

ORDIN nr. 374 din 10 aprilie 2006

privind aprobarea Strategiei în domeniul sănătății mintale

EMITENT • **MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 373 din 2 mai 2006**

Data intrării în vigoare 02-05-2006

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale de asistență medicală, structuri sanitare și salarizare nr. E.N. 9.163/2006,

în temeiul [Hotărârii Guvernului nr. 168/2005](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Articolul 1

Se aprobă Strategia în domeniul sănătății mintale, prevăzută în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Articolul 2

(1) Comisia de specialitate psihiatrie din cadrul Ministerului Sănătății va desemna un grup de lucru pentru implementarea strategiei prevăzute la art. 1.

(2) Strategia prevăzută la art. 1 va sta la baza elaborării Programului național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică și psihosocială.

Articolul 3

Prezentul ordin se va publica în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,

Gheorghe Eugen Nicolăescu

București, 10 aprilie 2006.

Nr. 374.

Anexa

STRATEGIA

în domeniul sănătății mintale

I. Preambul

Raportul anual (2001) al Organizației Mondiale a Sănătății arată că tulburările psihice sunt o importantă sursă de dizabilități, 5 din primele 10 poziții ale ierarhiei bolilor în funcție de capacitatea de a genera dizabilități fiind ocupate de tulburări psihice.

Prevalența pe viață a acestor boli este de aproximativ 33% ceea ce înseamnă că unul din trei oameni va avea, la un moment dat, pe parcursul vieții, o tulburare psihică diagnosticabilă prin criterii internațional acceptate. Prevalența pe 6 luni este de aproximativ 20%. Chiar dacă în România nu dispunem de studii epidemiologice recente (pentru că sunt foarte costisitoare) nu există nici un motiv pentru a crede că ne situăm sub acest nivel considerat teoretic. Dimpotrivă, există suficiente indicii care sugerează, în ultimul deceniu, valori semnificativ mai mari (în raport cu media europeană): deteriorarea generală a stării de sănătate a populației, expansiunea abuzurilor și a dependențelor de substanțe psihoactive, creșterea ratei suicidului, suprasaturarea cu factori de stres a societății (declin economic, creșterea șomajului, scăderea nivelului de trai), expansiunea comportamentelor agresive și violente etc.

Importanța problemei este subliniată și de faptul că, spre deosebire de marea majoritate a bolilor somatice, o boală psihică prezentă la o anumită persoană reprezintă o sursă de alterare a echilibrului microgrupului social (familiar, profesional) în care această persoană trăiește. În evaluarea costurilor economice ale tulburărilor psihice se estimează că raportul între costurile globale și costurile directe (legate de asistența medicală) este de aproximativ 9 /1, ceea ce înseamnă că intervenția societății trebuie să fie preponderent preventivă. De pildă, studii foarte recente demonstrează că în majoritatea țărilor europene costurile globale ale alcoolismului sunt mai mari de 1% (până la 5%Å) din PIB.

În afară de datele de prevalență ale unor tulburări psihice constituite (deci cu spațiu nosografic clar delimitat prin criterii internaționale de diagnostic) există și categoria "simptomelor izolate", estimată la 18-20% ca prevalență punctuală. Opinia actuală este că trebuie intervenit încă din acest stadiu larvar de boală.

Îngrijirile de sănătate mintală în România se concentrează, în prezent, în spitalele de psihiatrie și sunt subordonate unui model excesiv biologizant. Oarecum paradoxal, numărul de paturi de psihiatrie este printre cele mai scăzute din Europa (76,1 paturi la 100.000 de locuitori). Nu există decât o comunicare formală între unitățile cu paturi și cele ambulatorii, continuitatea îngrijirilor se limitează adesea la continuitatea administrării unui anumit medicament

psihotrop, nu se poate vorbi despre o anume specializare, nu există conceptul de echipă terapeutică și cu atât mai puțin acela de îngrijiri comunitare. În opinia publică persistă imaginea negativă a bolii psihice, a purtătorilor acestor boli, a spațiilor de îngrijire și chiar a celor ce o îngrijesc.

