

**Mapiranje usluga mentalnog
zdravlja i psihosocijalne podrške
za decu i mlade na Kosovu**



**Institut za psihologiju,
Univerzitet u Prištini**

Avgust 2026.

Sadržaj

Sadržaj	2
Zahvalnica	4
Skraćenice	5
Izvršni rezime	6
Uvod	11
Mapiranje MZPSP-a	13
Konceptualni okvir MZPSP-a za decu i adolescente	15
Mentalno zdravlje i psihosocijalna dobrobit: Situacija za decu i adolescente na Kosovu	17
Trenutni odgovor na potrebe mentalnog zdravlja dece i adolescenata	25
Nivo 1 – Univerzalna promocija i prevencija	45
Podizanje svesti i smanjenje stigme vezane za mentalno zdravlje	45
Uspostavljanje Nacionalne telefonske linije za decu	45
Digitalna psihoedukacija i niskointenzivna samopomoć	45
Kontrola pristupa i rano otkrivanje u školama	46
Funkcionalizacija timova za Intervenciju u ranom detinjstvu (IRD)	46
Nivo 2 – Ciljane i rane MZPSP intervencije	47
Programi podrške roditeljstvu zasnovani na porodici	47
Savetovanje zasnovano na školi i usluge upućivanja	47
MZPSP intervencije u školama zasnovane na dokazima	47
Skrining mentalnog zdravlja adolescenata zasnovan na primarnoj zdravstvenoj zaštiti	48
Socijalna i porodična podrška i usluge stabilizacije	48
NVO-i - premošćuju MZPSP usluge	48
Nivo 3 – Specijalizovane / kliničke usluge i usluge odgovora na krize	49
Putanje za odgovor na krize u školama	49
Specijalizovana procena složenih slučajeva od strane multidisciplinarnog tima (MDT)	49
Telefonska linija i chat 24/7 za mlade u kriznim situacijama	49
Međusektorski sistemski facilitatori	50
Zajednički mehanizmi upućivanja i povratnih informacija između sektora	50
Obuka o nezi zasnovanoj na razumevanju traume i psihološkoj podršci za socijalne usluge	50

Zaključci i strateški prioriteti	51
1. Uspostavljanje nacionalne arhitekture upravljanja i koordinacije.	51
2. Izrada posebne nacionalne strategije i akcionog plana za MZDA.	51
3. Implementacija Prioritetnog paketa MZPSP akcija kroz fazni i skalabilni pristup.	51
4. Izgradnja održive i supervizirane radne snage za MZDA.	52
5. Uspostavljanje zajedničkog sistema podataka i monitoringa.	52
6. Obezbeđivanje namenskog, predvidivog i višegodišnjeg finansiranja.	52
7. Institucionalizacija značajnog učešća dece, adolescenata i porodica.	52
Prilozi	54
Prilog 1: Lista institucija i predstavnika intervjuisanih putem Intervjua sa ključnim informatorima	54
Prilog 2: Sprovedene diskusije u fokus grupama	55
Prilog 3: Članovi Tehničkog komiteta	56
Prilog 4: Ključni faktori rizika i zaštite za mentalno zdravlje dece i adolescenata na Kosovu, prema socio-ekološkom nivou — zasnovano na uvidu u literaturu	57
Prilog 5: Međusektorski nalazi	62

Zahvalnica

Izveštaj o mapiranju naručio je UNICEF na Kosovu¹, a realizovan je od strane Instituta za psihologiju Univerziteta u Prištini. Tim izražava iskrenu zahvalnost svima onima koji su doprineli uspešnoj finalizaciji ovog izveštaja. Ovaj izveštaj je rezultat istraživanja, znanja, ekspertize i saradnje brojnih pojedinaca i organizacija. Posebno izražavamo zahvalnost svim članovima Tehničkog komiteta, koji su odigrali ključnu ulogu u izradi ovog izveštaja o mapiranju. Duboko smo zahvalni rukovodstvu i osoblju Kancelarije UNICEF-a na Kosovu, čije su vođstvo i kontinuirana podrška stvorili osnovu za ovaj rad. Posebno želimo da izrazimo priznanje i zahvalimo se g. Benjaminu Samuelu Fisheru, gđi Teuti Halimi, g. Lauratu Raci i gđi Hani Ilazi na njihovim uputstvima, facilitaciji i stalnoj podršci u svakoj fazi rada. Pored toga, visoko vrednujemo doprinos zainteresovanih strana na centralnom i opštinskom nivou, kao i implementacionih partnera, koji su velikodušno stavili na raspolaganje svoje vreme, stavove i stručna znanja. Njihov zajednički doprinos bio je od suštinskog značaja za formulisanje nalaza i preporuka predstavljenih u ovom izveštaju.

Autori:

- PhD Aliriza Arënlju
- PhD Kaltrina Kelmendi

Stavovi izneti u ovom izveštaju predstavljaju stavove autora i ne odražavaju nužno stavove UNICEF-a.

¹ Sva pozivanja na Kosovo treba shvatiti u kontekstu Rezolucije Saveta bezbednosti UN 1244 (1999)

Skraćenice

OZIS	Osnovni zdravstveni informacioni sistem
MZDA	Mentalno zdravlje dece i adolescenata
KBT	Kognitivno-bihevioralna terapija
KPR	Kontinuirani profesionalni razvoj
CSR	Centar za socijalni rad
ODO	Opštinska direkcija za obrazovanje
DZSZ	Direkcija za zdravstvo i socijalnu zaštitu
IRD	Intervencija u ranom detinjstvu
EASE	Emocionalne veštine u ranoj adolescenciji
SUOI	Sistem za upravljanje obrazovnim informacijama
ESPAD	Evropski projekt istraživanja o alkoholu i ostalim drogama u školama
DFG	Diskusija u fokus grupi
CPM	Centar za porodičnu medicinu
HAT	Pomoć adolescentima da napreduju
IPPU	Individualizovani plan porodičnih usluga
ASK	Agencija za statistiku Kosova
IKI	Intervju sa ključnim informatorima
ASK	Agencija za statistiku Kosova
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
LGBTQI+	Lezbejke, gej, biseksualne, transrodne, queer, interseksualne osobe, plus
MON	Ministarstvo obrazovanja i nauke
MDT	Multidisciplinarni tim
MFRT	Ministarstvo finansija, rada i transfera
MZPSP	Mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška
MICS	Istraživanje višestrukih pokazatelja
MZ	Ministarstvo zdravlja
NEET	Osobe koje se ne školuju, nisu zaposlene niti se usavršavaju kroz obuke
NVO	Nevladina organizacija
IRD	Intervencija u ranom detinjstvu
KDU	Kancelarija za dobro upravljanje
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
UKCK	Univerzitetski klinički centar Kosova
RCJZ	Regionalni centar za javno zdravlje
POP	Posebne obrazovne potrebe
SLT/OT	Govorna i jezička terapija / Profesionalna terapija
SMIA	Sistem za upravljanje obrazovnim informacijama
SOP	Standardna operativna procedura
UKCK	Univerzitetski klinički centar Kosova (Priština)
UNICEF	Dečiji fond Ujedinjenih nacija
SZO	Svetska zdravstvena organizacija

Izvršni rezime

1. Kontekst i opravdanost

Kosovo ima jednu od najmlađih populacija u Evropi, sa više od 423.000 dece mlađe od 18 godina, koja čine približno jednu četvrtinu ukupnog broja stanovnika. Ovaj demografski profil stvara veliku mogućnost za razvoj ljudskog kapitala, ali istovremeno postavlja jasnu obavezu pred institucije da štite i promovišu mentalno zdravlje i psihosocijalnu dobrobit dece i adolescenata. Za dete koje je rođeno danas na Kosovu očekuje se da ostvari samo 57 posto svog potencijala, uglavnom usled ograničenja u zdravstvu i obrazovanju. Siromaštvo, nezaposlenost, niska stopa učešća žena na tržištu rada i visok procenat mladih koji nisu uključeni u obrazovanje, zaposlenje ili obuku stvaraju strukturni pritisak koji pogađa decu, porodice i zajednice.

