

СТРАТЕГИЈА РАЗВОЈА ЗДРАВЉА МЛАДИХ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

1. УВОД

Министарство здравља крајем 2003. године формирало је Радну групу за развој и здравље младих, руководећи се, поред осталог, и једним од водећих принципа у визији система здравствене заштите у Републици Србији, у оквиру кога се истиче да ће се посебна пажња посветити иницијативама које ће побољшати заштиту и промоцију здравља деце и младих. Један од задатака ове радне групе јесте и израда Стратегије развоја здравља младих у Републици Србији, (у даљем тексту Стратегија). На припреми овог документа стручна помоћ и подршка добијена је од УНИЦЕФ-а, као стратешког партнера Министарства здравља.

Стратегија за развој и здравље младих у Републици Србији, као документ од националног значаја, јесте део стратегије развоја целокупног здравственог система. Међутим, представља и инструмент за мобилизацију не само здравственог сектора, већ и свих чинилаца друштва као партнера у очувању здравља младих, решавању проблема и спречавању понашања које је ризично по здравље.

Стратегија обухвата циљеве, активности и очекиване резултате у унапређењу здравља младих, укључујући и оспособљавање младих за бригу о сопственом здрављу. Такође подразумева и унапређење квалитета, ефикасности и доступности здравствене заштите, као и изнајавење нових приступа за постизање бољег здравља младих.

Кључна опредељења Стратегије су промоција здравља младих и примарна превенција, као и развој партнерских односа и јачање законске регулативе. У Стратегији је истакнута потреба да се свим младим људима обезбеди сет здравствених услуга које су: поверљиве и квалитетне, засноване на потребама младих, а које обављају мотивисани, пријатељски расположени и едуковани здравствени радници у безбедном окружењу за младе и у чијем планирању, спровођењу, праћењу и оцењивању млади имају кључну улогу. Посебан нагласак стављен је на савладавање изазова за здравље са којима се суочавају млади људи, који су већ у неповољном друштвеном и економском положају. Заједнички рад међу секторима, који су од значаја за здравље и развој младих, треба да буде пут за стварање такве средине у којој ће сви млади имати услове за обезбеђење физичког и менталног здравља, психичког и емоционалног благостања, слободу од злостављања и искоришћавања, као и знање и прилику да воде здрав живот.

Стратегија за развој и здравље младих у Републици Србији базира се на основним принципима и вредностима истакнутим у међународним документима у области јавног здравља и унапређења здравља деце и младих, као што су: Конвенција о правима детета УН, Миленијумски циљеви УН, Свет по мери деце, Квалитетно образовање за све, Здравље за све у 21. веку, Акциони план за животну средину и здравље деце у Европи, Пета конференција о становништву и развоју (Каиро, 1994), Стратегија сексуалног и репродуктивног здравља Светске здравствене организације (у даљем тексту: СЗО) и др. Стратегија се по свом садржају ослања и на постојеће националне стратегије: Стратегију за смањење

сиромаштва, Национални план акције за децу, Националну стратегију за ХИВ и Националну стратегију за ментално здравље.

Главни правци Стратегије за развој и здравље младих у Републици Србији су:

- успостављање националних приоритета у области здравља младих;
- креирање активности у области промоције здравља, посебно оних чији су носиоци млади;
- померање тежишта активности са болести на детерминанте здравља и факторе ризика као узроке обољевања и превремене смртности;
- унапређење и подршка индивидуалним и колективним здравим стилевима живота, адекватним здравственим и социјалним услугама и ефективном коришћењу здравствених служби;
- развијање партнерства са младима;
- дефинисање индикатора за праћење детерминанти здравља и фактора ризика везаних за здравље младих.

Стратегија за развој и здравље младих у Републици Србији идентификује:

- правце развоја служби и сектора који су у функцији промоције здравља младих;
- жељене исходе у односу на постављене циљеве које би требало реализовати кроз активности свих субјеката друштва;
- области унутар којих је потребна координација између здравственог и других сектора да би се постигли задати циљеви;
- главне носиоце активности на републичком и локалном нивоу који би помогли осмишљењем коришћењу ресурса, омогућавајући интерсекторску кооперацију и координацију.

2. ДЕФИНИЦИЈА ПОПУЛАЦИЈЕ

Млади људи, по дефиницији УН, представљају будућност сваког друштва и они су најисплативија дугорочна инвестиција.

Према подацима СЗО, адолесцентима се подразумевају особе узраста од 10 до 19 година, а млади се групишу у узрасту од 15 до 24 године живота. Ове две међусобно, делимично преклапајуће, узрастне групације чине комплексну групацију младих особа у узрасту од 10 до навршених 24 година. У складу са Законом о здравственој заштити Републике Србије из 2005. године, међу групацијама становништва „које су изложене повећаном ризику оболевања” истакнути су и: „деца до навршених 15 година живота, школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до 26. године живота.

На тај начин посматрано, према законској регулативи Републике Србије, млади узраста од 10 до 26 година чине циљну групацију којој је Стратегија намењена, уз уважавање специфичности везаних за добне интервале, односно развојне периоде. При томе се посебно мисли на две групације популације и то: а) младе до навршених 18 година живота, односно до завршетка средњешколског образовања и б) младе од 19 и више година.

Добни интервал од 10 до 26 година, као прелазак из детињства у зрелост, у коме се губи привилегија детета, а стичу права и обавезе одрасле особе, обележен је дубоким променама које се односе на биолошки раст, сексуално, когнитивно, емотивно и психосоцијално сазревање. У складу са тим, младе особе успостављају контролу над сопственим животом, доносе одлуке и сноси последице сопствених одлука и понашања. Другим речима, навике и начин живота који се стичу у младости далекосежно утичу на развој, здравље и целокупан живот одрасле особе.

Стога и потреба да се, кроз примену Стратегије, популационој групацији наведене животне доби благовремено и на адекватан начин помогне да на здрав начин пређе из адолесценције у доба пуне зрелости.

3. ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

Према резултатима пописа становништва спроведеног 2002. године, у Републици Србији (без података за А.П. Косово и Метохија) има укупно око 7,5 милиона становника. Просечна старост становника износи 40,2 године. Индекс старости у Републици Србији у 1991. години износио је 0,51, а у 2002. години 1,00, што указује на чињеницу да се старење становништва у Републици Србији и даље наставља.

Очекивано трајање живота је 2002. године у Републици Србији износило за особе женског пола 75, а за мушкарце 69,7 година.

У структури становништва према узрасту такође се запажа даље померање према старијим годиштима. Смањује се учешће становника од 0 до 14 година и то са 23,2% (1991.) на 15,7% (2002.), док се учешће становништва старијег од 50 година и даље повећава.

У Републици Србији природни прираштај се креће по стопи од 11,5 до 15,6 у 1950. години, а прелази у негативан прираштај у 1992. години. Последњих година негативан природни прираштај се наставља.

У периоду од 1950. до 2002. општа стопа фертилитета у Републици Србији је смањена на упола мање вредности (са 109 на 47,4 на 1000 жена генеративног периода). И док фертилитет константно опада, процењује се, на основу непотпуних података, да је стопа абортуса на 1000 жена генеративног периода врло висока.

Младих људи, као популационе групе узраста од 10 до навршених 24 година живота, 2002. године било је у Републици Србији (без података за А.П. Косово и Метохија) 1.447.910, са уделом од 19,31% у укупном броју становника.

