

MULTIDISCIPLINARNI TIMOVI MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI U TRETMANU TEŠKIH DUŠEVNIH OBOLJENJA U CRNOJ GORI - RECOVER-E PROJEKAT

Jovo Đedović¹
Aleksandar Tomčuk¹
Danijela Miladinović¹
Sandra Vlahović¹
Tatijana Đurišić²

- 1 ZU Specijalna bolnica za psihijatriju "Dobrota", Kotor, Crna Gora
- 2 ZU Institut za javno zdravlje Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

UDK: 612.821:616.89-008.46

Napomena: Ovaj projekat je finansiran u okviru Horizon 2020 istraživačkog i inovativnog programa Evropske Unije pod Grant ugovorom 779362 i koordinisan je u domenu Globalne alijanse za hronična oboljenja

Kratak sadržaj

Sveobuhvatni servisi mentalnog zdravlja koji uključuju medicinski tretman sa psihološkom i socijalnom podrškom povećavaju saradljivost u liječenju i smanjuju učestalost psihotičnih relapsa, što vodi boljim ishodima tretmana (kvalitetnijoj remisiji psihopatologije, boljem ličnom i socijalnom funkcionisanju, poboljšanom kvalitetu života) i povoljnijim socijalnim pokazateljima (manje stigme, stabilnost stanovanja, radna rehabilitacija, život u zajednici).

RECOVER-E (Opsežno sprovedene brige za mentalno zdravlje u lokalnoj zajednici za lica sa teškim i trajnim

mentalnim poremećajima u Evropi) projektne aktivnosti imaju cilj da implementiraju efikasne, multidisciplinarne timove mentalnog zdravlja u zajednici (TMZZ) u 5 zemalja centralne i jugo-istočne Evrope, koji će predstavljati centralni nodus za koordinaciju i sprovođenje tretmana mentalnih poremećaja za osobe sa teškim duševnim oboljenjima. Naime, ova kva vrsta tretmana još uvijek nije u potpunosti razvijena u ovom dijelu Evrope, te izgradnja ljudskih kapaciteta, formiranje protokola rada prema postulatima medicine zasnovane na dokazima kao i rezultati tretmana obezbjeđenog u zajednici, prilagođenog lokalnim okolnostima i usmjerenog na oporavak pacijenta, mogu biti značajan podsticaj donosiocima političkih odluka za nastavak i jačanje ovih aktivnosti.

Ključne riječi:

mentalno zdravlje, zajednica, oporavak, duševna, oboljenja, implementacije

UVOD

Uprkos jasnim dokazima o efikasnosti pojedinih modaliteta tretmana mentalnih poremećaja, mnogi državljani evropskih zemalja još uvijek nemaju pristup najefikasnijim vrstama ovih servisa^[1, 2]. Naime, nekoliko dekada naučnog istraživanja pokazuje da uprkos činjenici da se mentalni poremećaji mogu liječiti, isti predstavljaju uzrok disabiliteta kod značajnog broja ljudi^[3, 4]. Iz tog razloga, pristup adekvatnom tretmanu i suportu je neophodan da oboljele osobe imale zadovoljavajući život^[5].

Sveobuhvatni servisi mentalnog zdravlja koji uključuju medicinski tretman sa psihološkom i socijalnom podrškom povećavaju saradljivost u liječenju i smanjuju učestalost psihotičnih relapsa, što vodi boljim ishodima tretmana (kvalitetnijoj remisiji psihopatologije, boljem ličnom i socijalnom funkcionisanju, poboljšanom kvalitetu života) i povoljnijim socijalnim pokazateljima (manje stigme, stabilnost stanovanja, radna rehabilitacija, život u zajednici^[1, 6-8]).