Deca i adolescenti na Kosovu odrastaju u kontekstu u kojem se prepliću višestruki rizici. Dostupni dokazi ukazuju na visok nivo emocionalne patnje, anksioznosti, lošeg raspoloženja, simptoma povezanih sa traumom, upotrebe supstanci, digitalnih rizika, vršnjačkog nasilja, kao i nasilja u školama i kod kuće. Deca iz ranjivih grupa, uključujući decu iz romske, aškaliske i egipćanske zajednice, decu sa invaliditetom, decu koja žive u ruralnim područjima ili domaćinstvima sa niskim primanjima, decu pogođenu migracijom ili repatrijacijom i decu iz drugih manjinskih zajednica, nesrazmerno su pogođena i suočavaju se sa dodatnim preprekama u pogledu bezbednosti, inkluzije i pristupa osnovnim uslugama.

Navedeni izazovi ukazuju na to da je važno da se osigura da usluge mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške budu dostupne, pravedne i da odgovaraju različitim potrebama dece i adolescenata. Radi boljeg razumevanja kapaciteta postojećih sistema za zadovoljenje ovih potreba, UNICEF je naručio mapiranje usluga mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške za decu i adolescente na Kosovu, koje je realizovano u partnerstvu sa Institutom za psihologiju Univerziteta u Prištini. Svrha mapiranja bila je da se proceni koliko su postojeći sistemi spremni da odgovore na potrebe dece i adolescenata, da se identifikuju praznine i nejednakosti u uslugama, kao i da se predlože praktični prioriteti za koherentniji, multisektorski odgovor u oblasti usluga mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške (MZPSP).

2. Metodologija

Mapiranje je realizovano korišćenjem mešovite metode i participativnog dizajna. Metodologija je kombinovala uvid u pravne, političke i strateške dokumente sa uvidom u dostupne dokaze o mentalnom zdravlju dece i adolescenata na Kosovu. Prikupljanje primarnih podataka obuhvatilo je 16 intervjua sa ključnim informatorima iz zainteresovanih strana na centralnom i lokalnom nivou i 12 diskusija u fokus grupama sa više od 90 učesnika. Učesnici su bili deca i adolescenti iz urbanih i ruralnih područja, deca iz romske, aškaliske i egipćanske zajednice, mladi iz sprske zajednice, roditelji i staratelji, školski psiholozi i pružaoci MZPSP usluga.

Tehnički komitet, kojim su kopredsedavali Kancelarija za dobro upravljanje pri Kancelariji premijera i UNICEF, rukovodio je procesom izrade i implementacije, kao i validacijom nalaza. Analiza je bila organizovana u skladu sa socijalno-ekološkom modelom UNICEF-a i višeslojnim MZPSP okvirom, pri čemu je pažnja posvećena faktorima koji se odnose na dete, porodicu, školu, zajednicu i podsticajno okruženje, kao i na kontinuitet od univerzalne promocije i prevencije do ciljane psihosocijalne podrške i specijalizovane nege. Studija je dobila etičko odobrenje od Odbora za institucionalnu

reviziju “Health Media Lab”. Nalazi se moraju tumačiti uzimajući u obzir određena ograničenja, uključujući dominantno kvalitativni dizajn, namerno uzorkovanje i odsustvo rutinskih, razvrstanih podataka o mentalnom zdravlju dece i adolescenata.

3. Glavni nalazi o potrebama i rizicima

Mapiranje potvrđuje visok i rastući teret problema mentalnog zdravlja i psihosocijalnih teškoća među decom i adolescentima na Kosovu. Dostupni dokazi ukazuju na značajne nivoe anksioznosti, depresije, somatskih tegoba i simptoma povezanih sa traumom kod adolescenata, pri čemu su viši nivoi problema prijavljeni među devojkama, mladima koji žive u siromaštvu i decom izloženom nasilju u porodici ili školi. Kosovo takođe nosi postkonfliktno nasleđe, sa dokazima o međugeneracijskom prenošenju traume sa roditelja na decu. To čini mentalno zdravlje dece i adolescenata ne samo kliničkim pitanjem, već i širim društvenim i razvojnim problemom.

Jedan od najhitnijih nalaza odnosi se na suicidalne ideje i pokušaje među učenicima uzrasta 15 i 16 godina, koji su značajno porasli u krugovima Evropskog projekta istraživanja o alkoholu i ostalim drogama u školama (ESPAD), pri čemu su samoprijavljeni pokušaji samoubistva među decom na Kosovu porasli sa 3,4 procenata u 2011. godini na 10,0 procenata u 2024. godini. Ovi trendovi ukazuju na potrebu za jačom prevencijom, ranim otkrivanjem, odgovorom na krize i praćenjem samoubistava. Trenutno, Kosovo nema jedinstveni sistem za registraciju i praćenje samoubistava koji može da pruži pouzdane, po starosti razvrstane podatke o smrtnim slučajevima usled samoubistava kod adolescenata, pokušajima samoubistva, faktorima rizika i kontaktima sa službama.

Rizici su prisutni u celokupnoj socijalnoj ekologiji deteta. Na nivou porodice, nasilna disciplina, nasilje u porodici, loša komunikacija, migracija roditelja, ekonomske teškoće i trauma roditelja povećavaju ranjivost, dok stabilni i kohezivni porodični odnosi ostaju snažan zaštitni faktor. Na nivou škole, vršnjačko nasilje, nasilje među učenicima, nasilje od strane osoblja, akademski pritisak, socijalno poređenje i nedosledno uključivanje dece sa invaliditetom negativno utiču na dobrobit. Na nivou zajednice, stigma, diskriminacija, dečji brakovi, dečji rad, migracija i slab pristup uslugama dodatno povećavaju rizik za već marginalizovanu decu. Digitalna okruženja postala su dodatni izvor zabrinutosti, pri čemu roditelji i deca prijavljuju sajber vršnjačko nasilje, štetne sadržaje, nesigurne kontakte putem interneta, lažne naloge, digitalno izmenjene slike i onlajn trendove koji se mogu pretvoriti u štetu u stvarnom životu.

4. Pregled usluga i sistemske praznine

MZPSP usluge za decu i adolescente postoje u okviru zdravstvenog, obrazovnog i sistema socijalne zaštite, a pružaju se i putem organizacija civilnog društva i privatnog sektora, ali još uvek ne funkcionišu kao jedinstven koherentni sistem. Porodice i mladi doživljavaju postojeći pregled usluga kao fragmentisan, kompleksan i često finansijski nepristupačan. Postoji više ulaznih tačaka, uključujući škole, centre za porodičnu medicinu, centre za socijalni rad, nevladine organizacije (NVO), privatne pružaoce i onlajn prostore, ali ne postoji vidljiva, mladima i porodicama prilagođena putanja koja objašnjava gde se treba obratiti, koje vrste podrške se pružaju, kako funkcionise sistem upućivanja i kakvi se oblici praćenja mogu očekivati.

U zdravstvenom sektoru, usluge mentalnog zdravlja namenjene deci i adolescentima ostaju izrazito centralizovane u glavnom gradu – Prištini. Specijalizovani javni kapaciteti su veoma ograničeni, sa malim brojem psihijataru i psihologa za decu i adolescente, a jedina specijalizovana služba dečje i

adolescentne psihijatrije nalazi se u Univerzitetskom kliničkom centru Kosova u Prištini. Primarna zdravstvena zaštita ima potencijal da podrži rano otkrivanje, posebno putem porodične medicine i programa kućnih poseta, ali skrining mentalnog zdravlja adolescenata i sprovođenje kratkih intervencija još uvek nisu sistematski integrisani. Porodice prijavljuju duge periode čekanja, poteškoće u prevozu, ograničenu privatnost, visoke troškove koje same snose i česte prelaske između javnih, privatnih i NVO usluga.