În aceste condiții necesitatea unei reforme este de domeniul evidenței. Această reformă nu s-a făcut din cel puțin 3 motive:

- lipsa unei viziuni și a unei strategii la nivel central;
- lipsa resurselor financiare;
- lipsa coeziunii și a unei determinări autentice la nivelul profesioniștilor de sănătate mintală.

Ministerul Sănătății își propune adoptarea unei politici în sănătatea mintală, politică pe care o prezentăm în continuare.

II. Viziune, valori și principii

Viziune

Ministerul Sănătății își propune să furnizeze servicii de sănătate mintală accesibile, de calitate și bazate pe nevoile existente, într-un mediu cât mai puțin restrictiv, precum și programe acoperitoare de promovare, prevenire și educație în sănătate mintală.

Valori și principii de organizare ale reformei sistemului de îngrijiri

Valoarea esențială care stă la baza realizării acestei strategii este respectul pentru drepturile omului și respectarea demnității umane.

Trecerea de la sistemul tradițional de îngrijiri la unul care pune accent pe integrarea persoanei în comunitate implică acceptarea unui set de valori explicite. Acestea sunt:

1. Responsabilitatea echipei comunitare - presupune responsabilitatea pentru persoana cu probleme de sănătate mintală la orice moment, indiferent dacă aceasta se găsește într-o facilitate de îngrijire (spitalicească, centru de zi, centru de reabilitare etc.) sau în comunitate. A avea această responsabilitate este un lucru dificil, deoarece persoana frecventează numeroase unități de îngrijire, nu are o constanță profesională și dispune de resurse în general limitate de trai independent. Responsabilitatea pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală se încadrează unei logici de cuprindere geografică și se operaționalizează după o prealabilă evaluare a nevoilor populaționale din aria de cuprindere dată (pentru evaluarea problemelor existente în comunitatea deservită și identificarea posibilelor soluții de întâmpinare a acestora).

2. Participarea comunității - comunitatea deservită de un sistem integrat de îngrijiri de sănătate mintală participă la deciziile și coordonarea acestuia. În general, implementarea unor programe comunitare de îngrijiri de sănătate mintală s-a confruntat la început cu o rezistență crescută a comunității de a-și asuma și de a susține aceste inițiative. Aceste rezerve ale comunității se datorează, pe de o parte, atitudinilor negative care mai persistă în legătură cu boala mintală, dar și faptului că implementarea programelor s-a făcut inițial fără consultarea comunităților. Actualmente, în consiliile directoare ale sistemelor de suport comunitar sunt invitați să participe lideri politici și persoane marcante din comunitate, precum și orice persoană care poate să aibă un statut de lider informal (în special lideri ai comunităților etnice sau religioase). Tendința actuală în sistemele funcționale de îngrijiri de sănătate mintală este aceea de a realiza planul de servicii cu sprijinul reprezentanților comunității. Realizarea planurilor de servicii se face după o prealabilă educare a participanților asupra sistemului de îngrijiri, precum și de informare asupra resurselor disponibile, asupra prevederilor legale și de funcționare practică a unităților de îngrijire din sistem. Planul de servicii pentru o populație dintr-o anumită arie de cuprindere se realizează nu numai prin consultări cu liderii comunitari, ci și printr-o prealabilă analiză a nevoilor populaționale și după o consultare cu reprezentanți ai beneficiarilor și familiilor lor.

3. Accesibilitatea serviciilor - presupune toate mecanismele puse în joc pentru ca persoanele care au nevoie de îngrijiri să cunoască serviciile din comunitate și să facă uz de acestea. În primul rând, accesibilizarea unui serviciu presupune o locație spațială ușor de localizat și de atins, precum și o accesibilitate lingvistică - acolo unde există minorități etnice/lingvistice, serviciul va cuprinde în echipa sa terapeutică persoane aparținând respectivei comunități. Accesibilizarea serviciilor presupune și angajarea echipei terapeutice în acțiuni sociale, care implică campanii de promovare a serviciilor, intervenții care să crească șansa ca persoanele care au nevoie de tratament să beneficieze într-adevăr de acesta, căutarea unor soluții de asistență locativă mai ieftină, precum și găsirea unor oportunități și soluții pentru reinserția profesională. Pentru a realiza aceste obiective, echipa terapeutică trebuie să se angajeze activ în acțiuni și campanii de reducere a stigmatizării persoanelor cu probleme severe de sănătate mintală.