У Републици Србији, проценат неписмених у узрасту од 10 до 19 година је у 1991. години износио 0,6%, а у 2002. години 0,75%.

Број склопљених бракова у 2002. години у узрасту од 10 до 19 година је 529.

У 2002. години у Републици Србији дошло је до промене пребивалишта – досељено је 15.861 младих узраста од 10 до 14 године, односно 46.518 узраста од 15 до 24 године.

Млади се налазе у категорији са надпросечним ризиком сиромаштва (12,7% ове старосне групације је сиромашно). Њихов релативни ризик за сиромаштво је за 20% већи у односу на просечну популацију.

Последња деценија 20. века може се означити као период «изнуђене продужене младости», због које је више од 2/3 младих са све израженијим проблемима «одлива мозгова» тј. трајног одлажења образованих младих људи из наше земље.

Анализа положаја младих показује да преко 50% запослених младих, или преко 70% незапослених младих живи са родитељима.

Већина младих, око 75% оцењује да се материјално стање њихових породица знатно погоршало током 90-тих година и сврставају своје породице у категорију домаћинстава која могу да задовољавају основне потребе – исхране и одевања.

Финансијска оскудица повезана је и са успореним процесом осамоставања младих. Процес индивидуализације је успорен због недостатка базичних ресурса: посла, стамбеног простора, новчаних средстава. Овакво стање се објашњава и нашом културом коју карактерише доминација породичних активних вредности и спора транзиција у одрастање.

4. ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА МЛАДИХ

Од свих популационих групација, према званичним подацима здравствене статистике, у групацији младих се региструје најнижа стопа разбољевања и умирања.

Међутим, најновија истраживања у Србији (УНИЦЕФ, СЗО, УНФПА) откривају генерацију младих чије је здравље угрожено. Резултати ових истраживања указују на то да су водећи ризици по здравље младих све већа злоупотреба дувана, алкохола, опојних дрога, висок ниво повреда (саобраћајни трауматизам, занемаривања и злостављања). Такође здравствено стање младих карактерише и лоше ментално здравље са све вишом стопом поремећаја понашања, болести зависности, депресије и самоубиства, као и ниска стопа контрацептивне заштите са све већим порастом сексуално преносивих инфекција.

Здравствена култура становништва уопште је на ниском нивоу, па и код младих није развијена навика чувања и редовне контроле здравља, уз примену здравог начина понашања и преузимања одговорности за сопствено здравље. Они се обично лекару обраћају када већ постоје тегобе које могу да укажу на неки од поремећаја. Проблем дискриминације, табуа и предрасуда и даље је врло изражен, па уколико се млад човек брине за своје здравље то се најчешће повезује са тим да је већ болестан, инфициран и сл.

Нарочитих проблема у задовољавању својих специфичних потреба имају:

а) млади са инвалидитетом - они се стално суочавају са баријерама које су архитектонске, информационе али се испољавају и кроз стигму и предрасуде, а здравствена служба и превентивне активности најчешће им нису доступне на начин да задовољавају њихове потребе. Школска средина и друга места окупљања младих углавном не пружају могућност младима са инвалидитетом да развију и искажу своје капацитете и способности.

б) посебно осетљиве, маргинализоване и социјално угрожене групе младих – У ову групацију се свраставају: млади без родитељског старања; бескућници; смештени у васпитне установе; сиромашни; они који нису обухваћени школским системом; припадници националних мањина; верских заједница; млади са потребом за посебном подршком; избегла и расељена лица. Здравствена служба још увек није у пуном обиму развила циљане интервенције.

Као актуелни здравствени проблеми у популацији младих, најизраженији у нашој средини, који захтевају организовану и континуирану акцију у циљу решавања, износе се:

4.1 Развојно - психолошки проблеми

Адолесценција се одликује бројним – често упадљивим развојно-психолошким и психопатолошким особеностима.

Клиничко искуство и резултати спроведених истраживања указују на значајно психолошко трпљење популације младих. Око 1/3 популације средњошколаца и студената припада групи граничних и ризичних тј. манифестује знаке психолошког трпљења и менталних проблема и поремећаја и исказују потребу за организованом психолошко-психијатријском подршком, односно помоћи. Угроженије су девојке и адолесценти у урбаним срединама.

Из године у годину све је већи број младих који имају психолошке проблеме или манифестују одређену, за овај узраст, специфичну психопатологију и то:

- различите тешкоће адолесцентног процеса, сконцентрисане око формирања стабилног и дефинитивног идентитета

- депресивна стања (укључујући самоубилаштво) и поремећаји понашања (укључујући злоупотребу психоактивних супстанци, насилно и делинквентно понашање и поремећаје исхране).

Често се, кроз рутинске прегледе и разговоре знаци депресије и суицидалне идеје не препознају од стране лекара, просветних радника и родитеља.

4.2 Проблеми репродуктивног здравља

Млади људи представљају категорију становништва Републике Србије са посебним факторима ризика за настанак оштећења репродуктивног здравља.

4.2.1 Сексуална активност

Према резултатима бројних студија учесталост сексуалне активности међу младима у Републици Србији је у порасту. То се манифестује кроз све већи удео сексуално активних у популацији младих људи и пораст учесталости полне активности међу млађим адолесцентима (до навршених 15 година живота), нарочито изражено код женских особа ове добне групе.

Резултати истраживања, спроведених у 30 места у Републици Србији међу ученицима узраста од 11 до 15 година, су показали да је сексуалне односе имало 22,5% дечака и 3,5% девојчица. Репрезентативна анкета међу студентима свих универзитетских центара у Републици Србији је утврдила да је сексуално активно око три четвртине студената и преко половине студенткиња узраста од 19. до 21. године.

Према подацима студије која је пратила промене у сексуалном понашању ученица других разреда средњих школа у Новом Саду, сексуалне односе је имало само 2,2% у 1960. години, а у 2000. години свака четврта средњошколка.

4.2.2 Трудноћа током адолесценције

Према проценама, током сваке календарске године догоди се око 50 трудноћа на 1000 девојака узраста 15 до 19 година. Величину овог здравственог и психосоцијалног проблема у Републици Србији илуструје податак да се у истој добној групи годишње догоди седам трудноћа у Холандији, а 28 у Великој Британији, земљи која има најлошије показатеље здравственог стања популације адолесцената у Западној Европи.

О размерама намерног прекида трудноће нема поузданих података. Стварно стање је вероватно далеко алармантније од онога које се приказује у подацима званичне здравствене статистике јер се на основу резултата мањих истраживања дубинског типа процењује да је број евидентираних артефицијалних абортуса знатно мањи од стварног, упркос постојању обавезе пријављивања ових интервенција и вођењу здравствене статистике. У прилог томе говори и несклад између пораста сексуалне активности међу младима, непромењеног обима коришћења савремене контрацепције и, према званичним подацима, пада учесталости рађања током адолесценције.

Процењује се да сваке године искуство са овом врстом медицинског поступка има шест до седам хиљада девојака адолесцентног узраста, а према резултатима мањег, дубинског испитивања искуство непланиране трудноће до навршених 19 година живота има свака шеста девојка из Београда, која је са сексуалном активношћу почела током адолесценције. Познато је да намерни прекид трудноће код младих нулипара представља значајан предиктор за настанак спонтаних побачаја и превремених порођаја, односно за развој инфертилитета у каснијем животном добу.