U obrazovnom sektoru, škole predstavljaju najpristupačniju platformu za promovisanje mentalnog zdravlja i rano otkrivanje, ali pokrivenost i kvalitet značajno variraju. Tamo gde ima školskih psihologa, oni pružaju savetovanje, grupne aktivnosti, preventivni rad, konsultacije sa nastavnicima i upućivanja. Međutim, veliki broj škola nema psihologe, a mnogi psiholozi pokrivaju više škola. Njihova uloga često obuhvata savetovanje, odgovor na krizu, upravljanje ponašanjem, preventivni rad, vođenje dokumentacije i administrativne zadatke, bez standardizovanog modela prakse, supervizije ili jasnih instrumenata za upućivanje. U pojedinim školama, psihološka podrška se i dalje poistovećuje sa disciplinom ili kaznom, što obeshrabruje dobrovoljno traženje pomoći.

Centri za socijalni rad imaju zakonski mandat da pružaju podršku deci i porodicama u situacijama ranjivosti, ali su preopterećeni i nemaju dovoljno resursa. Veliki broj centara ima ograničeni pristup psiholozima ili specijalizovanom osoblju, a psihosocijalni rad se često svodi na procenu, upućivanje i upravljanje krizama. NVO-i i privatni pružaoci usluga popunjavaju značajne praznine, posebno za decu sa razvojnim potrebama, problemima vezanim za traumu i složenim porodičnim ranjivostima. Međutim, usluge NVO-a i dalje ostaju zavisne od projekata, dok su privatne usluge za mnoge porodice nepristupačne, što dovodi do prekida u nezi i produbljuje nejednakosti.

5. Pravno i političko okruženje

Kosovo poseduje solidnu pravnu osnovu zasnovanu na pravima, koja se odnosi na mentalno zdravlje dece i adolescenata. Ustav i pravni okvir u oblasti zdravstva, obrazovanja, zaštite dece, socijalnih i porodičnih usluga, kao i ranog obrazovanja, priznaju prava dece na zdrav razvoj, bezbedno okruženje i psihosocijalnu podršku. Administrativna uputstva utvrđuju određene uloge za školske psihologe i mehanizme za zaštitu dece. Strateški dokument i Akcioni plan za intervenciju u ranom detinjstvu 2025 - 2030 predstavlja važnu priliku za jačanje ranog otkrivanja i podrške usmerene na porodicu sa decom uzrasta od 0 do 6 godina.

Međutim, sprovođenje ostaje slabije od normativnog okvira. Kosovo i dalje nema posvećenu strategiju za mentalno zdravlje dece i adolescenata, višegodišnji akcioni plan sa predviđenim troškovima, niti jasne budžetske linije za MZPSP po sektorima. Zakon o mentalnom zdravlju ne definiše dovoljno putanje za decu i adolescente, podršku u školama, prevenciju u zajednici ili veze sa socijalnom zaštitom i obrazovanjem. Izveštava se da se revidirani Nacrt zakona o mentalnom zdravlju nalazi u završnoj fazi pripreme od strane Ministarstva zdravlja, što pruža priliku da se ove praznine izričito adresiraju. Zakonom propisana besplatna telefonska linija za zaštitu dece još uvek nije u potpunosti funkcionalizovana. Ove praznine znače da se prava i obaveze definisane u politikama ne pretvaraju na dosledan način u usluge kojima deca i porodice mogu da pristupe.

6. Međusektorska sistemska pitanja

Pregled MZPSP usluga oblikovan je kroz pet međusektorskih sistemskih pitanja. Prvo, koordinacija i putanje upućivanja uglavnom su neformalne i oslanjaju se na lične odnose između stručnjaka, a ne na zajedničke protokole, vremenski ograničene povratne informacije i zajedničko upravljanje

slučajevima. Drugo, pristup ostaje nejednak, pri čemu se porodice iz ruralnih sredina, porodice sa niskim primanjima, manjinske zajednice i deca sa invaliditetom suočavaju sa kombinovanim preprekama koje su povezane sa udaljenošću, troškovima, informacijama, stigmom i nedostatkom prilagođenih usluga. Treće, sistem je i dalje više usmeren na krizu nego na prevenciju, uz ograničena ulaganja u znanja o mentalnom zdravlju, rano otkrivanje, školsku podršku i skrining u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Četvrto, planiranje, licenciranje i nadgledanje kadrova su slabi. Školski psiholozi, socijalni radnici, klinički psiholozi, pružaoci usluga iz NVO-a i ostali stručnjaci na prvoj liniji često rade sa složenim slučajevima bez strukturisane supervizije ili dovoljnog pristupa instrumentima zasnovanim na dokazima. Peto, postojeći sistemi podataka ne pružaju mogućnost za sistematsko praćenje potreba u oblasti mentalnog zdravlja dece i adolescenata, korišćenja usluga, procesa upućivanja, vremenskog trajanja čekanja, kvaliteta ili ishoda. Informacionim sistemima u obrazovanju, zdravstvu i socijalnim službama nedostaju osnovni MZPSP pokazatelji, a podaci NVO i privatnog sektora nisu integrisani u centralni sistem praćenja podataka. U odsustvu ovih sistemskih funkcija nije moguće upravljati pokrivenošću, kvalitetom i odgovornošću na nivou populacije.

7. Prioritetni paket MZPSP akcija

Ovaj izveštaj predlaže Prioritetni paket MZPSP akcija za decu i adolescente na Kosovu. Paket treba razumeti ne samo kao listu usluga, već i kao faznu agendu za jačanje sistema. On treba da započne sa temeljnim akcijama koje obezbeđuju uslove za delotvorno pružanje usluga putem centralnog mehanizma upravljanja i koordinacije, posvećenu strategiju za Mentalno zdravlje dece i adolescenata (MZDA) i akcioni plan sa predviđenim troškovima, održivo finansiranje, regulaciju i ugovaranje nevladinih pružalaca, pravne i proceduralne garancije specifične za decu, razvoj i superviziju kadrova, podršku implementaciji na nivou celog Kosova i integrisane sisteme podataka i monitoringa.

Akcije pružanja usluga treba da budu organizovane na tri nivoa. Na 1. nivou, univerzalna promocija i prevencija treba da obuhvate kontinuirano podizanje znanja o mentalnom zdravlju i smanjenju stigme, uspostavljanje besplatne telefonske linije za zaštitu dece, zajedničku digitalnu platformu za psihoedukaciju i samopomoć, funkciju “kontrole pristupa” (gatekeeping) i rano otkrivanje u školama, kao i funkcionalizaciju timova za intervenciju u ranom detinjstvu (IRD). Na 2. nivou, ciljane i rane intervencije treba da obuhvate strukturisanu podršku roditeljstvu, savetovanje i upućivanje sa bazom u školama, intervencije zasnovane na dokazima, kao što su inicijativa “Pomoć adolescentima da napreduju” (HAT) i Emocionalne veštine u ranoj adolescenciji (EASE), skrining mentalnog zdravlja adolescenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, socijalnu i porodičnu podršku preko centara za socijalni rad, kao i ugovorene NVO-e koje povezuju usluge za decu sa neurorazvojnim i složenim psihosocijalnim potrebama. Na 3. nivou, specijalizovani i krizni odgovor treba da obuhvati putanje odgovora na krize u školama, specijalizovane multidisciplinarne procene složenih slučajeva, kao i telefonsku liniju i chat za krize mladih dostupne 24 sati dnevno, 7 dana u nedelji, povezane sa lokalnim službama, hitnim odgovorom i naknadnom negom.

