потесни врски со корисниците во заедницата, истовремено со лесен пристап, зголемен квалитет на услуги и подобра социјална интеграција и намалување на стигмата, претставува императив на денешното време.

Целта на овој приод е подобар квалитет на услугите и квалитативно подобро унапредување и превенција во менталното здравје.

## **Меѓународни искуства од имплементацијата на процесот на деинституционализација**

Потребата од дехоспитализација и психосоцијална рехабилитација на корисниците во заедницата, во светот е присутна подолго од четири децении, и веќе е започната поодамна со видливи резултати во САД и голем број земји во Европа.

### **САД и европските земји**

Опширен преглед за праксата и развојот на дехоспитализацијата во различни земји даваат Thornicroft & Bebbington (1989) и O'Driscoll (1939)

(според Голдман, 2002). Според нив, бројот на психијатриски пациенти во болниците во САД и Англија го достигна својот максимум во средината на 50-тите години. Изразено во апсолутни бројки, во САД бројот на хоспитализирани психијатриски пациенти (ин-пациенти) од 558.900 во 1955 година падна на 132.164 во 1980 година (Scull 1984 според Thornicroft & Bebbington 1989, стр. 82). Во САД, во период од 25 години, бројот на психијатриски пациенти на стационарно лекување се намалил за 24%.

Како последица на мерките за дехоспитализација, во САД се јавија нови проблеми, пред сè, како резултат на тоа што многу пациенти беа отпуштани без нивната неопходна подготовка, надвор од клиниките остануваа без никаква терапија и нега и еден дел од нив, кој не е за запоставување, стануваа бездомници (преглед кај Fischer & Breakey, 1986, стр. 87).

### Англија

Во Англија, филозофијата за нормализација на животот на лицата со ментални растројства и хуманизација на односот кон нив, резултирала во одлука на Парламентот за затворање на психијатриските болници и вклучување на пациентите во заштитни заедници. Во последните три децении, во Англија посебен акцент се става на:

- Донесување антидискриминаторска легислатива која ги регулира правата на лицата со тешкотии во развојот и функционирањето;
- Развој на едукативна интеграција на овие лица во подрачјето на вишото и високото образование.

Во Англија, во 1954 година во болниците престојувале 148.100 психијатриски пациенти, според Tooth & Brooke (1961) а, пак, во 1985 година имало само околу 64.000 пациенти, според резултатот на Audit Commission (1986) (цитирано според Thornicroft & Bebbington, 1989, стр. 84).

Во оваа земја, како резултат на процесот на дехоспитализација во пе-

риод од 30 години, бројот на психијатриски пациенти на стационарно лекување се намалил дури за 44 %. Овие бројки се доказ за длабочината на структурните промени на системот за психијатриско згрижување во Англија и покажуваат колку пациенти биле заsegnати со промените. Причина за намалувањето, односно затворањето на психијатриските болници во Англија беше тоа што тие беа прекумерно полни, што доведе до неодржлива состојба и во крајна инстанца ги присили одговорните во политиката да преземат соодветни дејства.

Како алтернатива на затворените институции, се развиваат услови за сместување на децата во згрижувачки семејства и возрасните во заштитни домови.

Според податоците од Министерството за здравство на Англија, во последните триесеттина години дошло и до значително преминување на лицата со поголеми тешкотии во развојот од специјалните болници, во дом-семејства (згрижувачки семејства), како и сместување во станбени заедници во локалната средина. Така, во 1969 година во специјалните болници престојувале околу 60.000 лица со тешкотии, околу 6.000 од нив биле опфатени со други форми на сместување, додека згрижувачките семејства воопшто не постоеле. Меѓутоа, состојбата во 1992 година покажува дека околу 25.000 од овие лица биле опфатени со институционален третман, а 35.000 биле вклучени во заедницата преку разни форми на сместување во локалната средина.