Учесталост рађања у периоду младалаштва може да се процењује анализом специфичних стопа фертилитета (број породиља на 1000 женских особа одређеног

узраста). Посматрањем промена у овом показатељу за територију Републике Србије од 1950 до 2003. године, запажа се пад специфичних стопа фертилитета у групама старијих адолесценткиња, док је у групи девојака узраста 16. година на истом нивоу, а у групи девојака од 15 година чак је и виши у 2003. години у поређењу са 1950. годином. Анализом модела репродуктивног понашања становништва Републике Србије запажа се незадовољавајући тренд задржавања релативно високих стопа специфичног фертилитета међу адолесценткињама у поређењу са старијим добним групама.

4.3 Сексуално преносиве инфекције

Размере проблема сексуално преносивих инфекција код младих људи у Републици Србији за сада нису познате, што је последица неадекватног регистровања ових обољења и немогућности одговарајуће дијагностике која би била доступна већини инфицираних особа. Ипак, налази мањег броја истраживања која су спроведена међу сексуално активним адолесцентима указују да велики број младих има неку од бројних сексуално преносивих инфекција. Примера ради учесталост хламидијске инфекције гениталних органа у групи од 300 сексуално активних девојака узраста 19 година у Београду износи 30,3% и креће се у распону од 18,7% међу адолесценткињама без тегоба па до 42,0% у групи оних са симптомима гениталне инфекције.

ХИВ инфекција (и АИДС) представљају само једну од сексуално преносивих инфекција и болести које доносе проблеме оболелим младима у друштвеној интеракцији, али чини се, најочљивијом.

У периоду од 1984. до краја 2004. године у Републици Србији регистровано је укупно 1.908 особа инфицираних ХИВ-ом, од којих је 1.245 већ оболело. Значајно је истаћи да је оптерећење ХИВ/АИДС-ом у Београду три пута веће него у читавој Србији (без података за А.П. Косово и Метохија).

Од укупно регистрованих ХИВ позитивних особа, 1.388 је мушкараца и 520 жена (однос полова је 2,6:1), од којих је са подручја града Београда (1.564 или 82%), док је на подручју А.П. Војводине пријављено 186 ХИВ инфицираних лица (9,9%).

Стопа ХИВ инфицираних особа на милион становника Србије (без података за А.П. Косово и Метохија) по години дијагностиковања показује дискретан тренд пораста. У узрасту млађем од 15 година ХИВ инфекција је ретка (3,6% од укупног броја инфицираних), а у узрасту од 15 до 24 године је четири пута чешћа (13,2%).

Према трансмисивним групама уочава се изразит пад тренда ХИВ инфекције међу интравенским наркоманима, хемофиличарима и примаоцима крви и крвних деривата, а са друге стране изразит тренд пораста у групи хетеросексуалаца, хомосексуалаца и бисексуалаца. У категорији са непознатом, односно неутврђеном трансмисијом (10,7%), где је већина инфицираних особа мушког пола, уочава се тренд пораста, што оправдава претпоставку да се највероватније ради о хомосексуалној трансмисији, те је потребно уложити додатни напор да се ова група дестигматизује и едукује.

Од 1.245 особа оболелих од АИДС-а, 905 је мушкараца и 340 жена (однос полова износи 2,7:1). По територијалној дистрибуцији већина АИДС случајева је са подручја града Београда (871 случај тј. 76%).

Највећи број АИДС случајева припада категорији од 15 до 49 година (86,1%). Узраст 15-24 године учествује са 5,3% свих оболелих, док је оболевање у узрасту млађем од 15 година изузетно ретко (2,8%).

Код највећег броја оболелих од АИДС-а у питању је крвна трансмисија, што махом подразумева коришћење заједничких игала и шприцева међу интравенским наркоманима. Таквих је 510 случајева (41%). Другу велику групу по начину

трансмисије чини сексуална трансмисија и то како хетеросексуална, тако и хомосексуална и бисексуална. Ово се скоро у потпуности односи на сексуалне односе без заштите (кондома), на промискуитетне особе или партнере ХИВ позитивних (473 случајева или 38%). Уз ове две групе значајан број оболелих је међу особама код којих није познат начин трансмисије (104 случаја или 11%) или су инфициране као примаоци крви и продуката од крви (9%).

У Републици Србији је у посматраном периоду регистровано 870 особа умрлих од АИДС-а (650 мушкараца и 220 жена), а однос полова износи 3:1. На подручју Београда је умрло 629 особа (73%).

4.4 Болести зависности

Болести зависности имају хроничан ток и доводе до тешких поремећаја психичког и телесног здравља младих, односно угрожавају или заустављају њихов нормалан психо-физички развој. Изразито је угрожена и њихова социјална позиција и позиција њихових породица, а самим тим и безбедност друштва.

Подаци везани за злоупотребу дрога, односно психоактивних супстанци (ПАС) и болести зависности у Републици Србији су непотпуни.

Сва досадашња истраживања и анкете, иако нису методолошки уједначена, указују на:

- пораст процента корисника психоактивних супстанци међу младима;
- снижење узраста на коме се догађа први контакт младих са психоактивним супстанцама;
- све већу учесталост коришћења две или више психоактивних супстанци заједно.

Према званичним подацима, присутан је стални тренд пораста злоупотребе ПАС међу младима. Старосна граница првог узимања дроге се значајно померила. Прво искуство остварује се у просеку око 15-е године живота, с тим да постоји тенденција ка даљем померању на ранији узраст (у 1993. години 0,7% припадало је добној групи од 15 до 19 година, а 2002. и 2003. године 16,8% односно 13,9%). Све чешће до првог узимања дроге долази и у узрасту од 11 до 13 година. Иницијалне супстанце су најчешће дуван, алкохол, канабиноиди, седативи, појединачно или у комбинацији. Све чешће и опиоиди представљају иницијалну дрогу (посебно код девојака), а у последње време и амфетамини.

У адолесцентном периоду, најчешће се злоупотребљавају дуван, алкохол, марихуана, седативи, амфетамини (“speed” и “ekstazi”), хероин, неки психофармаци (трамадол - Тродон, Синтрадон, Морадол, Артане, Акинетон и неки новији антидепресиви). Испарљиви растварачи (лепак, бронза) све ређе се злоупотребљавају. Употреба других дрога је више спорадична, а употреба кокаина је у благом порасту.

У популацији младих од 12 до 20 година, 8,4% је пробало марихуану, 0,6% је пробало екстази, 0,4 % је пробало кокаин, а 9,9% је изразило жељу да проба неку од дрога.

Заступљеност пушења међу младима је висока: 54,7% младих узраста од 13 до 15 година је пробало цигарету. Пасивно пушење је изузетно велико и сматра се да је 97,4% младих изложено њему у својој породици. У популацији студената 51,2% је пробало да пуши цигарете, 27% су активни пушачи, а 93,5% је редовно изложено пасивном пушењу.

У популација од 11 до 15 година, 57% је пробало алкохол, а 35% је имало бар једну епизоду пијанства. У популацији студената 96,5% је пробало алкохол, при чему је 71% младића, односно 35% девојака бар једном било пијано.