Ove akcije se moraju podeliti u faze i mora se izdvojiti budžet za njih. U kratkoročnom periodu, Kosovo treba da uspostavi mehanizam koordinacije na centralnom nivou, da finalizuje putanju telefonske linije za zaštitu dece, da definiše instrumente za upućivanje i povratne informacije, da pilotira funkciju “kontrole pristupa” sa bazom u školama i skrining u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i da pripremi strategiju i akcioni plan za MZDA. U srednjoročnom periodu, Kosovo treba da proširi pokrivenost školskom psihologijom, da uvede strukturisanu superviziju, da ugovori osnovne usluge

preko NVO-a, da ojača centre za socijalni rad i da funkcionalizuje timove IRD-a. U dugoročnom periodu, prioritetni paket treba da se proširi na celo Kosovo, uz rutinsko praćenje, obezbeđivanje kvaliteta i namensko finansiranje.

8. Opšte implikacije

Mapiranje ukazuje na to da Kosovo poseduje potrebne temelje za snažniji sistem MZPSP za decu i adolescente, sa posvećenim stručnjacima, aktivnim civilnim društvom, rastućim političkim prilikama, relevantnim pravnim okvirima i sve većom javnom svešću. Ključni izazov nije odsustvo napora, već je ključni izazov odsustvo koherentnog, finansiranog i koordinisanog sistema koji može objediniti ove resurse i učiniti podršku dostupnom, pouzdanom i kontinuiranom za decu i porodice.

Trenutna politička pažnja posvećena mentalnom zdravlju dece i adolescenata stvara značajnu priliku. Da bi se ova prilika što bolje iskoristila, Kosovo treba da pređe sa fragmentisanih, projektno zasnovanih inicijativa na centralizovan, višeslojni i na decu usmeren sistem, zasnovan na školama, primarnoj zdravstvenoj zaštiti, socijalnim službama i pružaocima uslugama u zajednici. Ovo zahteva jasno upravljanje, predvidivo finansiranje, radnu snagu koja se nadgleda, zajedničke mehanizme upućivanja, bolje podatke i značajno učešće dece, adolescenata i staratelja. Dakle, ulaganje u mentalno zdravlje dece i adolescenata ne predstavlja diskrecioni program, već suštinsku obavezu u zaštiti prava deteta, razvoju ljudskog kapitala i dobrobiti najmlađe generacije Kosova.

Uvod

Mentalno zdravlje dece i adolescenata jedno je od najzanemarenijih zdravstvenih pitanja na globalnom nivou, kojem se i dalje ne daje dovoljan prioritet. Procenjuje se da se 10–20% dece i adolescenata suočava sa problemima mentalnog zdravlja, dok približno polovina svih poremećaja mentalnog zdravlja kod odraslih počinje do 14. godine života¹. Stanja mentalnog zdravlja čine značajan deo globalnog tereta bolesti među osobama uzrasta 10–19 godina, a samoubistvo je pre pandemije COVID-19 bilo među pet vodećih uzroka smrti u ovoj starosnoj grupi.² Prema najnovijim globalnim procenama SZO-a o samoubistvima, samoubistvo je 2021. godine bilo treći vodeći uzrok smrti među osobama uzrasta 15–29 godina, dok UNICEF navodi da je samoubistvo četvrti vodeći uzrok smrti među adolescentima uzrasta 15–19 godina na globalnom nivou.³ Iako međunarodne agencije i vlade, uključujući one u EU, sve više prepoznaju značaj Mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške (MZPSP), sistematski i sveobuhvatni programi i dalje su ograničeni, posebno u manje razvijenim zemljama⁴. Oko 90% adolescenata živi u zemljama sa niskim i srednjim prihodima^{5,6} u kojima su usluge mentalnog zdravlja za decu i adolescente često nedovoljno finansirane, fragmentisane i teško dostupne, dok stigma dodatno obeshrabruje traženje pomoći čak i kada usluge postoje⁷.

Kosovo ima 1,6 miliona stanovnika, od kojih je više od 423.000 dece mlađe od 18 godina, što čini 26 procenata ukupnog stanovništva. Iako se prosečna starost tokom protekle decenije povećala za pet godina i dostigla 35 godina, Kosovo i dalje ima najmlađe stanovništvo u Evropi.⁸ Međutim, prema Indeksu ljudskog kapitala, dete koje je danas rođeno na Kosovu ostvariće samo 57 procenata svog potencijala zbog ograničenih ulaganja u obrazovanje i zdravstvenu zaštitu.⁹ Kao ekonomija sa višim srednjim prihodima, Kosovo je poslednjih godina beležilo snažan rast. Ipak, ovaj rast nije doveo do značajnog smanjenja nezaposlenosti, dok 18 procenata stanovništva i dalje živi ispod granice siromaštva.¹⁰ Dok je 40,7 posto ukupnog radno sposobnog stanovništva aktivno, stopa među ženama je znatno niža i iznosi svega 24 posto. Pored toga, svaka treća mlada osoba uzrasta 15–24 godine (33 procenta) nije zaposlena, niti je uključena u obrazovanje ili obuku.¹¹

DEFINICIJA MENTALNOG ZDRAVLJA

Mentalno zdravlje je od suštinskog značaja za sposobnost razmišljanja, osećanja, učenja, rada, izgradnje odnosa i doprinosa društvu. Ono je više od odsustva mentalnih poremećaja i predstavlja ključnu komponentu opšteg zdravlja i dobrobiti¹².

Mentalno zdravlje i psihosocijalna dobrobit odnose se na pozitivno stanje u kojem su deca i adolescenti sposobni da se nose sa emocijama i svakodnevnim stresorima, izgrađuju odnose i razvijaju socijalne veštine, uče i održavaju pozitivnu sliku o sebi i sopstvenom identitetu.¹³

Detinjstvo i adolescencija su periodi brzih razvojnih promena, uključujući kritičan period razvoja mozga tokom kojeg neposredna društvena okruženja snažno oblikuju mentalno zdravlje i dobrobit. Tokom ove faze mogu se pojaviti mentalni poremećaji, a počinju da se razvijaju i brojni faktori rizika povezani sa lošim mentalnim zdravljem u kasnijem životu.¹⁴ Faktori rizika i zaštite na različitim nivoima socijalne ekologije stoga su ključne determinante mentalnog zdravlja i razvojnih ishoda¹⁵. Loše mentalno zdravlje može imati dubok uticaj na zdravlje dece i adolescenata, ishode učenja,

socijalnu dobrobit i učešće, čime se u krajnjoj liniji ograničava njihova sposobnost da ostvare svoj puni potencijal.^{16, 17, 18}

DEFINICIJA MENTALNOG ZDRAVLJA I PSIHOSOCIJALNE PODRŠKE

Mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška (MZPSP) odnose se na svaki oblik podrške koju deca, adolescenti, porodice i staratelji dobijaju radi zaštite ili unapređenja njihovog mentalnog zdravlja i psihosocijalne dobrobiti ili radi lečenja stanja mentalnog zdravlja. MZPSP obuhvata različite pristupe, od promovisanja okruženja koja podržavaju zdrav razvoj i dobrobit do pružanja specijalizovane psihološke i psihijatrijske nege, uključujući pružanje obrazovanja i informacija o mentalnom zdravlju.

Kosovo je uložilo značajne napore u adresiranju pitanja mentalnog zdravlja dece i adolescenata, prvenstveno kroz nekoliko važnih inicijativa, uključujući: angažovanje školskih psihologa radi podrške ranom otkrivanju i prevenciji lošeg mentalnog zdravlja; uspostavljanje Službe dečje i adolescentne psihijatrije u Univerzitetskom kliničkom centru Kosova (UKCK); program kućnih poseta trudnicama i deci uzrasta 0–3 godine, koji se sprovodi u 34 od 38 opština; integrisanje mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške u sistem zaštite dece i pravosudni sistem; i usvajanje Strateškog dokumenta i Akcionog plana za intervenciju u ranom detinjstvu (IRD) 2025–2030. (Odluka Vlade br. 05/253, mart 2025. godine).

Uprkos ovim naporima i ulaganjima, pristup kvalitetnim uslugama primerenim uzrastu i dalje je ograničen, neravnomerno raspoređen i daleko od univerzalnog. Mapiranje dostupnih usluga mentalnog zdravlja u različitim sektorima na Kosovu od ključnog je značaja za rešavanje postojećih praznina i obezbeđivanje koordinisanog, pravednog i održivog MZPSP-a za decu i adolescente.