4. Echilibru între componentele sistemului - fiecare componentă a sistemului trebuie să fie în echilibru cu celelalte, astfel încât persoana în dificultate să poată beneficia de îngrijiri, indiferent de nevoile ei. A realiza un echilibru între componentele unui sistem comunitar este un lucru dificil din mai multe puncte de vedere. În primul rând, serviciile publice, private și neguvernamentale pot să propună programe care în fond nu fac nimic altceva decât să dubleze oferta, lăsând componente de servicii sub- sau nedezvoltate deloc. În al doilea rând, existența unor profesioniști, echipe de profesioniști sau grupe de consumatori care se angajează activ în dezvoltarea unui anumit sector al sistemului poate să aibă ca rezultat subdezvoltarea unor alte sectoare prin alocarea preferențială de resurse

umane și materiale. Pentru a asigura echilibrul ofertei de servicii, fiecare sistem de suport comunitar necesită un management centralizat care să aloce resursele în funcție de nevoile reale ale beneficiarilor.

5. Continuitatea îngrijirilor - în mod ideal, continuitatea îngrijirilor înseamnă că fiecare consumator beneficiază de servicii de la aceiași profesioniști pe tot parcursul îngrijirii sale. Serviciile de sănătate mintală tind să fie compartimentalizate, iar transferul informațiilor despre evoluția, tratamentele și nevoile beneficiarilor se face uneori anevoios, datorită birocrăției crescute și aspectelor legate de confidențialitate în transmiterea informațiilor. Alternativa cea mai eficientă este aceea a managementului de caz. Managerul de caz ideal are atât rol de susținător al consumatorilor (prin acțiuni de advocacy), de manager de sistem, prin integrarea tuturor informațiilor despre serviciile și programele disponibile în teritoriu, precum și de terapeut. Pentru a-și îndeplini aceste obiective, managerul ar trebui să aibă o încărcătură de cazuri redusă, deservind în mod ideal maximum 15 clienți.

6. Alternative minimal restrictive - alternativele minimal restrictive presupun tratarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală în unități de îngrijire care să interfereze cât mai puțin cu drepturile lor civile și cu participarea lor la viața comunitară. În această ordine de idei, spitalizarea va fi indicată numai atunci când este strict necesară, fie datorită riscului de auto- sau heteroagresivitate, fie datorită necesității aplicării unor tratamente sau investigații speciale.

7. Accentul pe reabilitare - interesul pentru reabilitare este dublu. În primul rând, politicile de dezinstituționalizare grăbite ale anilor '60 au "aruncat" în stradă mulți psihotici cronici, al căror risc de deteriorare a funcționării este foarte rapid în comunitate. De asemenea, întârzierea demarării procesului reabilitativ după debutul maladiei aduce cu sine o creștere a potențialului de dizabilitate. Apariția noilor generații de neuroleptice, cu efecte secundare considerabil mai puține, favorizează de asemenea procesul de reabilitare. Principalul punct de greutate al procesului de reabilitare ar trebui să fie inserția sau reinserția profesională, precum și îmbunătățirea abilităților funcționale.

8. Specializarea îngrijirilor - asigurarea unor servicii care să deservească un anumit tip de patologie sau care să ofere un anumit tip de îngrijire. În România, la un nivel momentan neoficial, sunt recunoscute subspecializări, cum ar fi gerontopsihiatria, psihiatria comunitară, psihiatria legală, psihoterapia sau tratamentul adicțiilor, dar nu există prevederi legale care să statueze aceste supracompetențe sau profesii în sine (cum este cazul psihoterapiei). Unitățile de îngrijire, cu rare excepții, sunt de tip "psihiatrie generală", alăturând clienți cu patologii și niveluri de funcționare psihosocială diferite.