4.5 Злостављање и занемаривање

Злостављање и занемаривање које је постало социјално видљивије, представља велики друштвени проблем који погађа како младе у породицама, тако и младе у установама за децу лишене родитељског старања и младе у вулнерабилним групама (лица са потребом за посебном подршком, Ромска популација, избегла и расељена лица и остале категорије посебно осетљивих, маргинализованих и социјално угрожених).

Обједињени подаци о учесталости злостављања не постоје ни на нивоу државе нити на нивоу појединих сектора. Свака институција независно од области (здравство, социјални рад, полиција, судство) која се бави збрињавањем жртава злостављања има своје податке.

Велики број удружења бави се овом проблематиком, али ни они немају јединствену базу података. Поред тога проблем је у неуједначености едукације и доктринарних ставова у овој области.

Млади су злостављани најчешће унутар породице, али и у школи, на јавним местима, у друштву вршњака и у институцијама у које се смештају особе са хендикепом или млади преступници.

У јавности није довољно развијена свест о питању насиља у породици. Још увек су добоко усађене представе о приватности и недодирљивости породичног живота.

Више институција секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите имају специјализоване тимове за заштиту младих од злостављања и занемаривања, односно располажу стручњацима који су едуковани за рад у овој области. Међутим, координација међу њима није довољно структурисана и формализована.

4.6 Повреде

Повреде младих најчешће се дешавају у саобраћају, а последице су непоштовања саобраћајних прописа. Такође се повреде дешавају и у школи, кући, спортским теренима, на местима окупљања младих, где често изостаје адекватно пружена прва помоћ.

Од укупно 7.848 повређене деце од 15 до 19 година у Београду у 2004. години, 5.850 односе се на друге специфичне, неспецифичне и вишеструке повреде.

Све су чешће повреде услед физичког злостављања младих, како у породици, тако и у школи и на улици, али о њима не постоје адекватни подаци.

4.7 Физичка неактивност

Физичка неактивност младих може да утиче на неправилан развој тела и потпомогне настајање одређених деформитета и болести. Код ученика завршних разреда основне школе деформације кичменог стуба су учесталије него код ученика првих разреда, што указује да се стање погоршава током осмогодишњег школовања.

Млади су суочени са неодговарајућим - отежаним условима за бављење спортом или неким другим видом физичке активности и то у смислу да не постоје адекватни терени и игралишта, а и постојећи често нису безбедни. Такође, бављење одређеним спортом – посебно у професионалном смислу често подразумева велика новчана улагања или борбу за место у првој постави. Ово су и најчешћи разлози због којих се млади не баве спортом.

4.8 Неправилна исхрана

Неправилна исхрана представља неуравнотежено или недовољно узимање хране, а њене директне последице су поремећај раста и развоја, појава болести (хронична незаразна обољења, малнутриције, опадање имуних функција организма и др.).

Иако је избор хране индивидуалан и зависи од физиолошких потреба организма, узимање хране је ипак под утицајем културолошких, социолошких, економских и психолошких фактора живота.

Утицај средине и жеља да се буде привлачан у складу са савременим модним трендовима и истицање екстремне виткости као модела, често доводи до неправилне исхране и последица које се услед тога јављају.

Непоседовање културе исхране која подразумева непознавање ове области и погрешне навике („брза храна“, инстант напици и сл.) често се негативно одражавају на здравствено стање младих.

Не постоји адекватна и редовна едукација на ову тему.

4.9 Фактори из окружења који утичу на развој и здравље младих

Међу најважнијим из ове групе фактора, издвајају се:

- поремећај или пад система вредности који отежава структурисање идентитета младих, апатију младих, а што ствара простор за уметање разних негативних садржаја;
- проблеми у школству који додатно отежавају формирање идентитета младих;
- пораст шовинистичких испада;
- проблем запошљавања младих;
- сиромаштво као разлог за промискуитет ради обезбеђивања најосновније животне егзистенције, како појединца, тако и породице;
- недовољна упућеност родитеља у стварне потребе њихове деце;
- отуђивање чланова породице, недостатак комуникације, распад породице;
- лекари немају довољно времена за превентивни рад због неадекватног вредновања превентивног рада;
- непостојање вештина за тимски рад.

5. ОРГАНИЗАЦИЈА СЛУЖБИ ЗА МЛАДЕ, ЗАКОНОДАВСТВО, ЕВИДЕНЦИЈА И ИЗВЕШТАВАЊЕ

5.1 Опште карактеристике

Околности и потенцијални проблеми у којима се млади налазе нису у довољној мери препознати и то како од стране друштва, тако и од стране породице и појединца.

Значајан допринос у унапређивању здравствене заштите младих, имала је у периоду од 1968. до 1992. године Одлука о обавезним видовима здравствене заштите становништва тадашњег Републичког фонда за здравствено осигурање, која је - кроз ревизије и иновације - по свом садржају и изразито превентивној оријентацији у највећем делу применила опредељења познате Декларације о примарној здравственој заштити из Алма Ате (1978). Том Одлуком формулисана је обавеза друштвене заједнице да одређени обим здравствене заштите, као гарантовани минимум, обезбеди сваком грађанину односно свакој младој особи.

После тог периода, налазећи основа у Закону о здравственој заштити из 1992. године (члан 7), донета је Уредба о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студената, која је и данас важећа. Уредбу са три посебна програма, од којих је један Програм здравствене заштите школске деце и студената, усваја Влада Републике Србије 1995. године, а годину дана касније (1996) и Стручно-методолошко упутство за спровођење Уредбе о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студената. Најзад, Влада Републике Србије усвојила је у фебруару 1998. године и „Информацију о планирању породице”. Сачињени приручник за образовање здравствених радника, под називом „Примарна здравствена заштита мајке и детета” (1997.) јесте последњи у низу докумената из тога периода, чијом применом је у Републици Србији започела континуирана последипломска едукација педијатара, лекара опште медицине и гинеколога са примарног нивоа здравствене заштите.

Међутим, највећи број здравствених потреба младих сувише је сложен да би их самостално могла решити здравствена служба.

Иако се зна да породица, школа, локална самоуправа, удружења имају, поред здравствене службе, значајну улогу у побољшању здравља младих, та чињеница у пракси није довољно искоришћена. То се посебно односи на недовољну информисаност о здрављу, непостојање здравственог образовања у школском систему, неодговарајуће ангажовање других сектора друштва осим здравственог (социјална заштита, образовање, средства информисања и сл.)

У једном од таласа реформе образовања (у периоду од 2001 до 2003. године) здравствено васпитање било је препознато као важан део образовног процеса и тада (по сродности) било је припојено физичком васпитању - као предмет физичко и здравствено васпитање.

Од школске 2005/06 године здравствено васпитање се вратило на стари модел утапања здравствених тема у бројне предмете (без јасне поруке, без наглашеног значаја здравственог васпитања и без представе, или анализе, колико се, у погледу здравственог васпитања, на овај начин до сада постигло или уопште може постићи).

Специфични превентивни програми, базирани на интерсекторској сарадњи, уз активно учешће младих нису развијени у довољној мери (као позитиван пример добре праксе наводи се област репродуктивног здравља).

5.2 Организација здравствене заштите

Здравствена заштита намењена младима интегрални је део здравствене заштите која се обезбеђује целокупном становништву. У целини гледано здравствена заштита целокупног становништва више је оријентисана на лечење него на превенцију болести и промоцију здравља.