Radi podrške mentalnom zdravlju i psihosocijalnoj dobrobiti dece i adolescenata na Kosovu, potreban je holistički, višeslojni MZPSP pristup, koji kombinuje akcije za:

- promovisanje i zaštitu dobrobiti sve dece i adolescenata;
- sprečavanje lošeg mentalnog zdravlja rešavanjem rizika i jačanjem zaštitnih faktora na nivou porodice, škole i zajednice; i
- obezbeđivanje blagovremene, kvalitetne i dostupne nege za decu i adolescente sa stanjima mentalnog zdravlja, uključujući jasne putanje upućivanja i kontinuitet podrške.

Ostvarivanje navedenog zahteva koordinisano, multisektorsko angažovanje u oblastima zdravstva, obrazovanja, pravosuđa i socijalne zaštite, uz aktivno učešće opštinskih organa, škola, zajednica, roditelja i staratelja, pružalaca usluga, a posebno same dece i adolescenata. Ojačani mehanizmi koordinacije i budžetska izdvajanja od suštinskog su značaja za pretvaranje preuzetih obaveza u dosledno pružanje usluga u svim sektorima.

Ovaj multisektorski, višeslojni pristup usklađen je sa Globalnim multisektorskim operativnim okvirom za MZPSP dece, adolescenata i staratelja u različitim okruženjima UNICEF-a.

Mapiranje MZPSP-a

Cilj i zadaci

Cilj ove studije mapiranja jeste da podrži dalje jačanje MZPSP sistema i usluga za decu i adolescente na Kosovu. Konkretnije, mapiranje MZPSP-a ima za cilj da razjasni koje MZPSP usluge za decu i adolescente postoje, gde se nalaze glavne praznine i nejednakosti i koje grupe su najmanje obuhvaćene, kako bi se usmerile prioritetne akcije ka sveobuhvatnijem, na zajednici zasnovanom i multisektorskom MZPSP sistemu, u skladu sa UNICEF-ovim globalnim okvirima za minimalni paket usluga za Kosovo. Studiju je naručio UNICEF, a sproveo Institut za psihologiju Univerziteta u Prištini, primenjujući participativni pristup i uključujući relevantne zainteresovane strane tokom izrade, implementacije i validacije nalaza.

Metodologija

Mapiranje je realizovano korišćenjem mešovite metode i participativnog dizajna, kombinovanjem uvida u sekundarne podatke i prikupljanja primarnih podataka. Uvidom u dokumentaciju sintetizovani su dostupni dokazi, izveštaji za Kosovo i istraživački članci o mentalnom zdravlju dece i adolescenata, kao i ključne politike i pravni dokumenti u sektorima zdravstva, obrazovanja i socijalne zaštite. Prikupljanje primarnih podataka obuhvatilo je konsultacije sa kreatorima politika, pružaoциma usluga, starateljima i adolescentima.

- Polazeći od UNICEF-ovog Multisektorskog operativnog okvira za MZPSP¹⁹, koji naglašava višeslojni kontinuitet usluga u okviru socijalno-ekološkog modela, analiza je organizovana oko četiri dimenzije: **Usklađenost usluga sa višeslojnim MZPSP okvirom:** stepen u kojem postojeće usluge odgovaraju UNICEF-ovom troslojnom modelu mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške: univerzalnoj promociji i prevenciji, ciljanim i ranim intervencijama i specijalizovanim kliničkim uslugama.
- **Pravednost, inkluzija i multisektorska integracija:** pažnja posvećena najranjivijoj deci i adolescentima, uključujući decu sa invaliditetom, decu na alternativnom zbrinjavanju, decu iz romske, aškaljske i egipćanske zajednice i rodno raznolike grupe, kao i stepen integracije sektora zdravstva, obrazovanja, socijalne zaštite i pravosuđa.
- **Relevantnost za zajednicu i učešće:** stepen u kojem su usluge vođene prema potrebama zajednice i kulturno primerene, kao i stepen značajnog učešća dece, adolescenata i porodica u osmišljavanju i pružanju usluga.
- **Koordinacija, upućivanje, praćenje i odgovornost:** funkcionisanje međusektorskih mehanizama upućivanja i povratnih informacija i korišćenje pokazatelja za praćenje kvaliteta, pokrivenosti i ishoda usluga.

Uzorkovanje i prikupljanje podataka: Strategija svrsishodnog uzorkovanja obuhvatala je stavovi ključnih grupa zainteresovanih strana uključenih u kreiranje politika MZPSP-a, pružanje i korišćenje usluga, a strategija je dopunjena uzorkovanjem metodom grudve snega. Sprovedeno je 16 Intervjua sa ključnim informatorima iz zainteresovanih strana na centralnom i lokalnom nivou u zdravstvenom, obrazovnom i socijalnom sektoru, uključujući pružaoce usluga iz civilnog društva (Prilog 1: Lista Intervjua sa ključnim informatorima). Pored toga, održano je 12 diskusija u fokus grupama sa više od 90 učesnika, uključujući decu i adolescente (učenike 6–9. i 10–12. razreda) iz urbanih i ruralnih područja, decu i adolescente iz romske, aškaljske i egipćanske zajednice, mlade

iz srpske zajednice, roditelje i staratelje iz urbanih i ruralnih područja, kao i iz nevećinskih zajednica (srpske, romske, aškalije i egipćanske zajednice), predstavnike OCD-a, pružaoce MZPSP usluga i školske psihologe (Prilog 2: Lista diskusija u fokus grupama).

Analiza: Polustrukturisani Intervjui sa ključnim informatorima i diskusije u fokus grupama sprovedeni su korišćenjem obrazaca za intervju i tematskih smernica prilagođenih na osnovu UNICEF-ovog Kompleta alata za MZPSP (Prilog 3: Tematske smernice za individualne intervju, fokus grupe i obrasci saglasnosti). Tematska analiza korišćena je za utvrđivanje obrazaca povezanih sa dostupnošću, pristupom, kvalitetom, prazninama i izazovima u implementaciji. Analizom sadržaja političkih i strateških dokumenata, izveštaja i beležaka sa konsultacija utvrđeni su trendovi, konvergentnosti, razlike i strukturne prepreke. Komparativna analiza grupa zainteresovanih strana, sektora, geografskih područja i kategorija ranjivosti podržala je tumačenje, dok je triangulacija metoda i izvora predstavljala osnovu za integrisane nalaze i preporuke.

Upravljanje: Uspostavljen je Tehnički komitet, kojim su kopredsedavali Kancelarija premijera/Kancelarija za dobro upravljanje i UNICEF, u sastavu predstavnika Kancelarije predsednika, Kancelarije za strateško planiranje Kancelarije premijera, Ministarstva zdravlja, Ministarstva obrazovanja, nauke, tehnologije i inovacija, Ministarstva finansija, rada i transfera, Ministarstva pravde, Ministarstva kulture, omladine i sporta, Centra za mentalno zdravlje dece i adolescenata, Nacionalnog instituta za javno zdravlje Kosova, Institucije ombudsmana Kosova, Fakulteta za obrazovanje Univerziteta u Prištini i organizacija civilnog društva (KOMF, Udruženje školskih psihologa Kosova, Kosovski obrazovni centar i Centar za informisanje i socijalno unapređenje). Komitet je pregledao i odobrio metodologiju, pružao smernice u ključnim fazama i pregledao preliminarne nalaze pre finalizacije (Prilog 3: Članovi Tehničkog komiteta).