## Италија

Нешто подоцна, во однос на англо-американските земји, во 70-тите години во Италија со донесувањето на легендарниот Закон 180, започна ерата на деинституционализација. Во тој Закон беше утврдено дека повеќе не смеат да се прифаќаат нови пациенти во големите државни психијатриски клиници. Трајно хоспитализираните пациенти во болниците можеа да останат понатаму како „гости“. За релативно кратко време беа отпуштени голем број психијатриски пациенти делумно и заради еден антипсихијатриски став со кој на болниците им се етикетира функцијата на азил и се бараше нивно целосно укинување. За да се изврши емпириски фундирано вреднување на овие мерки недостасуваат студии за евалуација кои би ги исполнувале минималните методски стандарди и кои опфаќаат не само структурно ориентирани, туку и карактеристики поврзани со пациентите. Преглед на постојните студии даваат Bollini & Mollica (1989). Како што со право критикува O'Driscoll (1989), се чини дека поголемиот број вистински трајни пациенти биле етикетираны како „гости“, а со тоа и исклучени од понатамошна опсервација.

Италијанскиот Закон од 13.05.1978 година ги истакнува следниве принципи:

- Секој има право на здравје и заштита. Лекувањето треба да биде доброволно, и кога тоа е возможно, да го обезбедуваат службите во заедницата. Кога ќе се примени неформално лекување надвор од болниците и кога тоа не е успешно

и нема да се добие согласност за лекување, тогаш може да се разгледува присилно медицинско лекување во службите за заштита и дијагностицирање во општа болница.

- Законот, исто така, предвидува во текот на присилното медицинско лекување, лекарот да мора да се обиде да добие согласност од пациентот за неговото лекување;
- Првенствено, превенцијата, лекувањето и рехабилитацијата мораат да се извршуваат во установи надвор од болницата, исто така не смее да се дозволи нов прием во болниците.

Трст е практичен пример како италијанското движење го постигна процесот на деинституционализација на постојните институции. Во другите земји таквата ситуација се толкува како дехоспитализација, односно редукција на бројот на болнички легла и одземање на ресурсите од институцијата. Кога е во прашање Трст, тоа бил сложен процес кој резултирал со:

- Постепена релокација на економски и човечки ресурси од менталните болници, во центрите за ментално здравје;
- Голема промена во условите за живот на пациентите, нудејќи им можност за алтернативно сместување надвор од болниците;
- Критичен став кон хиерархиската општествена организација која е укината и заменета со флексибилна организација;

- Критичен став кон традиционалната психијатриска идеологија и длабока промена во оперативната филозофија која се заснова врз интервенција за поддршка на основните потреби на пациентите.

Последица на реформираниот Закон, кога е во прашање квантитетот, е редуцијата на задолжителните приеми во психијатриските болници. Бројот на приеми во 1997 година е намален за 60% во однос на 1978/79 година. Со усвојување на Законот, пациентите станаа еднакви пред Законот, како и другите граѓани. Со затворањето на болниците, пациентите се пренасочуваат во заштитни домови во заедниците, кои, главно, се групни станови за 6-8 члена. Нив ги надгледуваат медицински сестри од центрите за ментално здравје, или волонтерски организации. Исто така, многу важни се и социјалните сервисии кои ги вработуваат поранешните пациенти: во земјоделството, градежништвото, одржувањето хигиена, транспортот, туризмот.

Важни показатели за успехот на спроведените реформи се: намалувањето на рецидивизмот, намалување на стапката на самоубиства и смртност кај клиентите - поранешните пациенти. Се јавуваат фундаментални промени во ставовите кај јавноста - општо е прифатено размислувањето дека менталната болница ѝ припаѓа на минатото и таа повеќе не е прифатлива, дури е и нехумана.

Во Италија, психијатриските болници се затворени до 1997 година

како резултат на измените во Законот и се забранува изградба на нови психијатриски болници. Треба да се нагласи дека во Италија, рехабилитацијата и реинтеграцијата во заедницата на долгогодишните пациенти е многу поефективна во споредба со било која друга западноевропска земја.

#### Франција и Шпанија

Земајќи го примерот од Италија, во Франција и во Шпанија е започнат процес на имплементација на реформите, кој сè уште трае. Покрај мрежата на центри за ментално здравје, постојат неколку психијатриски болници, со тенденција и тие да се затворат. Но, за да се затворат психијатриските болници, потребно е да се направи нова стратегија за прифаќање на лицата со ментални проблеми, што не беше и случај во Соединетите Американски Држави.

Успешното спроведување на дехоспитализацијата се проценува и преку намалениот број кревети во психијатриските болници.