Међутим, у складу са наведеном Уредбом и Програмом о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студената, здравствена заштита намењена младима има наглашен промотивни здравствени приступ, усмерен на смањење регионалних разлика у здравственом стању, пратећи следеће приоритете: промоцију здравља адолесцената оба пола, развој хуманих односа међу половима и одговорног родитељства, превенцију, рану детекцију и третман свих стања која могу неповољно утицати на фертилитет, смањење сексуално преносивих инфекција.

Здравствена заштита младих, односно како је дефинисано популационе групације од 10 до 26 година, остварује се на примарном нивоу кроз институцију дома здравља, који чини основни интегрални део здравственог система.

А. Здравствена заштита деце школског узраста и младих који не припадају групацији студената, остварује се кроз рад:

- педијатријске службе, службе опште медицине, медицине рада и гинекологије, поливалентне патронажне службе у дому здравља и истуреним пунктовима у школама, домовима ученика и сл.;
- саветовалишта за младе у саставу служби за здравствену заштиту школске деце, која примењују добро развијен модел рада из области репродуктивног здравља младих, а нека започињу, уз примену у пракси потврђеног модела активног саветовалишног рада, да уведе и друге садржаје рада;
- диспанзере за ментално здравље оријентисане доминантно на секундарну превенцију.

Б. За студентску популацију у универзитетским центрима примарна здравствена заштита је добро организована и развијена када су у питању студенти виших школа и универзитета у Београду, Нишу и Новом Саду, а остварује се кроз службу унапређења здравља, службу опште медицине, гинекологије, менталног здравља. За студенте у Крагујевцу, здравствена заштита се обезбеђује у Дому здравља.

На секундарном и терцијарном нивоу здравствена служба није посебно прилагођена младима, а нарочито не популационој групацији оба пола узраста од 19 до 26 година. За узраст од 10 до 19 година здравствене услуге се пружају на дечијим одељењима при општим болницама, дечијим клиникама и институтима за децу и омладину, појединим специјализованим заводима, клиникама и институтима. Млади у групацији преко 19 година, осим у изузетним случајевима лече се и хоспитализују заједно са одраслим пацијентима на специјализованим одељењима општих болница, клиничко болничких центара, клиника и института, док студенти Универзитета у Београду имају посебно обезбеђену стационарну здравствену заштиту.

5.3 Специфичности здравствене заштите

Здравствена заштита младих није увек адекватна у погледу организације, приступачности и метода рада. Овај проблем је израженији у руралним срединама где се здравствена заштита остварује у смањеном обиму и садржају у односу на оне који се пружају у градским срединама.

Здравствене услуге за младе пружају специјалисти и лекари опште медицине, који у већини немају довољно специфичних знања и вештина из

области здравствене заштите младих. Здравствени радници и сарадници врло често нису довољно упознати са природом младалачког доба, па млади често наилазе на неразумевање, осуду, нељубазност.

И поред добре географске распрострањености, односно задовољавајуће доступности, здравствени систем се суочава са неодговарајућом инфраструктуром, застарелом опремом и често скученим простором.

Често здравствене службе нису окренуте ка младима и задовољавању њихових специфичних потреба и проблема. Дуги редови и непоштовање поверљивости могу да демотивишу младог човека за обраћање здравственој служби и коришћење здравствених услуга.

Налази из здравственог картона доступни су другим особама, те млади често не могу рачунати на поверљивост информација. Превентивни разговори и едукација усмерене на здраве стилове живота често се занемарују или потпуно изостају. У највећем делу Републике Србије, не постоје службе намењене менталном здрављу младих, а ретко постоје и едуковани професионалци који се циљано баве проблемима менталног здравља младих.

Младим људима су потребне информације, одређене животне вештине и приступ службама које ће им помоћи да на здрав начин пређу у доба пуне зрелости. Зато је потребно да се здравствени радници преоријентишу на здравље и развој адолесцената и да се широк спектар стручњака (здравствени и социјални радници, психолози, наставници, радници МУП-а и др.), уз вршњачке едукаторе развија активан приступ, усмерен на задовољавање потреба младих. Овај интердисциплинарни приступ заснован на деловању у оквиру заједнице, обједињује два комплементарна приступа: а) сваком младом појединцу обезбедити приступ информацијама и службама здравствене заштите; б) групи посебно осетљивих, маргинализованих и социјално угрожених младих обезбедити циљане интервенције.

5.4 Законодавство, евиденција и извештавање

У делу законодавне регулативе постоје бројни закони и подзаконски акти у различитим областима које су релевантне за здравље младих (здравствена заштита, животна средина, образовање, социјална заштита, саобраћај, финансирање и слично).

У садашњој ситуацији присутне су контроверзе међу законима, са често нејасном поделом одговорности. То заправо значи да у многим случајевима није сасвим јасно ко шта треба да уради и ко шта треба да финансира. Обавезе у области развоја и здравља младих нису добро дефинисане између појединих нивоа здравствене заштите, а исто тако између других сектора. Јасно је да је ова област у надлежности неколико министарстава: Министарства здравља, Министарства просвете и спорта, Министарства рада, запошљавања и социјалне политике, Министарства науке и заштите животне средине, Министарства за капиталне инвестиције, Министарства правде, Министарства финансија. Међутим, изостао је интерсекторски прилаз здрављу младих, као и активна партиципација младих у делу припреме и доношења законске регулативе која се на њих односи.

Систем евиденције и извештавања, који је такође регулисан одговарајућим подзаконским актима, и поред бројних појединачних база података, чија је тачност, потпуност, ажурност и валидност дискутабилна, не обезбеђује ни одговарајући поступак генерисања огромног броја података, те се они као такви не могу адекватно користити у процедури доношења одлука.

6. ПРИОРИТЕТНИ ПРОБЛЕМИ

Као приоритетни проблеми који се морају решавати кроз превентивне и контролне мере, уз коришћење нових технологија, развој интерсекторске сарадње и партнерства са младима, истичу се:

- отворена депопулација, интензивирање процеса демографског старења становништва и смањење стопе фертилитета;
- у структури морбидитета младих доминирају болести зависности, поремаћај репродуктивног здравља, пораст сексуално преносивих инфекција, депресије, док се као водећи узрок смрти региструју саобраћајне несреће и други облици насилне смрти;
- непознавање здравог стила живота као друштвено прихватљивог понашања; распрострањеност штетних облика понашања по здравље младих и недовољно развијене животне вештине у свим фазама одрастања;
- непостојање здравственог васпитања (здравственог образовања) у званичним курикулумима основних и средњих школа;
- младима са инвалидитетом, маргинализованим и социјално угроженим није обезбеђена потпуна доступност свих програма и пројеката очувања и унапређења здравља младих, као и циљаних програм;
- инфраструктура здравственог система није сасвим задовољавајућа, а здравствени радници нису довољно едуковани у области промоције здравља младих и побољшања квалитета њиховог живота, а превентивне активности нису на адекватан начин вредноване;
- неразвијеност тимског рада, интерсекторске сарадње и стварне партиципације младих у области очувања и унапређења здравља;
- недостатак континуираног, јединственог и свеобухватног праћења здравственог стања и понашања младих;
- недовољна осетљивост за стварање услова за једнаке родне могућности.