9. Implicarea beneficiarilor și a familiilor acestora în procesul de îngrijire - oferta actuală a sistemului de îngrijiri de sănătate mintală este, în mare măsură, sub controlul psihiatrului. Consultarea beneficiarilor, a familiilor acestora sau a formelor asociative constituite sub egida implicării consumatorilor de servicii de sănătate mintală sunt acțiuni deloc uzuale în practica zilnică. Dezvoltarea unor sisteme de îngrijiri care urmăresc o integrare comunitară optimă implică un parteneriat activ între profesioniști și utilizatorii de servicii în domenii cum ar fi: acțiuni sociale comune, consultarea consumatorilor în ceea ce privește furnizarea de servicii, dezvoltarea noilor servicii sau restructurarea celor existente, implicarea familiilor ori comunității în procesul de îngrijiri, sprijinirea inițiativelor de întraajutorare și suport comunitar etc.

10. Centrarea pe probe a practicii clinice și comunitare - o serie de inițiative și tehnologii în domeniul sănătății mintale și-au dovedit, în momentul de față, fie ineficiența, fie faptul că sunt extrem de costisitoare în comparație cu proceduri sau servicii alternative. Stabilirea unor standarde de calitate pentru serviciile de îngrijiri și asistență și importarea și adaptarea unor tehnologii și formule de organizare care și-au dovedit eficiența și efectivitatea trebuie să reprezinte o prioritate a organizatorilor reformei.

III. Scop și obiective

Scop: scăderea morbidității datorită bolilor psihice și ameliorarea parametrilor de sănătate mintală la nivelul întregii populații.

Obiective:

- a)** reformarea sistemului de îngrijiri în sănătatea mintală;
- b)** reducerea factorilor de risc și de vulnerabilizare pentru boala psihică;
- c)** realizarea unei poziționări superioare a conceptului de sănătate mintală în sistemul de valori al societății românești.

Ultimul obiectiv, de a cărui atingere depinde într-o bună măsură realizarea celorlalte două, impune un scurt comentariu. Există câteva idei simple care definesc clar importanța sănătății mintale. Aceste idei trebuie cultivate cu grijă și responsabilitate în societatea românească:

- nu există sănătate fără sănătate mintală;
- sănătatea mintală este o dimensiune a calității vieții și o resursă pentru o dezvoltare pozitivă;
- fiecare persoană are dreptul la sănătate mintală; salvagardarea și promovarea sănătății mintale reprezintă o responsabilitate a întregii societăți;
- fiecare membru al comunității este responsabil pentru climatul general al societății, iar atitudinea sa va influența în ultimă instanță dimensiunea publică a sănătății mintale;
- utilizatorii serviciilor de sănătate mintală trebuie să aibă același statut ca și utilizatorii oricăror servicii de sănătate.

IV. Axe strategice (module)

Strategia Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale poate fi sintetizată în 5 axe pe care le vom numi în continuare module:

1. modulul "prevenție";
2. modulul "sistem de îngrijiri";
3. modulul "legislație";
4. modulul "resurse";
5. modulul "conexiuni cu alte sisteme".

1. Modulul prevenție (profilaxie primară)

În orice strategie de sănătate mintală versantul preventiv trebuie să fie prioritar.

Pentru realizarea acestui obiectiv se vor încuraja colaborările în parteneriat cu organizații neguvernamentale specializate în domeniul sănătății mintale, care pot furniza proiecte profesionale, eventual cu finanțare externă, și pot constitui mijloace de transferare a expertizei în domeniu (adesea costisitoare prin faptul că necesită evaluări complexe, experiență anterioară, implicarea unor specialiști multidisciplinari) în vederea generalizării unor astfel de inițiative la condițiile noastre specifice. De asemenea, se va încuraja cooperarea interdepartamentală (cu Ministerul Educației și Cercetării în primul rând, Ministerul Apărării Naționale etc.) pentru identificarea nevoilor grupurilor-țintă, elaborarea mesajelor, a programelor și evaluarea lor post-factum.