Istraživanja neosporno pokazuju da osobe sa teškim duševnim oboljenjima preferiraju servise u sopstvenom okruženju, te da se lični i socijalni oporavak ubrzava kada je suport obezbjeđen unutar zajednice^[12,13]. Pokazano je da korisnici servisa imaju manje negativnih simptoma i veći stepen zadovolj-

stva životom kada je process deinstitutionalizacije sproveden uz suport jake mreže servisa koji podržavaju prelazak iz institucionalnog tretmana na život u zajednici^[9-12]. Iz datog razloga, sprovedene su reforme službi mentalnog zdravlja u većem dijelu svijeta, posebno u pravcu pomjeranja težišta tretmana teških mentalnih oboljenja sa institucionalne njege prema servisima u zajednici^[13-15].

U tom kontekstu, najveći broj reformi mentalnog zdravlja se fokusirane na reviziji legislative i poboljšanju osposobljenosti pružalaca usluga primarnog nivoa zdravstvene zaštite u indentifikaciji, liječenju i upravljanju problemima mentalnog zdravlja^[13, 15-20]. Ipak, sveobuhvatna implementacija i dalje je izazov, posebno što još uvijek nema dovoljno istraživanja implementacije na nacionalnom nivou servisa mentalnog zdravlja u zajednici u zemljama sa visokim i srednje-visokim nacionalnim dohotkom centralne i jugo-istočne Evrope^[21].

U namjeri da konsoliduje rezultate prethodnih napora u poboljšanju servisa mentalnog zdravlja u zajednici, te da obezbjedi podršku zahtjevnim procesima deinstitutionalizacije RECOVER-E (Opsežno sprovođenje brige za mentalno zdravlje u lokalnoj zajednici za lica sa teškim i trajnim mentalnim poremećajima u Evropi) projektne aktivnosti imaju cilj da implementiraju efikasne, multidisciplinarne timove mentalnog

zdravlja u zajednici (TMZZ) u 5 zemalja centralne i jugo-istočne Evrope, koji će predstavljati centralni nodus za koordinaciju i sprovođenje tretmana mentalnih poremećaja za osobe sa teškim duševnim oboljenjima. Naime, ovakva vrsta tretmana još uvijek nije u potpunosti razvijena u ovom dijelu Evrope, te izgradnja ljudskih kapaciteta, formiranje protokola rada prema postulatima medicine zasnovane na dokazima kao i rezultati tretmana obezbjeđenog u zajednici, prilagođenog lokalnim okolnostima i usmjerenog na oporavak pacijenta, mogu biti značajan podsticaj donosiocima političkih odluka za nastavak i jačanje ovih aktivnosti.

Shodno tome, glavni cilj RECOVER-E projekta je da u pet zemalja centralne i jugo-istočne Evrope sa visokim ili srednje-visokim nacionalnim dohodkom, implementira i evaluira efikasne servise mentalnog zdravlja u zajednici, koji će poboljšati nivo socijalnog funkcionisanja, kvalitet života i ishode tretmana kod osoba sa teškim i dugotrajnim mentalnim poremećajima (e.g. shizorenijska i ostali psihotični poremećaji, bipolarni poremećaj, depresija).

Recover-E specifični istraživački ciljevi su:

- Dizajnirati, implementirati i evaluirati tretman teških mentalnih poremećaja u zajednici koji će se obavljati od strane multidisciplinarnog tima i uključiti i iskustvena saradnike:

- Identifikovati elemente programa i kontekstualne faktore važne za uspješnu implementaciju ovakvih intervencija:
- Razviti terapijske protokole rada u zajednici koji kasnije mogu poslužiti kreatorima zdravstvene politike za širu implementaciju ovakvih programa na nacionalnom nivou.

SITUACIONA ANALIZA PRIJE IMPLEMENTACIJE NOVOG NAČINA LIJEČENJA

Strategijama za razvoj i unapređenje mentalnog zdravlja iz 2003. i 2018. godine Crna Gora se jasno opredijelila za koncept razvoja psihijatrije u zajednici i posljedičnom deinstitucionalizacijom najveće psihijatrijske ustanove u državi - Specijalne bolnice za psihijatriju u Kotoru.