7. ЦИЉЕВИ СТРАТЕГИЈЕ

На основу података презентованих у анализи ситуације и наведених приоритетних проблема, као Стратешки циљеви износе се:

- промоција здравих стилова живљења, очување и унапређење здравља младих;
- постизање једнакости младих у здрављу без обзира на разлике према полу, здравственом стању, социоекономском статусу, етничкој, религијској и другој припадности;
- преусмеравање здравствене заштите од клиничког приступа према промоцији здравља, интерсекторској сарадњи, укључивању заједнице, активном учешћу младих и развоју индивидуалне одговорности за здравље.

При томе се дефинишу Стратешки исходи:

- најмање 50% младих усвојило здраве стилове живљења и користи адекватне службе здравствене заштите;
- сви млади без обзира на разлике према полу, здравственом стању, социоекономском статусу, етничкој, религијској и другој припадности имају једнаку могућност приступа информацијама, као и коришћењу служби здравствене заштите у циљу заштите, очувања и унапређења здравља;
- систем здравствене заштите за младе по квалитету рада територијално, садржајно и приступом доступан и „наклоњен” младима, уз пуну примену промоције здравља, развој тимског рада и интерсекторске сарадње, активне партиципације младих и ангажовања локалне заједнице;
- систем здравствене заштите за младе по квалитету рада територијално, садржајно и приступом доступан младима са инвалидитетом, маргинализованим и социјално угроженим младима.

Стратешки исходи се прате сетом Стратешких индикатора:

- преваленца сексуално преносивих инфекција (СПИ), ХИВ инфекције, порођаја међу млађим адолесцентима, прекида трудноће, поремећаја менталног здравља, самоубиства односно покушаја самоубиства, насилног понашања младих, злоупотребе психоактивних супстанци међу младима;
- проценат младих који сматрају да су заштићени од злостављања и занемаривања, као и број пријављених односно успешно решених случајева злостављања и занемаривања;
- проценат младих који користе услуге служби за здравствену заштиту, како у смислу заштите и унапређења здравља, тако и лечења;
- преваленца СПИ, ХИВ инфекције, прекинутих трудноћа, порођаја, поремећаја менталног здравља, самоубиства односно покушаја самоубиства, насилног понашања младих, злоупотребе психоактивних супстанци међу посебно осетљивим, маргинализованим и социјално угроженим младима;
- проценат младих са инвалидитетом, маргинализованих и социјално угрожених који користе услуге служби за здравствену заштиту, како у смислу заштите и унапређења здравља, тако и лечења;

- успостављен систем сталног мониторинга, евалуације и унапређења квалитета рада служби за здравствену заштиту младих;
- проценат општина на територији Републике Србије на којима постоје службе за здравствену заштиту младих са верификованим минимумом квалитета рада;
- проценат општина на територији Републике Србије на којима постоје циљане интервенције за здравствену заштиту посебно осетљивих, маргинализованих и социјално угрожених младих са верификованим минимумом квалитета рада.

Наведени индикатори добијају се на основу виталне-демографске статистике, рутинске здравствене статистике и/или спровођењем циљаних истраживања, а прате се према дефинисаним категоријама везано за пол, добну групацију и друге специфичне карактеристике, у циљу што комплекснијег сагледавања.

Стратешки циљеви се даље разрађују у низ општих и специфичних циљева, при чему њихово остваривање подразумева као услов стварну партиципацију младих.

7.1 Општи и специфични циљеви и индикатори

7.1.1 Развити безбедно и подржавајуће окружење за развој и здравље младих

Очекивани општи исходи:

- на нивоу Републике Србије, законски потпомогнут развој безбеднијег окружења за младе, уз пуно учешће младих на свим нивоима, односно у свим секторима;
- систематско праћење здравља и развоја младих, уз њихово пуно учешће и сарадњу на свим нивоима односно у свим секторима;
- на локалном нивоу, у најмање 75% општина постигнута интерсекторска сарадња, ојачани капацитети свих релеватних фактора, развијени и имплементирани локални акциони планови за обезбеђење подржавајуће и безбедније средине за развој и здравље младих.

Општи индикатори:

- постојање законских механизма и системских механизма којима се регулишу и штите дечја и људска права и здравље младих;
- проценат младих који сматрају став да је њихово здравље и развој подржано од стране републичких и локалних органа ;
- проценат младих који сматрају да су на републичком и локалном нивоу уважена њихова мишљења, те да је остварено њихово учешће у креирању и спровођењу активности за здравље и развој.

Извор података:

- извештај Владе;
- истраживања ставова младих спроведена на 3-5 година.

Специфични циљеви:

- први циљ: на нивоу Републике Србије, развој политике за развој и здравље младих, као и ревидирање постојећих и доношење нових закона и подзаконских аката;
- други циљ: на нивоу Републике Србије изградња система за организовано праћење и надзор здравственог стања младих што омогућава заснивање одлука у области развоја и здравља младих на поузданим информацијама;
- трећи циљ: на нивоу Републике Србије и локалном нивоу развој функционалних партнерстава за развој и здравље младих, уз промовисање и интензивирање активног учествовања младих у креирању активности;
- четврти циљ: на локалном нивоу јачање капацитета заједнице у планирању, имплементацији, мониторингу и евалуацији програма превенције, лечења и рехабилитације младих, као и у остварењу безбедније и здравије породичне, школске и радне средине за младе;
- пети циљ: акциони планови локалне самоуправе препознају значај родне једнакости.

Очекивани специфични исходи:

- на републичком нивоу усвојена стратегија за развој и здравље младих, као и сет закона којима се регулишу механизми спровођења, регулисања и заштите дечјих и људских права и здравља младих;
- на републичком нивоу организовано се прати спровођење усвојене стратегије и законске регулативе;
- на републичком нивоу усвојен и развијен информациони систем за континуирано праћење здравственог стања и развоја младих;
- све општине у Србији одредиле и едуковале кадар за примену информационог система и правовремено шаљу податке у централни систем;
- на републичком и локалном нивоу развијена координисана сарадња међу носиоцима активности и доносиоцима одлука оријентисаних на здравље младих;
- капацитети локалне заједнице усмерени ка задовољавању потреба младих ојачани у најмање 75% општина;
- локални акциони планови за развој и здравље младих донешени и примењују се у најмање 75% општина на територији Републике Србије;
- локални акциони планови осетљиви на родну једнакост.

Специфични индикатори:

У односу на први специфични циљ:

- постојање Стратегије развоја и здравље младих Републике Србије
- број усвојених закона и подзаконских аката;
- проценат општина у којима се практично и функционално спроводе законске регулативе.

У односу на други специфични циљ:

- постојање информационог система за праћење здравственог стања и развоја младих;
- проценат општина са едукованим особама за примену компјутерског програма и рад на информационом систему;
- проценат општина које уредно достављају податке и попуњавају централну базу података.

У односу на трећи специфични циљ:

- проценат општина у којима постоји координисана сарадња међу носиоцима активности и доносиоцима одлука оријентисаних на здравље младих, односно развијена „партнерства за здравље”.

У односу на четврти специфични циљ:

- проценат општина са развијеним акционим плановима локалне самоуправе за развој и здравље младих.

У односу на пети специфични циљ:

- родна структура носилаца активности имплементације локалних акционих планова.