Истражувањето на Rössler, Salize, Biechle и Riecher-Rössler (1984) во кое ги споредуваат коефициентите на кревети (кревети на 1.000 жители) во девет европски земји во годините од 1989 до 1991, покажува дека на врвот се Луксембург и Белгија со 2.6, односно 2.08 кревети/1.000 жители, СР Германија, старите покраини, со 1.43 е на седмо место. Најнизок коефициент има Италија, со 0.55 кревети, при што авторите посочуваат дека треба да се вклучат и околу 17.000 кревети кои се наоѓаат во приватни психијатриски болници, што би довело до коефициент

споредлив со европските.

И во повеќето други земји од Средна и Западна Европа е покренат процесот на намалување на бројот на болнички кревети и постепено затворање на психијатриските болници.

Според сите досегашни искуства од државите каде се спроведени, или се спроведуваат реформи во психијатриската служба, во иднина бројот на психијатриски хоспитализации и кај нас ќе биде драстично намален поради подобро функционирање на вон-болничката психијатриска мрежа. Тоа

ќе го намали и бројот на болничките легла потребни за акутна болничка психијатриска нега. Придржувањето кон легислативата, која во иднина точно ќе ја определи должината на психијатриските хоспитализации, дополнително ќе ја намали потребата од болнички легла за психијатриски хоспитализации.

Македонскиот модел на реформи во менталното здравје може да стане реалност само преку организирани напори на заедницата и на секој учесник поединечно.

## **Деинституционализација во областа на ментално-здравствената заштита во Република Македонија**

Во период од, скоро, четири децении, како што претходно се истакна, во голем број европски земји процесот на реформирање на системот за ментално-здравствена заштита се одвиваше брзо, покажувајќи ги позитивните страни на тој процес. Како резултат на реформите, гломазните психијатриски болници веќе се минато во значаен број земји (Англија, Италија), значајно е променет начинот на лекување, условите за живот и начинот на живот, односот кон лицата со психички растројства.

За разлика од овие земји, во Македонија отпочнатите реформи пред триесет години останаа на исто ниво сè до 2000-тата година. Во овој период, како поддршка на реформите во менталното здравје на Министерството за здравство од страна на Светската здравствена орга-

низација - СЗО, канцеларија во Скопје, а во рамките на проектот за ментално здравје во заедницата, формирани се четири центри за ментално здравје во заедницата (ЦМЗ) во четири града: Скопје (ЦМЗ „Пролет“), Тетово, Гевгелија и Прилеп. Четири години подоцна (2004), со поддршка на регионалниот проект на Пактот за стабилност за ментално здравје, формирани се уште два ЦМЗ, во Скопје и Струмица.

Во рамките на реформирањето на болниците, во состав на Специјалната психијатриска болница Скопје е отворен заштитен дом (хостел). Мора да се истакне дека отворањето на центрите за ментално здравје е поврзано и е дел од болничките реформи, бидејќи тие сè уште се во поголем број единици на тие болници.



На овој начин, центрите за ментално здравје почнаа да ја менуваат сликата во заштитата на менталното здравје и да ги насочуваат активностите кон потребите на заедницата. Тие вклучија дневна нега со окупациска терапија, заштитни домови со транзиционен период на живеење, социјален клуб и мобилен тим за домашна нега и посети. Истовремено, основано е заштитно здружение за професионална рехабилитација на корисниците и нивно вработување со пристап на пазарот на трудот. Во овие активности учествуваат и соодветни НВО, чијашто основна улога е да даваат поддршка на корисниците и на членовите на нивните семејства.

Заштитното домување и денес се наоѓа на почетокот на сопствената реформа, но, сепак, функционира. Постојат 5 дома во заедницата за корисниците кои се приспособени за независно живеење за 2-3 корисници. Тие се под надзор на мобилен тим и социјалните работници од центарот за ментално здравје на соодветната територија. Во рамките на Проектот за ментално здравје на канцеларијата на СЗО, во Скопје е обезбедена обука на мултидисциплинарни тимови кои се вработени во центрите за ментално здравје во заедницата. Искусните професионалци вклучени во програмите со психоедукација и терапија во заедницата обезбедуваат и психосоцијална рехабилитација. Ваквите активности доведоа до намалување на времетраењето на болничкиот третман на пациентите и нивно насочување во установите во заедницата.