Etička razmatranja: Dizajn studije i prikupljanje podataka sprovedeni su u skladu sa Procedurom za etičke standarde u istraživanju UNICEF-a, evaluaciji, prikupljanju i analizi podataka. Tokom početne faze, Institut za psihologiju i UNICEF na Kosovu popunili su UNICEF-ovu kontrolnu listu kriterijuma za etički pregled (Prilog 5: UNICEF-ova kontrolna lista kriterijuma za etički pregled), dok je Odbor za institucionalnu reviziju "Health Media Lab" (HML) odobrio instrumente i izveštaj sa etičkog aspekta. Učešće je bilo dobrovoljno, a od svih učesnika dobijena je informisana saglasnost. Intervjui i diskusije u fokus grupama bili su privremeno prekinuti ili obustavljeni ukoliko je primećena uznemirenost. Poverljivost i anonimnost obezbeđene su kodiranjem i zbirnim izveštavanjem, dok su svi podaci bezbedno čuvani kako bi se sprečilo otkrivanje identiteta pojedinačnih ispitanika.

Ograničenja: Pri tumačenju ovih nalaza treba uzeti u obzir nekoliko ograničenja. Studija se prvenstveno oslanjala na kvalitativne metode i uvid u sekundarne podatke. Uzorak ključnih informatora i učesnika fokus grupa možda ne predstavlja stavove svih zainteresovanih strana, posebno korisnika usluga (dece, adolescenata i porodica). Odsustvo sistematskih, razvrstanih podataka o mentalnom zdravlju dece i adolescenata ograničilo je kvantitativnu analizu. Mapiranje predstavlja presek stanja u određenom vremenskom trenutku, a situacija se možda promenila od trenutka prikupljanja podataka.

Konceptualni okvir MZPSP-a za decu i adolescente

Analiza se zasniva na dva komplementarna okvira. Multisektorski okvir za MZPSP dece i adolescenata UNICEF-a (Figura 1) organizuje razumevanje prema socijalno-ekološkim nivoima deteta, porodice, škole, zajednice i podsticajnog okruženja, dok MZPSP piramida IASC-a (Međuagencijskog stalnog komiteta)²⁰ strukturira kontinuitet odgovora po nivoima, od univerzalne promocije i prevencije do specijalizovane kliničke nege. Zajedno sa smernicama SZO-a i UNICEF-a “Pomoć adolescentima da napreduju” (HAT)²¹, integracija ovih okvira obezbeđuje da mapiranje obuhvati kako determinante mentalnog zdravlja, tako i kapacitet sistema da odgovori na njih.

Figura 1: Socio-ekološki model dečijeg okruženja



Za više informacija pogledajte UNICEF-ov dopis o socioekološkom modelu.

U kontekstu Kosova, ovaj integrisani okvir primenjuje se kroz četiri dimenzije:

Prvo, višeslojni model podrške (tri nivoa) strukturira odgovor (videti Figuru 2). *Univerzalna promocija i prevencija* odnose se na akcije kojima se jača dobrobit i smanjuje rizik za svu decu i adolescente u svakodnevnim okruženjima. *Ciljana psihosocijalna podrška* pruža usmerenu podršku deci i adolescentima koji doživljavaju povećanu psihološku patnju ili se suočavaju sa posebnim ranjivostima. *Specijalizovana klinička nega* obezbeđuje dostupne i kvalitetne usluge za decu i adolescente sa stanjima mentalnog zdravlja, uključujući putanje upućivanja i kontinuitet nege.

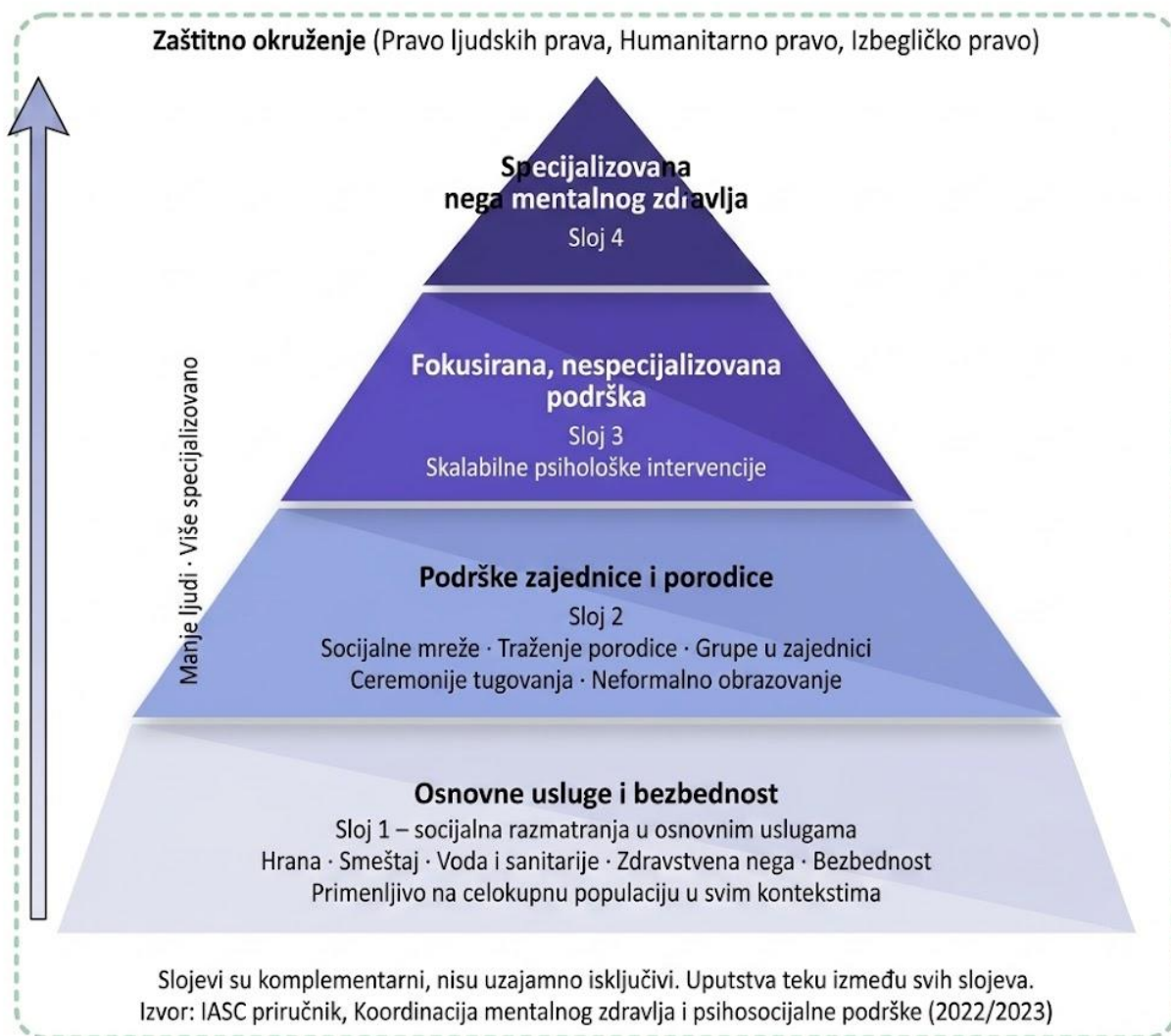
Drugo, multisektorska perspektiva zasnovana na okruženju razmatra MZPSP usluge i podršku koje se pružaju u ključnim sistemima i okruženjima relevantnim za Kosovo, uključujući zdravstvene službe, obrazovna okruženja, socijalne usluge/zaštitu dece i socijalnu zaštitu, kao i pravosudne službe, te način na koji se one povezuju na opštinskom nivou i nivou zajednice putem upućivanja, koordinacije i zajedničkog planiranja.

Treće, pravednost, inkluzija i značajno učešće predstavljaju osnovu analize prilikom identifikovanja ko je najmanje obuhvaćen i zašto. Posebna pažnja posvećuje se grupama koje su

određene kao prioritet u ovom mapiranju, uključujući decu sa invaliditetom, decu na alternativnom zbrinjavanju, decu iz srpske, romske, aškaljske i egipćanske zajednice i rodno raznolike mlade, kao i značajnom učešću dece, adolescenata i staratelja u oblikovanju MZPSP usluga.