Ministerul Sănătății are în vedere 3 tipuri de prevenție, în funcție de populația-țintă:

a) prevenția generală, ce vizează întreaga populație. Exemple:

- programe de igienă mintală (uzul/abuzul de substanțe psihoactive, profilaxia insomniilor etc.);
- managementul stresului, al situațiilor de criză și al conflictelor etc.;
- programe destinate părinților pentru educarea copiilor în prevenirea abuzului de alcool, droguri sau pentru prevenirea abuzării copiilor (campanii de postere tematice, stimularea conștientizării societății civile, implicarea părinților în activitatea educațională din școli);
- programe de parteneriate cu mass-media pentru răspândirea sistematică a concepțiilor referitoare la un stil de viață sănătos sau de valorizare a activității de voluntariat;
- programe de asistență pentru situații de criză (dezastre);
- atragerea în parteneriate a unor instituții de largă reprezentare, cum este Biserica;

b) prevenția selectivă, ce vizează grupuri populaționale al căror risc de a dezvolta tulburări psihice este semnificativ mai mare decât al mediei. Exemple:

- programe privind copiii instituționalizați;
- programe adresate copiilor și adolescenților cu antecedente heredo-colaterale de dependență de alcool;
- programe adresate copiilor convalescenți care au suferit agresiuni cerebrale;
- programe de integrare-protecție a copiilor cu boli severe, cu potențial transmisibil - SIDA;

c) prevenția focalizată, ce vizează grupuri cu risc înalt (simptome minime, markeri biologici, predispoziție genetică; fără să se întrunească criteriile internaționale de diagnostic pentru o anumită tulburare psihică). Exemple:

- programe privind copiii cu antecedente heredo-colaterale de patologie afectivă, schizofrenie etc.;
- programe privind populația vârstnică;
- programe de dezvoltare a rețelei de suport social pentru reducerea efectelor psihosociale defavorabile asupra vârstnicilor;
- programe destinate copiilor cu risc pentru afecțiuni psihice majore prin prezența familială a unei vulnerabilități genetice (schizofrenie, boli afective, adicții etc.) sau prin prezența unui factor familial extern (părinți cu adicții, familie asistată social) sau prin tulburări de comportament (opoziționism, violență în mediul școlar);
- înființarea de centre de consiliere, încurajarea celor aparținând de ONG-uri, având ca populații-țintă familiile cu risc;
- programe pentru părinții/familiile dezorganizate cu risc crescut de abuzare/neglijare a copiilor, copii orfani.

Se va urmări identificarea factorilor de risc biologici, psihologici și sociali, prin metodologii specifice (screening), eventual adaptate populației de referință.

Intervenția preventivă (profilaxia primară) trebuie să facă obiectul unor programe educaționale, medicale, de asistență socială etc. Conceptul, dar mai ales formatul de tip program asigură structura optimă, pornind de la formularea obiectivelor finale și de etapă, de la resursele umane și financiare și terminând cu monitorizarea realizării.

Ministerul Sănătății consideră ca fiind fundamentală plasarea în poziție prioritară, în cadrul modulului prevenție, a programelor și acțiunilor ce vizează sănătatea mintală a copiilor și adolescenților. În acest context obiectivele imediate sunt:

- promovarea unei concepții mai cuprinzătoare asupra protecției sănătății mintale care să includă atât copilul, cât și familia sa, cel puțin mama;
- înființarea unor centre de consiliere prenatală;