Imajući u vidu aktuelnu organizaciju zdravstvene službe u Crnoj Gori, koja podrazumijeva tri nivoa zdravstvene zaštite, psihijatrija u zajednici podrazumijeva jačanje uloge primarnog nivoa zdravstvene zaštite – psihijatrijskih službi i servisa u Domovima zdravlja.

U okviru Domova zdravlja vanbolnički tretman psihijatrijskih pacijenata se realizuje kroz usluge koje pružaju izabrani ljekar, Centar za mentalno zdravlje, psihijatrijski dispanzer ili ambulanta. Nivo primarne zdravstvene

zaštite bi trebao da obezbijedi 80-85% potreba za zdravstvenom zaštitom.

Geografska distribucija Domova zdravlja koji postoje u 18 opština (dok u 3 opštine postoje zdravstvene stanice) je dobra osnova za relativno laku dostupnost profesionalne pomoći svim kategorijama mentalno oboljelih lica na prostoru cijele države.

Slijedeći strateški cilj razvoja psihijatrije u zajednici, od 2003. godine na nivou države je formirano osam Centara za mentalno zdravlje čija dosadašnja efikasnost u pogledu kvaliteta i spektra pružanja usluga u zajednici nije odgovorila prvobitnoj namjeni. Trenutna kadrovska popunjenost postojećih Centara za mentalno zdravlje ukazuje da timovi unutar više Centara nisu kompletni, a reforma zdravstvene zaštite na primarnom nivou je u dijelu vezanom za paket usluga u mentalnom zdravlju redukovala rad i valorizaciju psihijatrijskih servisa.

Osnovni paket usluga na ovom nivou podrazumijeva samo određene aktivnosti unutar samog centra koje uključuju kontrolne preglede i prepisivanje lijekova, psihološka testiranja i rad socijalnog radnika, dok specifične vrste pregleda (npr. procjena radne sposobnosti, procjena testatorske sposobnosti, nalazi za invalidsku komisiju, mišljenja za tuđu njegu i pomoć, izvještaji vezani za djecu sa posebnim potrebama, sistematski pregledi) nijesu predviđene osnovnim paketom usluga

iako se i dalje realizuju na ovom nivou. Iako su strategijom predviđene, značajan dio suštinski neophodnih aktivnosti koncepta komunalne psihijatrije iz domena metoda psihosocijalne rehabilitacije nijesu obuhvaćene osnovnim paketom usluga, što čini njihovu implementaciju gotovo nemogućom. Relativno specifični oblici prevencije, kroz rad različitih savjetovališta na nivou primarne zdravstvene zaštite, se u cijeloj državi obavljaju u rudimentarnom obliku, uprkos činjenici da je nacionalnom strategijom predviđeno uspostavljanje ovakvih savjetovališta u gotovo svim institucijama primarne zdravstvene zaštite.

Generalno, u sadašnjim okolnostima se i dalje psihijatrijska služba na nivou Crne Gore dominantno oslanja na bolnički tretman pacijenata, ne pružajući veliki broj neophodnih usluga u zajednici i konkretna rješenja za korisnike na višegodišnjem bolničkom liječenju.

Ovi podaci su posebno upozoravajući, ako se ima u vidu činjenica da je tokom poslednjih 30 godina broj psihijatrijskih kreveta u Crnoj Gori značajno redukovano. Naime, 1989. godine u cijeloj državi bilo 389 psihijatrijskih kreveta, dok je aktuelno postoji 312 postelja. Ovu redukciju posteljnog kapaciteta nije pratila adekvatno jačanje servisa u zajednici, što je u današnjim okolnostima rezultiralo situacijom preopterećenosti bolničkih ustanova (po-

sebno Specijalne bolnice za psihijatriju u Kotoru) i nedostatkom kapaciteta za akutni psihijatrijski tretman u cijeloj državi.

U istom vremenskom periodu zapaža se rapidni porast broja sudskih pacijenata kao i zatvorske populacije u cijeloj državi. Iako ostaje upitno koliko su ove tri pojave međusobno povezane, neosporno je da sve zajedno zahtjevaju hitnu intervenciju društva i prevazilaženje trenutne situacije.