Četvrto, sistemske funkcije koje omogućavaju pružanje usluga procenjuju se nezavisno od mapiranja dostupnih usluga. Okvir izričito procenjuje sistemske funkcije koje određuju da li usluge funkcionišu u praksi, uključujući mehanizme koordinacije, upravljanje, putanje upućivanja, praćenje, pokazatelje i odgovornost, kao i kvalitet i dostupnost usluga.

Figura 2: Višeslojni model mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške



Mentalno zdravlje i psihosocijalna dobrobit:

Situacija za decu i adolescente na Kosovu

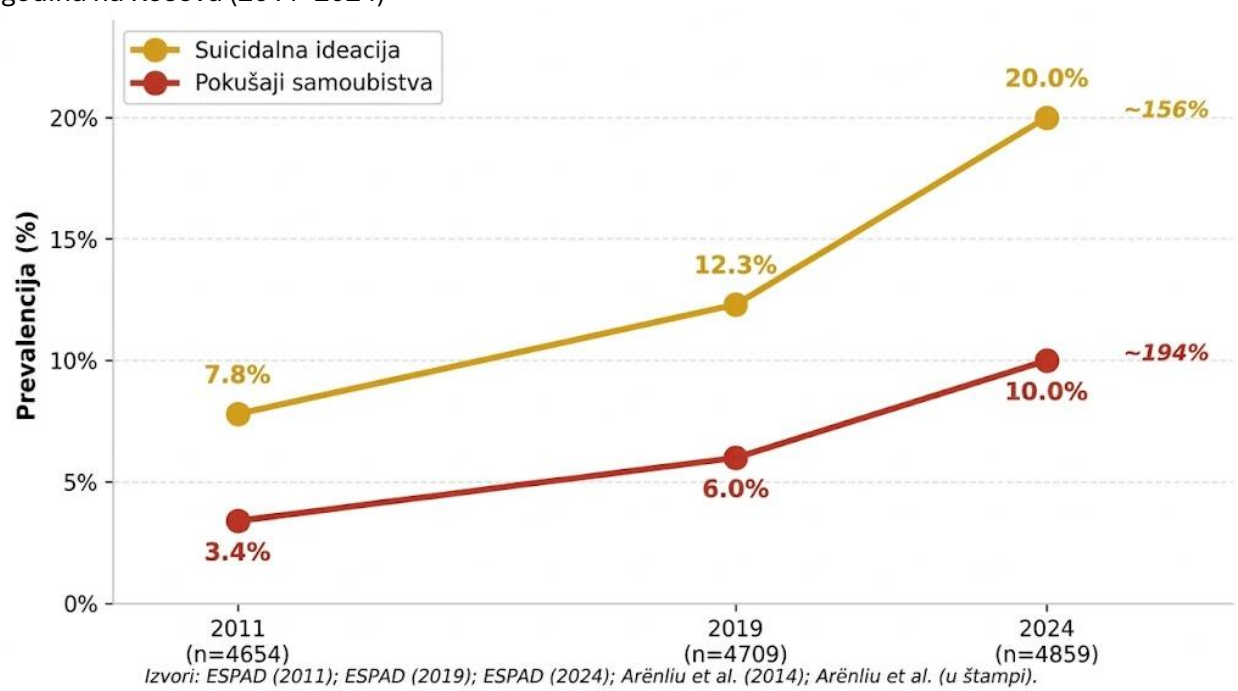
Ishodi mentalnog zdravlja

Mnoga deca i adolescenti na Kosovu suočavaju se sa značajnim stresom, koji je povezan i sa posleratnim kontekstom Kosova. Nedostatak podataka o mentalnom zdravlju dece i adolescenata u velikoj meri otežava identifikovanje stvarnog obima problema mentalnog zdravlja i potreba dece. Međutim, na osnovu dostupnih podataka, međugeneracijska trauma je opširno dokumentovana, a studije pokazuju da mladi čiji roditelji pate od Posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) imaju veću verovatnoću da će i sami doživeti posttraumatski stres, anksioznost i depresiju. Deca roditelja sa PTSP-om pokazuju veće emocionalne poteškoće i poteškoće u ponašanju,²² što je posebno zabrinjavajuće u kontekstu u kojem približno 18% odraslog stanovništva ispunjava kriterijume za PTSP.²³ Novi biološki dokazi ukazuju i na povišene nivoe kortizola i izmenjenu metilaciju DNK kod dece čije su majke tokom trudnoće doživele traumu povezanu sa sukobom, što dodatno potvrđuje potrebu za integrisanim psihosocijalnim i zdravstvenim odgovorima.²⁴

Na Kosovu, internalizovani problemi kao što su anksioznost, depresija i somatske tegobe pogađaju, prema procenama, 25–40% adolescenata, pri čemu su stope više među devojkama uzrasta 15–17 godina.²⁵ Roditelji prijavljuju slične obrasce emocionalnih i poteškoća u ponašanju, posebno među adolescentima, mladima iz urbanih sredina i onima iz socio-ekonomski ugroženih porodica.²⁶ Razvojni faktori, poput ranog ili uznapredovalog pubertetskog razvoja, povezani su sa povećanom emocionalnom ranjivošću.²⁷ Loš kvalitet sna, prekomerna upotreba elektronskih uređaja, strahovi pred spavanje i nisko samopoštovanje takođe su povezani sa većom psihološkom patnjom, uz rodne razlike u načinu ispoljavanja i riziku.^{28, 29, 30}

Samoubistvo je usko povezano sa lošim mentalnim zdravljem. Podaci Evropskog projekta istraživanja o alkoholu i ostalim drogama u školama (ESPAD) ukazuju na nagli i ubrzani porast kako suicidalnih ideja, tako i pokušaja samoubistva među učenicima uzrasta 15–16 godina na Kosovu. Samoprijavljene suicidalne ideje povećale su se sa 7,8 procenata u 2011. godini na 12,3 procenta u 2019. godini, a zatim naglo porasle na 20,0 procenata u 2024. godini, što predstavlja ukupan porast od približno 156 procenata. Samoprijavljeni pokušaji samoubistva povećali su se sa 3,4 procenta u 2011. godini na 6,0 procenata u 2019. godini i na 10,0 procenata u 2024. godini — gotovo trostruko tokom istog perioda. Najizraženiji porast oba pokazatelja zabeležen je između 2019. i 2024. godine, što ukazuje na ubrzavanje suicidalnog ponašanja adolescenata u periodu nakon pandemije.^{31, 32, 33}

Figura 3. Trendovi suicidalne ideacije i pokušaja samoubistva među učenicima uzrasta 15–16 godina na Kosovu (2011–2024)



Pouzdati podaci o smrtnim slučajevima usled samoubistva među adolescentima na Kosovu i dalje su oskudni. Tokom 2007–2008. godine zabeleženo je između 51 i 57 smrtnih slučajeva usled samoubistva godišnje u svim starosnim grupama, dok je posleratna stopa samoubistava procenjena na 3,17 na 100.000 stanovnika. Noviji podaci Policije Kosova ukazuju na 40 smrtnih slučajeva i 101 pokušaj u 2020. godini, kao i 41 smrtni slučaj i 130 pokušaja u 2021. godini, iako ovi podaci nisu razvrstani prema starosti.³⁴ Međutim, Kosovo nema jedinstveni sistem za registraciju samoubistava, a među izvorima podataka postoje značajne razlike. Dok je u zvaničnoj statistici ASK-a zabeleženo približno 400 samoubistava između 2010. i 2019. godine, podaci Policije Kosova za isti period ukazuju na gotovo dvostruko veći broj.³⁵ Važno je da nijedan izvor ne pruža podatke o smrtnosti razvrstane prema starosti koji se posebno odnose na adolescente. Slučajevi osoba mlađih od 17 godina činili su svega 3,5 do 3,9 procenata svih zabeleženih samoubistava, iako je verovatno da, usled stigme, nisu prijavljeni svi slučajevi.³⁶ Odsustvo rutinskog praćenja smrtnosti usled samoubistava sa razvrstanim podacima predstavlja kritičnu prazninu u podacima koju treba adresirati kao prioritet.