- înființarea de centre de consiliere a familiilor cu copii aflate în dificultate (risc de abandon, cu copii instituționalizați, monoparentale, cu părinți plecați la muncă în străinătate);
- prevenirea întârzierii dezvoltării psihomotorii a copilului prin reintroducerea examinărilor periodice care să includă teste (screening) pentru depistarea și intervenția precoce;
- întărirea protecției sănătății mintale a copilului școlar prin pregătirea continuă a personalului medical școlar;
- introducerea de programe de sănătate mintală a copilului școlar care să asigure armonizarea cerințelor programului de învățământ cu potențial cognitiv-emoțional al elevilor (teme mai puține pentru acasă, fără exagerările actuale); vizează îmbunătățirea integrării școlare, reducerea riscului de tulburări de conduită, a părăsirii precoce a școlii;
- creșterea ponderii educației sanitare în școli vizând dezvoltarea unui stil de viață sănătos și formarea competențelor sociale (combaterea toxicomaniilor, alcoolismului, suicidului, violenței), asigurarea educației sexuale;
- diversificarea formelor de intervenție medico-educatională în școli și în afara lor pentru a acoperi nevoile speciale ale unor categorii de copii și tineri cu vulnerabilitate crescută (diferite forme de handicap, dezavantaj social, cu risc crescut de dezadaptare socială și delincvență);
- introducerea de programe de consiliere preventivă adresate copilului și familiei cu un părinte bolnav somatic sever.

Pentru tineri și persoanele adulte:

- dezvoltarea de programe de prevenție primară (informare și consiliere) a adicțiilor, oferite de medicii generaliști și la nivelul medicinei primare);
- dezvoltarea de programe de sprijin psihologic adresate tinerilor delincvenți introduși în condiții de probațiune, precum și ofițerilor de probațiune.

2. Modulul sistem de îngrijiri (profilaxie secundară și terțiară)

Ministerul Sănătății consideră că reformarea sistemului de îngrijiri în sănătatea mintală trebuie să se facă prin respectarea următoarelor principii, validate de experiența internațională:

1. al zonalității (teritorializării);
2. al echipei terapeutice;
3. al continuității îngrijirilor;
4. al specializării (multicriteriale: vârstă, patologie, abordare terapeutică);
5. al orientării comunitare.

Odată adoptate aceste principii, reforma impune pe termen scurt și mediu un compromis între dispozitivul de îngrijiri actual și cel prefigurat.

Promovarea unui nou tip de structuri care să asigure dezvoltarea îngrijirilor în direcția celor 5 principii enunțate.

2.1. Flexibilizarea structurilor prevăzute/existente în fiecare zonă (laborator de sănătate mintală/centru de sănătate mintală) prin:

- a) asigurarea mobilității echipei existente în centrul de sănătate mintală teritorial;
- b) dezvoltarea centrelor de criză, inclusiv a celor funcționând pe lângă spitalele generale sau policlinici;
- c) dezvoltarea serviciilor de psihiatrie de legătură;
- d) dezvoltarea compartimentelor de psihiatrie din spitalele generale teritoriale.

2.2. Dezvoltarea stadială, progresivă, echilibrată, adecvată nevoilor locale și resurselor disponibile a serviciilor și structurilor celor mai potrivite specificului local, care să asigure continuitatea îngrijirilor în condiții cât mai apropiate ambiantului firesc natural al pacientului (îngrijire de tip comunitar).

2.3. După asigurarea capacităților de îngrijire de tip comunitar, se poate trece la transferarea sarcinilor de îngrijire - prin dezinstituționalizare - către acest sector, prin reducerea adecvată a numărului de paturi din spitalele de profil existente în teritoriu. Se va asigura practic, în acest mod, îngrijirea populației de pacienți existente în teritoriu în condiții de tip comunitar, cu aceleași fonduri, dar în condiții mai bune de cost-eficiență. Acest proces trebuie să înceapă după înființarea unui număr adecvat (minimal) de unități ambulatoriu teritorializate.

Structuri (dispozitivul de îngrijiri):

- centrul de sănătate mintală;
- spitalul de psihiatrie;
- secția/compartimentul de psihiatrie din spitalul general;
- staționarul de zi;
- centrul de intervenție în criză;
- rețele specializate: dependențe, gerontopsihiatrie etc.