METODOLOGIJA RADA RECOVER-E PROJEKTA

Dizajn studije

Nakon formiranja multidisciplinarnog tima i dobijene etičke saglasnosti za sprovođenje istraživanja, u svakoj od implementacionih zemalja (Crna Gora, Hrvatska, Makedonija, Bugarska, Rumunija) započelo se sa formiranjem uzorka pacijenata koji će biti randomiziran u dvije podgrupe, prva čiji tretman će se koordinirati u okviru multidisciplinarnog tima i druga (kontrolna) koja će nastaviti sa uobičajenom metodologijom liječenja kakva postoji u crnogorskom zdravstvenom sistemu, uz praćenje nekoliko vrsta rezultata: Implementacioni rezultati (pokrivenost i adherentnost evidence – based metodama liječenja na nivou zdravstvene zaštite); Ishodi na nivou pojedinačnih slučajeva (izmjene u kvalitetu života i

socijalnom funkcionisanju pacijenata); te Analiza ekonomskog aspekta projektnih aktivnosti

SELEKCIJA UZORKA

Predviđeno je da učesnici studije budu odrasle osobe, uzrasta od 18 do 65 godina, sa dijagnostikovanim prisustvom teškog duševnog oboljenja, koje:

- Ispunjava dijagnostičke kriterijume za neki od sledećih vrsta mentalnih poremećaja (bipolarni poremećaj, major depresiju, shizofreniju ili ostali psihotični poremećaji), prema ICD X klasifikacionom sistemu;
- Dovodi do značajnih limitacija u ličnom i socijalnom funkcinisanju;

Kriterijumi za isključivanje su:

1. Životna dob ispod 18. godine života
2. Pacijenti sa demencijom ili drugim teškim organskim oboljenjima

Svi podaci dobijeni tokom sprovođenja projekta će biti zaštićeni prema Opštim pravilima za zaštitu podataka EU General Data Protection Regulation [(EU) 2016/679]]

Strategija regrutacije pacijenata

Postupak selekcije pacijenata se sprovodio kaskadno, uz proširenje selekcionih kriterijuma u cilju postizanja zadovoljavajuće veličine uzorka. Na početku, prvo su regrutovani pacijenti

koji su započeli ambulantno ili hospitalno liječenje u okviru ZU Secijalne bolnice za psihijatriju Kotor u periodu od 12 mjeseci prije početka rada multidisciplinarnog tima. Obzirom da njihov broj nije bio dovoljan za ispunjavanje uzorka, u kasnijem toku su uključene i sve ostale grupe pacijenata, bez obzira na dužinu tretmana.

Statistička snaga, randomizacija, prevođenje upitnika

Planirano je uključivanje po 90 pacijenata u svakoj od podgrupa, što će po našim procjenama obezbjediti adekvatnu statističku snagu detekcije klinički značajnog efekta (srednja standardizovana razlika) od $d=0.33$ (indikativno kao efekat srednje veličine), statistički značajnog ($\alpha \leq 0.05$, 2-tailed) sa snagom od $(1-\beta)=0.80$, kada se primarni ishod (WHODAS 2.0) evaluira pomoću ANCOVA ili sličnog modela, Randomizacija će se izvršiti bez bilo koje stratifikacije uzorka, od strane nezavisnog statističara.

Kod WHODAS 2.0 skale će se koristiti srpski prevod zvanično objavljen na WHO sajtu. Ostali upitnici su timski prevedeni od strane tri prevodioca i Istraživačkog tima.

INTERVENCIJA

Tretman u intervencijskoj grupi će se vršiti u okviru multidisciplinarnog

tima za mentalno zdravlje u zajednici, koji će se sastojati od različitih grupa profesionalaca uključujući psihijatre, psihologe, medicinske sestre i socijalne radnike i pružati integriranu medicinsku i socijalnu zaštitu usredsređenu na (simptomatski, funkcionalni i lični) oporavak.