Извор података:

- извештај Владе (први индикатор);
- истраживања ставова младих спроведена на 3-5 година.

7.1.2 Развити адекватан систем преноса знања и вештина за стицање ставова, навика и понашања које води ка здрављу

Очекивани општи исход:

- најмање 75% младих из опште популације и 50% младих из посебно осетљивих, маргинализованих и социјално угрожених група младих поседује потребно знање и вештине о здравим стилевима живљења, да заштити себе од полно преносивих инфекција и ХИВ/АИДС-а, злостављања и занемаривања, нежељених трудноћа, поремећаја исхране, поремећаја менталног здравља, суицида, насилно понашање младих и злоупотребе психоактивних супстанци.

Општи индикатор:

- проценат младих који су усвојили потребна знања, вештине, ставове и понашања уз праћење родне структуре младих – сет индикатора.

Извор података:

- студије спроведене на 3-5 година.

Специфични циљеви:

- први циљ: развој, стандардизација, акредитација, примена и праћење програма за промоцију здравља младих на националном и локалном нивоу који се спроводе од стране стручне јавности;
- други циљ: развој, стандардизација, акредитација, примена и праћење програма за промоцију здравља младих који се спроводе од стране младих („вршњачки приступ”);
- трећи циљ: развој, стандардизација, акредитација, примена и праћење циљаних превентивних програма за посебно осетљиве, социјално угрожене и маргинализоване младе;
- четврти циљ: увођење здравственог васпитања у школске програме и планове, односно програме, и његова пуна имплементација;
- пети циљ: програми су осетљиви на родну једнакост.

Очекивани специфични исходи:

- стручни превентивни програми и кампање развијени, акредитовани, континуирано се спроводе, прате и евалуирају у најмање 75% општина на територији Републике Србије;
- вршњачки превентивни програми и кампање развијени, стандардизовани, акредитовани, континуирано се спроводе, прате и евалуирају у најмање 75% општина на територији Републике Србије;
- превентивни програми за посебно осетљиве, маргинализоване и социјално угрожене младе развијени, акредитовани, континуирано се спроводе, прате и евалуирају у најмање 75% општина на територији Републике Србије;
- здравствено васпитање уведено у школске курикулуме, односно програме, наставно особље едуковано и спроводи се у вишим разредима основних и средњим школама на територији Републике Србије;
- програми су намењени и младићима и девојкама и препознају и уважавају родну једнакост и специфичности родова.

Специфични индикатори:

У односу на први специфични циљ:

- број акредитованих програма у свакој области промоције здравља;
- број акредитованих тренера;
- број едукованих стручњака;
- проценат општина у којима се примењују програми.

У односу на други специфични циљ:

- број акредитованих програма у свакој области промоције здравља;
- број акредитованих тренера;
- број вршњачких едукатора;
- проценат општина у којима се примењују програми.

У односу на трећи специфични циљ:

- број акредитованих програма у свакој области промоције здравља;
- број акредитованих тренера;
- број едукованих теренских радника;
- проценат општина у којима се примењују програми.

У односу на четврти специфични циљ:

- постојање јединственог концепта здравственог васпитања у школским курикулима, односно програмима;
- број едукованих наставника;
- проценат основних и средњих школа у којима је уведено здравствено васпитање, приказано према разредима.

У односу на пети специфични циљ:

- родна структура акредитованих тренера;
- родна структура вршњачких едукатора;
- родна структура теренских радника;
- родна структура едукованих наставника.

Извор података:

- министарства здравља, рада, запошљавања и социјалне политике, финансија, правде и здравствене, образовне и установе социјалне заштите.

7.1.3 Унапређивање и уједначавање квалитета заштите здравља младих са посебним освртом на прилагођавање служби развојним потребама младих

Очекивани општи исходи:

- на националном нивоу постављени стандарди квалитета здравствене заштите младих и успостављен систем контроле квалитета;
- на локалном нивоу у најмање 75% општина ојачани капацитети свих релевантних служби за здравље и развој младих и најмање 75% општина има мултидисциплинарна саветовалишта за младе која испуњавају стандарде квалитета рада.

Општи индикатори:

- постојање стандарда квалитета здравствене заштите младих и система акредитације здравствених и других релевантних радника;
- проценат младих који користе услуге мултидисциплинарних саветовалишта за младе;
- постојање система контроле квалитета рада;
- обухват здравствених радника и сарадника који су додатно едуковани за рад са младима.

Извор података:

- извештај Министарства здравља Републике Србије;
- истраживања ставова младих периодично на 3-5 година, као и надзор здравственог стања младих на нивоу Републике Србије.

Специфични циљеви:

- први циљ: развијање и доношење националних програма и водича добре праксе;
- други циљ: развијање и доношење протокола контроле рада;
- трећи циљ: подизање стручних капацитета и увођење процеса лиценцирања рада професионалаца у здравству и професионалаца из других области које су повезане са здрављем младих;
- четврти циљ: развијање постојећих и формирање нових служби окренутих младима, уз дефинисање система њихове контроле рада и координације;
- пети циљ: јачање капацитета (кадар, простор, опрема) институција усмерених на помоћ и лечење младих;
- шести циљ: смањење стигматизације и дискриминације младих који су оболели, са потребом за посебном подршком, социјално угрожених и злостављаних.

Очекивани специфични исходи:

- национални програми и водичи добре праксе развијени и дистрибуирани свим релевантним институцијама и појединцима;
- уведен систем лиценцирања рада појединаца у систему здравствене заштите;
- у најмање 75% општина у Републици Србији постоје мултидисциплинарна саветовалишта за младе са стандардизованим квалитетом рада, садржајем и приступом;
- развијени системи и предузете мере за смањење стигматизације и дискриминације младих који су оболели, са потребом за посебном

подршком, социјално угрожених и злостављаних у најмање 75% општина на територији Републике Србије;

- развијени системи за ефикасно пријављивање и отклањање последица стигматизације и дискриминације младих са потребом за посебном подршком, укључујући и оне који су оболели или злостављани у бар 75% општина на територији Републике Србије;
- преко 75% институција усмерених на промоцију здравља и лечење младих појачало капацитете (кадровске, просторне, опремљеност).

Специфични индикатори:

У односу на први специфични циљ:

- постојање националних стандарда и водича добре праксе;
- проценат здравствених установа односно појединаца упознатих са националним стандардима и водичима добре праксе.

У односу на други специфични циљ:

- донети и усвојени протоколи рада.

У односу на трећи специфични циљ:

- проценат здравствених и других радника који имају лиценцу.

У односу на четврти специфични циљ:

- проценат општина са развијеним стандардизованим саветовалиштима за младе.

У односу на пети специфични циљ:

- проценат институција усмерених на помоћ и лечење младих које су појачале капацитете (кадровске, просторне, опремљеност).

У односу на шести специфични циљ:

- проценат општина са развијеним програмима за смањење стигматизације и дискриминације;
- проценат општина са развијеним системом за пријављивање и отклањање последица стигматизације и дискриминације.

Извор података:

- министарства здравља, рада, запошљавања и социјалне политике, финансија, правде и установе у области здравствене образовне и социјалне заштите.