Centrul de sănătate mintală trebuie să devină piesa fundamentală a sistemului. Centrul de sănătate mintală, denumire acreditată în statele Uniunii Europene pentru asistența psihiatrică comunitară ambulatorie, este echivalentul laboratorului de sănătate mintală, înființat prin [ordinul ministrului sănătății nr. 86/1976](#). (În prezent prin [ordinul ministrului sănătății nr. 736 din 2 noiembrie 1999](#), laboratorul de sănătate mintală este integrat în spitalul psihiatric sau în spitalul general cu secție de psihiatrie.)

Centrul de sănătate mintală trebuie să devină unitatea de bază a îngrijirilor psihiatrice, el reprezentând în fapt deplasarea accentului îngrijirilor spre ambulatoriu, o alternativă la spitalizare ce permite o mai bună monitorizare a tratamentului și a programelor de reabilitare și realizarea unui raport cost-eficiență optim.

Centrul de sănătate mintală, ca element structural major al sistemului de îngrijiri, poate îndeplini și alte funcții importante, cum sunt screeningul pentru identificarea factorilor de risc și a nevoilor concrete ale unui anumit teritoriu sau implementarea unor programe de prevenție selectivă și focalizată.

Asistența comunitară va dezvolta și măsuri de prevenție secundară prin colaborarea cu serviciile de asistență socială în vederea:

- interesării părinților în realizarea unui statut de îngrijire corespunzător al copiilor cu diferite riscuri;
- plasamentului acestor copii în instituții adecvate când nu mai există alte soluții;
- identificării precoce a copiilor cu semne minore de dezvoltare/dezadaptare (performanțe școlare proaste, hiperactivitate, tulburări de atenție etc.), întrucât ei constituie o populație cu riscuri viitoare mai mari de comunicare, de construire a stimei de sine, cu riscuri comportamentale, depresie, adicție la substanțe, violență;
- dezvoltării unor oportunități bazate pe resursele locale care să țină seama de compensarea dificultăților de mai sus prin stimularea socializării secundare în grupuri de adolescenți, prin dezvoltarea unor deprinderi sănătoase de petrecere a timpului liber, a stimei de sine și capacităților normale de adaptare la comunitate;
- dispensarizării la un nivel mai complex (biopsihosocial), mai intens și competent decât în prezent, la nivelul echipei terapeutice și cu ajutorul unor oportunități multiple (case protejate, vizite la domiciliu, grupuri terapeutice, grupuri de foști dependenți, gen AA etc.) sprijinite/dezvoltate cu ajutorul autorităților/comunităților locale.

3. Modulul legislație

La acest nivel Ministerul Sănătății are în vedere:

- elaborarea normelor de implementare pentru Legea sănătății mintale care a fost adoptată sub numele de [Legea nr. 487/2002](#). Legea are titlul "Legea privind promovarea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice", proiect în a cărui elaborare au fost respectate "Principiile pentru protecția persoanelor cu tulburări psihice și ale ameliorării îngrijirilor de sănătate mintală" conținute în Rezoluția 46/119 a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite din 17 decembrie 1991.

După adoptarea acestor norme, Ministerul Sănătății se va implica în procesul de implementare, atât la nivelul corpului de profesioniști în sănătatea mintală (prin ateliere zonale, cu ajutorul grupului de specialiști ce au lucrat la elaborarea legii), cât și la nivelul întregii populații (prin campanie de mediatizare);

- alte segmente legislative ce privesc:
 - regimul substanțelor psihoactive (inclusiv băuturile alcoolice);
 - diseminarea modelelor violenței prin diverse canale mediatice;
 - regimul juridic al persoanelor cu tulburări psihice care comit infracțiuni.