Shodno modelu koji se standardno koristi u Holandiji, jedan od saradnika biće osoba sa mentalnim oboljenjem koja je ekspert po iskustvu (liječeni pacijent prim autora.) što predstavlja novitet u Crnoj Gori.

Zavisno od potreba pacijenta i kliničkih indikacija Tim može intezivirati i de-intezivirati način rada kroz dva osnovna modela:

- Individualno upravljanje slučajem, gdje se tretman obavlja od strane jednog od članova tima, će biti rezervirano za pacijente u stabilnoj remisiji.
- Intezivni asertivni tretman u zajednici, u kome pacijent ima kontakt sa većim brojem članova tima (tzv shared caseload). Ovi pacijenti se posjećuju na gotovo svakodnevnoj bazi i njihovi slučajevi se razmatraju na zajedničkim sastancima tima, koji se standardno organizuju 3 puta nedjeljno.

U što je moguće većoj mjeri intervencije zasnovane na dokazima (evidence based) u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti za teška duševna oboljenja

će se koristiti tokom tretmana klijenata u sopstvenom domu. Ovdje se prvenstveno podrazumijevaju Intervencije usmjerene na porodicu, Motivacioni intervju i kognitivno bihejvioralne terapije u kombinaciji sa psihofarmakoterapijom.

Kontrolna grupa: Uobičajena njega

Seting zdravstvene zaštite i njihovi pružaoci koji su dodijeljeni kontrolnoj grupi dobijaju uobičajen tretman. U ovim okolnostima prijem bolesnika u bolnicu je standardni protokol tokom bilo kakvog pogoršanja stanja mentalnog zdravlja.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

U istraživanju će se koristiti strukturisani psihijatrijski intervju, određene skale, podaci iz medicinske dokumentacije, te fokus grupe. Predviđeno trajanje strukturisanog psihijatrijskog intervjua i ispunjavanja potrebnih skala iznosi 45 minuta po ispitaniku. Strukturisani psihijatrijski intervju vršit će se na početku uključivanja u studiju, dok će se popunjavanje evaluacionih skala sprovesti prilikom uključivanja u studiju, te u 12. i 18. mjesecu trajanja studije (zavisno od upitnika).

Najvažnije skale, na nivou pojedinih pacijenata, koje će se primjeniti u istraživanju su:

**Skala procjene sposobnosti
Svjetske zdravstvene organizacije**
(World Health Organization
Disability Assessment Schedule
WHODAS)

Ovo je je instrument koji je stvorila Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za procjenu nivoa funkcionisanja baziran na konceptualnom okviru Međunarodne klasifikacije funkcionisanja, invalidnosti i zdravlja (International Classification of Functioning, Disability, and Health ICF). Skala je bazirana na bio-psiho-socijalnom modelu oporavka i 36 stavki o funkcionisanju i invalidnosti, koje se odnose na period poslednjih 30 dana. Osnovni domeni WHODAS su: razumijevanje i komuniciranje, kretanje, mogućnost samostalne brige, životne aktivnosti i socijalno funkcionisanje. Tokom istraživanja, shodno saglasnosti koju je od SZO dobio Univerzitet u Hajdelbergu (koji je glavni korodinator naučnog istraživanja u Recover-E projektu), koristi će se zvaničan srpski prevod skale, dostupan na sajtu SZO. Skala će biti ispunjavana na početku studije i nakon toga u 12. i 18. mjesecu.

EURO-QOL (verzija EQ-5D-3L)

Ovaj upitnik je kreiran 1990. godine od strane EuroQol grupe i sastoji od 2 cjeline: EQ-5D opisnog sistema i EQ vizuelna analogna skala (EQ VAS).