Како резултат на започнатиот процес на реформирање на системот за заштита на менталното здравје, во изминатиот период е обезбедена континуирана рехабилитација на преку 250 корисници на дневно болнички третман, од кои само околу 2% се повторно хоспитализирани.

Основен процес за континуирано одвивање на реформите, освен продолжување на процесот на деинституционализација на психијатриските болници е и развивањето и унапредувањето на формите на заштита на лицата со ментални растројства во заедницата, подобрување на условите за живот во заедницата, а со тоа и квалитетот на живот на овие лица.

На крајот од ова излагање може да се заклучи: дехоспитализацијата претставува алтернатива на класичната, хоспитална ментално-здравствена грижа. Развивањето концепт за здравствена заштита во менталното здравје во заедницата, којшто претпоставува сеопфатна ревизија на постојните психијатриски служби насочени кон воспоставување потесни врски со корисниците во заедницата, истовремено со лесен пристап, зголемен квалитет на услуги и подобра социјална интеграција и намалување на стигмата, претставува императив на денешното време.

Со оглед на податоците дека бројот на корисници на психијатриски услуги во периодот од 1998-2007 е зголемен и дека во 1998 бројот на лекувани болни од ментални заболувања на 100.000 жители е 326, а во 2007 година 422,

неминовно се наметнува потребата од отворање центри за ментално здравје во рамките на заедницата, поблиску до корисниците.

Целта на овој приод е подобар квалитет на услугите и квалитативно подобро унапредување и превенција во менталното здравје.

#### Користена литература:

- Carling, P. J. (1992). Housing, community support, and homelessness: emerging policy in mental health systems. In: *Public Policy*, No. 8, pp. 281-95
- Fischer, P & Breakey, W. (1986). Homelessness and mental health: an overview. In: *International Journal of Mental health*, No. 14, pp. 6-51.
- Goldman, H. H. (1998). Deinstitutionalization and Community care: Social welfare policy as mental health policy. In: *Harvard Review of Psychiatry*, No. 6, (4), pp. 219-222.
- Goldman, H. H. (2002). Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness. Geneva Initiative on Psychiatry (GIP). Netherland.
- Ridgway, P. & Zipple, A. M. (1988). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. In: *Psychosocial rehabilitation Journal*, No. 13, (4), pp. 11-31.
- Rose, D. (1996). *Living in the Community*. Sainsbury Centre for Mental health, London
- Rössler, W., Salize, H. J., Biechle, U. & Riecher-Rössler, A. (1994) Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung-Ein europaischer Vergleich. In: *Der Nervenarzt*, No. 65, pp. 427-437.
- Thornicroft, G. & Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalization-from Hospital Closure to Service Development. In: *British Journal of Psychiatry*, No. 155, pp 739-753.

**Dr. Ivan Trajkov**

University „St. Cyril and Methodius“

Faculty of Philosophy

Institute for Social Work and Social Policy

## **Decentralisation of mental health care- start of the de-hospitalisation process**

*Good mental hospital is an empty one,  
great mental health service is one which is full of clients  
Franco Roteli*

### *Resume*

Facing the problems and all the negative sides of the centralised mental health system developed an opportunity for a big change and real reforms in this area such as decentralisation of the health care- taking the patients out, in their natural environment and continuing with the treatment there. The process of de-hospitalisation puts an accent on the reintegration of the patients, their transformation from patients into users of mental health care services and their reintegration in the society. The main goal behind the de-hospitalisation is to secure a complete social inclusion of the patient through: continuous improvement of the legislation, education of the administration, overcoming prejudice, setting up centres for mental health care within the communities.

Psycho-social rehabilitation means activating the community resources, including the family in the rehabilitation process, working on individual programs for rehabilitations together with the users of the service. De- hospitalisation is an alternative to the main stream, mental health care in a hospital. Developing a concept for mental health care within the community would propose for a total revision of the current psychiatrist services, building a close relationship with the patients, improving the quality of the service and at the same time this will decrease the stigma and help the process of social reintegration. This should be an imperative to any society.

The goal is to establish a flexible health care service and improve both the treatment and the prevention in the areas of mental health.

**Key Words:** de-hospitalisation, decentralisation, psycho- social rehabilitation.