4. Modulul resurse

a) Resurse financiare

Ministerul Sănătății va continua să finanțeze Programul de profilaxie în sănătatea mintală și va urmări, prin comisia de specialitate, o continuă ameliorare a acestui program. Pe de altă parte, Ministerul Sănătății va încuraja identificarea unor linii extrabugetare de finanțare, inclusiv din surse externe (internaționale): Banca Mondială, PHARE etc.

b) Resurse umane

Ministerul Sănătății va urmări elaborarea și implementarea următoarelor:

- programe de formare adaptate obiectivelor acestei strategii, la toate nivelurile (studenți la medicină, medici psihiatri, psihologi, asistente, asistenți sociali etc.);
- programe de specializare pentru medicii de familie;
- mecanisme de atragere către zona sănătății mintale a altor specialiști: sociologi, juriști, reprezentanți ai clerului etc.

Dezvoltarea îngrijirilor psihiatrice comunitare și asistența socială adecvată trebuie să constituie o prioritate. Aceasta include implicarea medicilor de familie și a lucrătorilor din îngrijirile de sănătate primară în îngrijirile de sănătate mintală.

Vor fi dezvoltate programe de instruire adecvate pentru toți profesioniștii de sănătate mintală, în concordanță cu standardele europene.

5. Modulul conexiuni cu alte sisteme (subsisteme de interfață)

Complexitatea unei strategii naționale de sănătate mintală impune, ca element tactic, realizarea unui grup de conexiuni cu alte sisteme. Este foarte probabil ca succesul strategiei să depindă de funcționalitatea acestor subsisteme de interfață. Principalele conexiuni sunt:

a) cu sistemul medical general:

- dezvoltarea psihiatriei de legătură (liaison psychiatry: compartimente de psihiatrie în spitalul general);
- combaterea tendințelor rejective față de bolnavul psihic manifestate în comunitatea medicinei somatice;
- dezvoltarea unei strategii de alianță cu medicina de familie;

b) cu învățământul universitar și cercetarea științifică:

- inserarea problematicei sănătății mintale în programa analitică a facultăților de medicină, psihologie, sociologie etc.;
- înființarea unui departament de sănătate mintală în cadrul Institutului de Sănătate Publică;
- înființarea unui Institut de Cercetări în Sănătate Mintală (prin colaborare cu Academia de Științe Medicale);

c) cu mass-media:

- programe de informare și sensibilizare adresate tinerilor jurnaliști;
- program de monitorizare a presei în vederea combaterii tendințelor stigmatizatoare față de boala psihică și purtătorii ei;

d) cu sistemul asociativ (ONG-uri):

În implementarea acestei strategii Ministerul Sănătății va colabora în continuare, inclusiv prin crearea unui grup de lucru permanent, cu principalele ONG-uri din domeniu: Liga Română pentru Sănătate Mintală, Asociația Psihiatrică Română și altele.

V. Rezultate așteptate

1. accesibilitate crescută a serviciilor (prin distribuție teritorială echilibrată);
2. servicii orientate spre nevoile comunității (prin dezvoltarea centrelor de sănătate mintală);
3. creșterea calității îngrijirilor (prin diversificare și respectarea standardelor de calitate);
4. reducerea factorilor de risc pentru sănătatea mintală și orientarea spre nevoile grupurilor celor mai vulnerabile (prin dezvoltarea abordării preventive);
5. dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală în spitalele generale și la nivelul asistenței primare;
6. finanțarea echitabilă, transparentă și adaptată nevoilor a serviciilor de sănătate mintală;
7. dezvoltarea unui cadru de colaborare intersectorială pentru a răspunde complexității problemelor de sănătate mintală (funcționarea unui comitet interministerial pentru sănătate mintală);
8. dezvoltarea parteneriatelor cu societatea civilă în promovarea sănătății mintale.

VI. Concluzie

Prezenta strategie a Ministerului Sănătății în domeniul sănătății mintale a fost gândită și elaborată în concordanță cu recomandările auditului de sănătate mintală al Organizației Mondiale a Sănătății (2001). Materializarea acestei strategii impune conceperea unui Plan național de sănătate mintală, cu obiective pe termen scurt, mediu și lung, cu o monitorizare corespunzătoare, precum și cu responsabilizări precise.