Opisni sistem EQ-5D-3L sastoji se od sledećih pet dimenzija: mobilnost, self-care, uobičajene aktivnosti, bol/nelagoda i anksioznost/depresija. Svaka dimenzija ima tri nivoa. EQ VAS prikazuje pacijentovu samoprocjenu zdravlja na vertikalnoj vizuelnoj analognoj skali gdje su krajnje tačke označene kao "Najbolje zamišljeno zdravstveno stanje" i "Najlošije zamišljeno zdravstveno stanje". VAS se može koristiti kao kvantitativna mjera zdravstvenog ishoda koji predstavlja pacijentovu ličnu procjenu. Dio skale ispunjava ispitanik, a dio član tima na početku studije, u 12. i 18. mjesecu trajanja studije.

**Trimbos/IMTA Questionnaire on
Costs associated with Psychiatric
Illness – TiC-P**

Ova skala je kreirana sa ciljem da prikuplja podatke o troškovima povezanim s mentalnim poremećajima, koje imaju individualni pacijenti. Obuhvata sledeće parametre: 1) troškove uslijed korišćenja zdravstvene zaštite; 2) troškove pacijenata i njihovih porodica na prevoz zbog korišćenja zdravstvene zaštite i na neformalnu njegu; 3) troškove uzrokovane gubicima u produktivnosti uslijed izostanaka s posla i smanjene produktivnosti na poslu kod onih pacijenata koji obavljaju plaćeni posao. Upitnik će ispunjavati istraživač na početku, u 12. mjesecu i po završetku studije.

Upitnik INSPIRE

Napravljen od strane King's College London INSPIRE je upitnik od 28 stavki, a predstavlja korisničku mjeru podrške pri oporavku. Skalu će ispunjavati ispitanik na početku studije, u 12. i 18. mjesecu trajanja studije.

Skala samoprocjene oporavka (Recovery self-assessment scale RSA-R)

Skala samoprocjene oporavka je mjera s 36 stavki namijenjena za procjenu stepena primjene programa u procesu oporavka. To je samo-reflektirajući alat dizajniran za prepoznavanje prednosti primjenjenog programa i ciljanih područja poboljšanja. Viši rezultati na skali pokazuje snažnije vjerovanje zaposlenog kako na radnom mjestu sprovode praksu usredsređenu na oporavak. Skalu će ispunjavati nosioci usluge, odnosno članovi tima na početku studije, u 12. i 18. mjesecu studije.

POTENCIJALNI DOPRINOS

Recover-E projektne aktivnosti će doprinijeti povećanju istraživačke evidencije u metodologijama organizacije službi mentalnog zdravlja u zajednici. Naša pretpostavka je da organizacija ovakvih servisa u značajnoj mjeri doprinosi boljem kvalitetu života i nivou

funkcionisanja oboljelih osoba, kao i znatno manjem steenu rehospitalizma. Rezultati istraživanja i komparacije dva modela tretmana kao i naučene lekcije iz projektnih aktivnosti će, po našem mišljenju, omogućiti kasniju održivost intervencija na nacionalnom nivou i stvoriti predušlove za početak deinstucionalizacije hospitalnih psihijatrijskih servisa.

MULTIDISCIPLINARY STUDIES OF MENTAL HEALTH TREATMENTS IN A COMMUNITY IN MONTENEGRO - RECOVER-E PROJECT

Jovo Đedović¹
Aleksandar Tomčuk¹
Danijela Miladinović¹
Sandra Vlahović¹
Tatijana Đurišić²

- 1 ZU Special Psychiatric Hospital "Dobrota", Kotor, Montenegro
- 2 ZU Public Health Institute of Montenegro, Podgorica, Montenegro

UDK: 612.821:616.89-008.46

Summary

Comprehensive mental health services which includes medical therapists with psychological and social support increases co-morbidity in the treatment and reduces the frequency of psychotic relapse, leading to better treatment outcomes (better remission of psychopathology, better personal and social functioning, improved quality of life) and more favorable social indicators (less stigma, stability of housing, work rehabilitation, community life).