8. ЗАДАЦИ И АКТИВНОСТИ

- 8.1 Развити безбедно и подржавајуће окружење за развој и здравље младих.
 - 8.1.1 На националном нивоу развој стратегије за развој и здравље младих, као и ревидирање постојећих и доношење нових закона и подзаконских аката.
 - 8.1.1.1 Успостављање и развијање националне политике за младе.
 - 8.1.1.2 Ревидирање постојећих и доношење нових закона и подзаконских аката.
 - 8.1.2 На националном нивоу изградња система за организовано праћење и надзор здравственог стања младих што омогућава заснивање одлука у области развоја и здравља младих на поузданим информацијама.
 - 8.1.2.1 Континуирано праћење здравствених потреба и коришћења здравствене заштите младих.
 - 8.1.2.2 Развијање јединствене базе података о здрављу младих.
 - 8.1.2.3 Заснивање одлука у области развоја и здравља младих на поузданим информацијама.
 - 8.1.2.4 Развијање капацитета за научноистраживачки рад.
 - 8.1.2 На националном и локалном нивоу развој функционалних партнерстава за развој и здравље младих уз промовисање и интензивирање активног учествовања младих у креирању активности.
 - 8.1.2.1 Већа координација и сарадња међу носиоцима активности и доносиоцима одлука оријентисаних на здравље младих.
 - 8.1.2.2 Промовисање и интензивирање активног учествовања младих у креирању активности за здравље на националном и локалном нивоу.
 - 8.1.3 На локалном нивоу јачање капацитета заједнице у планирању, имплементацији, мониторингу и евалуацији програма превенције, лечења и рехабилитације младих, као и у остварењу безбедније и здравије породичне, школске и радне средине за младе.
 - 8.1.3.1 Јачање капацитета локалне заједнице у планирању, имплементацији, мониторингу и евалуацији програма превенције, лечења и рехабилитације младих.
 - 8.1.3.2 Остварење безбедније и здравије животне, школске и радне средине за младе.
 - 8.1.4 Акциони планови локалне самоуправе препознају значај родне једнакости.
 - 8.1.3.3 Укључивање оба рода у носиоце активности имплементације локалних акционих планова локалне самоуправе.
- 8.2 Развити адекватан систем преноса знања и вештина за стицање ставова, навика и понашања који воде ка здрављу.
 - 8.2.1 Развој, стандардизација, акредитација, примена и праћење програма за промоцију здравља младих на националном и локалном нивоу који се спроводе од стране стручне јавности.
 - 8.2.1.1 Прирема и израда програма за промоцију здравља младих.
 - 8.2.1.2 Тренинг носилаца програмских активности на републичком и локалном нивоу.

- 8.2.1.3 Развој оперативних планова спровођења активности на националном и локалном нивоу, уз уважавање потреба локалне заједнице.
- 8.2.1.4 Организовање и спровођење активности на местима где млади уче.
- 8.2.1.5 Организовање и спровођење активности на местима где млади проводе слободно време.
- 8.2.1.6 Коришћење медија, интернет мреже за младе, телефонских и интернет саветовалишта.
- 8.2.2 Развој, стандардизација, акредитација, примена и праћење програма за промоцију здравља младих који се спроводе од стране младих („вршњачки приступ”).
- 8.2.2.1 Припрема и израда вршњачких програма за промоцију здравља младих.
- 8.2.2.2 Тренинг младих као носилаца превентивних активности (вршњачких едукатора) на националном и локалном нивоу.
- 8.2.2.3 Развој оперативних планова спровођења активности на националном и локалном нивоу, уз уважавање потреба локалне заједнице.
- 8.2.2.4 Спровођење вршњачке едукације и формирање група за подршку „млади – младима”
- 8.2.3 Развој, стандардизација, акредитација, примена и праћење циљаних превентивних програма и кампања за посебно осетљиве, социјално угрожене и маргинализоване младе.
- 8.2.3.1 Припрема и израда циљаних превентивних програма
- 8.2.3.2 Тренинг носилаца превентивних активности на националном и локалном нивоу.
- 8.2.3.3 Развој и јачање програма за активније равноправно укључивање у социјалну средину.
- 8.2.3.4 Формирање и развој вршњачких и омладинских група које раде као групе за самопомоћ односно помоћ млади – младима и ширење мреже.
- 8.2.4 Увођење здравственог васпитања у школске планове и програме и њихова пуна имплементација.
- 8.2.4.1 Укључивање у редовне школске програме здравственог и физичког образовања (актуелне здравствено образовне теме).
- 8.2.4.2 Посебна едукација (доедукација) наставника и професора који би у школама били одговорни за здравствено васпитање.
- 8.2.5 Програми су намењени и младићима и девојкама и препознају и уважавају родну једнакост и специфичности родова.
- 8.2.5.1 Програми покривају проблематику специфичну за оба рода
- 8.2.5.2 Укључивање у вршњачку едукацију оба рода.
- 8.2.5.3 Укључивање у теренски рад оба рода.
- 8.2.5.4 Укључивање наставника оба рода у едукацију.
- 8.3 Унапређивање и уједначавање квалитета заштите здравља младих са посебним освртом на прилагођавање служби развојним потребама младих.
- 8.3.1 Развијање и доношење националних програма и водича добре праксе.
- 8.3.1.1 Припрема и израда програма и водича.

- 8.3.2 Развијање и доношење протокола контроле рада
- 8.3.2.1 Идентификација области рада у којима је потребно унапређење квалитета рада
- 8.3.2.2 Подржавајућа супервизија
- 8.3.2.3 Доношење акционих планова за унапређење квалитета рада
- 8.3.3 Подизање стручних капацитета и увођење процеса лиценцирања рада професионалаца у здравству и професионалаца из других области које су повезане са здрављем младих
- 8.3.3.1 Континуирана едукација професионалаца у здравству и професионалаца из других области које су повезане са здрављем младих
- 8.3.3.2 Увођење процеса лиценцирања у раду здравствених радника и других професионалаца
- 8.3.4 Развијање постојећих и формирање нових служби окренутих младима, уз дефинисање система њихове контроле рада и координације
- 8.3.4.1 Ширење мреже институција и служби које ће омогућити промоцију здравља младих
- 8.3.4.2 Формирање и развијање приступачне мреже саветовалишта за младе на примарном нивоу здравствене заштите
- 8.3.4.3 Развијање мреже доступних тимова за хитне и кризне интервенције
- 8.3.4.4 Развијање мреже ванинституционалних јединица са превентивном оријентацијом на локалном нивоу
- 8.3.4.5 Дефинисање система контроле и координације рада институција и служби за младе
- 8.3.5 Јачање капацитета (кадар, простор, опрема) институција усмерених на помоћ и лечење младих
- 8.3.5.1 Интегрисано деловање служби на сва три нивоа здравствене заштите
- 8.3.5.2 Нове стационарне јединице за менталне проблеме младих
- 8.3.5.3 Оснаживање, програмско и територијално дефинисање постојећих јединица за ментално здравље младих
- 8.3.6 Смањење стигматизације и дискриминације младих са потребом за посебном подршком, социјално угрожених и злостављаних
- 8.3.6.1 Развијање програма за развој самопоуздања, вештина комуникације и преговарања усклађених са развојним потенцијалима младих са поремећајима менталног здравља, хроничним обољењима и са потребом за посебном подршком
- 8.3.6.2 Прилагођавање архитектура младима са посебним потребама