RECOVER -E (Extensive Implementation of Mental Health Care in the Local Community for Persons with Severe and Enduring Mental Disorders in Europe) The project activities aim to implement effective, multidisciplinary mental health

community teams (TMZZs) in 5 Central and South-Eastern European countries, which will represent the central nodus for coordination and implementation of mental disorders treatment for people with severe mental illnesses. Namely, this kind of treatment is still not fully developed in this part of Europe, and human capacity building, evidence-based, medicine based postulates and community-based treatment outcomes tailored to local circumstances and aimed at patient recovery can be significant encouraging policy makers to continue and strengthen these activities.

Key words:

mental health, community, recovery, mental, illness, implementation

REFERENCE / REFERENCES:

1. Caldas Almeida J, Mateus P, Tomé G, Katschnig H, Hinkov H, Sooniste I, et al. Joint Action on Mental Health and Well-being, Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care, Situation Analysis and Recommendations for Action. 2016. http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5_Final-20151203075843.pdf.
2. Huber M, Stanciole A, Wahlbec K, Tamsma N, Torres F, Jelfs E, et al. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. 2008.
3. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82:858–66. doi:/S0042-96862004001100011.
4. Vos T. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. www.thelancet.com *Lancet*. 2016;388:1545–602.
5. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16:11–23. doi:10.1037/h0095655.
6. Braun P, Kochansky G, Shapiro R, Greenberg S, Gudeman JE, Johnson S, et al. Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am J Psychiatry.* 1981;138:736–49.
7. Conway M, et al. A companion to

- purchasing mental health services. Cambridge Angl Oxford Reg Heal Auth. 1994.
8. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. *Dis Manag Heal Outcomes*. 2001;9:141–59. <http://link.springer.com/10.2165/00115677-200109030-00003>. Accessed 23 Jan 2016.
 9. Caldas de Almeida J, Killaspy H. Long Term Mental Health Care for People with Severe Mental Disorders. 2011. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf.
 10. Leff J, Dayson D, Gooch C, Thornicroft G, Wills W. Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatr Serv*. 1996;47:62–7.
 11. Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *Br J Psychiatry*. 2000;176 MAR.:217–23.
 12. Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *BMJ*. 1999;319:13–6. doi:10.1136/bmj.319.7201.13.
 13. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. doi:10.15171/ijh-pm.2017.07.
 14. Lund C, Tomlinson M, De Silva M, Fekadu A, Shidhaye R, Jordans M, et al. PRIME: A Programme to Reduce the Treatment Gap for Mental Disorders in Five Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med*. 2012;9:e1001359. doi:10.1371/journal.pmed.1001359.
 15. Nicaise P, Dubois V, Lorant V. Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy (New York)*. 2014;115:120–7. doi:10.1016/j.healthpol.2014.02.007.
 16. Franx G, Dixon L, Wensing M, Pincus H. Implementation strategies for collaborative primary care-mental health models. doi:10.1097/YCO.0b013e328363a69f.
 17. Araya R, Alvarado R, Sepúlveda R, Rojas G. Lessons from scaling up a depression treatment program in primary care in Chile. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2012;32:234–40. doi:10.1590/S1020-49892012000900009.
 18. Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expect*. 2016;19:152–69. doi:10.1111/hex.12338.
 19. Zitko P, Ramírez J, Markkula N, Norambuena P, Ortiz AM, Sepúlveda R. Implementing a Community Model of Mental Health Care in Chile: Impact on Psychiatric Emergency Visits. *Psychiatr Serv*. 2017;68:832–8. doi:10.1176/appi.ps.201600371.
 20. LIU JIN, MA H, HE Y-L, XIE BIN, XU Y-F, TANG H-Y, et al. Mental health system in China: history, recent service reform and future challenges.

- World Psychiatry. 2011;10:210–6.
21. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, Helpman L, Mootz JJ, Johnson KA, et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. Curr Psychiatry Rep. 2017;19.

Jovo Djedović

ZU Specijalna bolnica za
psihijatriju "Dobrota" Kotor

tel. +382 32 330 922
+382 67 690 325

spbdobrota@t-com.me