Rizici i determinante mentalnog zdravlja i psihosocijalne dobrobiti

Detinjstvo i adolescencija su periodi brzih društvenih i razvojnih promena, tokom kojih vreme i priroda izloženosti faktorima iz okruženja i neposredni društveni konteksti mogu snažno uticati na mentalno zdravlje i dobrobit. Faktori rizika i zaštite akumuliraju se tokom života i često se grupišu, pri čemu su najvećem riziku od loših ishoda mentalnog zdravlja izložena deca koja su doživela višestruka nepovoljna iskustva u detinjstvu, kao što su zlostavljanje, zanemarivanje, nasilje ili disfunkcionalnost u porodicama, vršnjačkim grupama ili zajednicama.³⁷ Mentalno zdravlje i dobrobit dece i adolescenata oblikovani su delovanjem tri međusobno povezane sfere uticaja: “svet deteta”,

koji obuhvata individualne resurse, kao i roditelje, staratelje i porodice, “svet oko deteta“, koji obuhvata bezbednost, sigurnost i zdravu privrženost unutar škola, zajednicama i onlajn okruženjima, i “svet u celini“, koji se odnosi na šire društvene determinante, kao što su siromaštvo, katastrofe, sukobi, diskriminacija i migracija.³⁸

Svet deteta

Negujuća i odgovorna briga ključna je determinanta mentalnog zdravlja i dobrobiti dece i ima centralnu ulogu u omogućavanju deci da ostvare svoj puni potencijal.^{39,40} Međutim, podaci MICS-a ukazuju na to da manje od polovine majki, odnosno 46 procenata, učestvuje u kućnim aktivnostima sa decom uzrasta 2–4 godine, dok je učešće očeva znatno niže i iznosi svega 10 procenata.⁴¹ Porodična dinamika takođe ima značajnu ulogu: nisko zadovoljstvo porodicom, slaba porodična kohezija i nezaposlenost roditelja pojedinačno su povezani sa većom psihološkom patnjom adolescenata.⁴² Slično tome, pozitivna porodična komunikacija, koju karakterišu otvorenost, jasnoća, emocionalna podrška, kohezija i delotvorno upravljanje stresom, značajan je prediktor psihološke dobrobiti adolescenata.⁴³

Nasuprot tome, **nasilje i zanemarivanje doživljeni u domaćinstvu i porodici** predstavljaju značajne faktore rizika za stanja mentalnog zdravlja. Podaci MICS-a iz 2020. godine ukazuju na ozbiljne probleme u oblasti zaštite dece koji neposredno utiču na mentalno zdravlje, pri čemu je prijavljeno da je 72 procenta dece uzrasta 1–14 godina doživelo neki oblik nasilne discipline kod kuće, dok je stopa među decom iz romske, aškalijske i egipćanske zajednice bila još viša i iznosila 80 procenata.⁴⁴ Istovremena pojava nasilja u porodici i nasilja nad decom dodatno povećava rizik od problema mentalnog zdravlja.⁴⁵

Migracija roditelja stvara dodatni rizik. Oko 10% dece ima najmanje jednog roditelja u inostranstvu, a ona prijavljuju veću psihološku patnju.⁴⁶ Iako migracija sama po sebi ne predviđa direktno pojavu depresije, neredovne doznake i retki kontakti povezani su sa lošijim uspehom u školi i dobrobiti, dok snažne porodične veze predstavljaju zaštitni faktor.⁴⁷

Podaci ESPAD-a za Kosovo^{48,49,50} ukazuju na nedavni porast **upotrebe supstanci** među decom uzrasta 15 godina na osnovu istraživanja sprovedenih 2011, 2019. i 2024. godine. Svakodnevno pušenje smanjilo se sa 8,1 procenta u 2011. godini na 7,8 procenata u 2019. godini, pre nego što je naglo poraslo na 14 procenata u 2024. godini. Upotreba alkohola tokom prethodnih 30 dana postepeno se povećavala u istom periodu, sa 10,4 procenta u 2011. godini na 11,2 procenta u 2019. godini i 13,9 procenata u 2024. godini. Nemedicinska upotreba lekova za smirenje takođe se znatno povećala, sa 2,7 procenta u 2011. godini na 4,3 procenta u 2019. godini i 9,7 procenta u 2024. godini. Dok su upotreba kanabisa tokom prethodnih 30 dana i upotreba ekstazija tokom života ostale stabilne na 1,5 procenata i 2011. i 2019. godine, oba pokazatelja znatno su porasla 2024. godine, pri čemu se upotreba kanabisa više nego udvostručila na 3,4 procenta, a upotreba ekstazija tokom života povećala na 2,1 procenat.⁵¹ Nalazi ESPAD-a iz 2024. godine ukazuju na dodatno povećanje upotrebe lekova za smirenje na 9,71 procenat. Pored toga, druga rizična ponašanja vremenom su postala učestalija, a posebno kockanje, koje je poraslo sa 11 procenata u 2011. godini na 24 procenta u 2024. godini.⁵² Rodne razlike u upotrebi supstanci na Kosovu su značajne. Dečaci prijavljuju znatno više stope pušenja od devojčica (47% naspram 36% prevalencije tokom života), uz najveću razliku u ranom započinjanju među svim zemljama ESPAD-a (31% dečaka počelo je da puši pre navršene 13. godine, naspram 16% devojčica). Dečaci takođe prijavljuju veću upotrebu elektronskih cigareta (25% naspram 13%). Kada je reč o zloupotrebi lekova za smirenje i kockanju, podaci razvrstani prema rodu za Kosovo nisu posebno navedeni u ESPAD-u, iako je u zemljama

ESPAD-a zloupotreba farmaceutskih proizvoda generalno češća među devojkama, a kockanje među dečacima.

Intenzivna upotreba društvenih medija predstavlja novu oblast zabrinutosti za mentalno zdravlje adolescenata. Adolescenti provode znatno vreme na društvenim platformama kao što su Snapchat, TikTok i Instagram, a dokumentovani rizici obuhvataju štetne sadržaje, sajber vršnjačko nasilje, uznemiravanje i nesigurne susrete van interneta.^{53, 54, 55} Studija sprovedena na Kosovu pokazuje da 97,8 procenata srednjoškolaca poseduje pametni telefon, a 92,7 procenata koristi ga prvenstveno za pristup društvenim medijima, provodeći u proseku 183 minuta dnevno na Snapchatu, 126 minuta na TikToku i 120 minuta na Instagramu.⁵⁶ Međunarodni dokazi povezuju učestalu upotrebu društvenih medija sa sajber vršnjačkim nasiljem, kraćim spavanjem i manjom fizičkom aktivnošću.⁵⁷ Na Kosovu je 25 procenata dece prijavilo štetno ponašanje na internetu tokom prethodne godine, 6 procenata dece prijavilo je isključivanje od onlajn grupa, a 3 procenta dece prijavilo je pretnje na internetu. Više od 20 procenata dece uzrasta 11–16 godina prijavilo je nedeljnu izloženost seksualnim sadržajima, dok je 47 procenata odbilo da odgovori na pitanja o ovoj temi. Među decom koja su upoznala nekoga na internetu, a zatim se susrela sa tom osobom uživo (19,2 procenta), 22 procenta doživelo je uvredljive komentare, 2,1 procenat seksualno zlostavljanje, a 1,8 procenata fizičke povrede.⁵⁸ Dodatno istraživanje pokazuje da je 13,8 procenata doživelo uznemiravanje ili pretnje na internetu, 10,8 procenata bilo je meta glasila na internetu, a 5,9 procenata suočilo se sa pretnjama ili sramoćenjem putem distribucije fotografija.⁵⁹ Gotovo polovina dece, odnosno 46,5 procenata, navodi da poseduje veće digitalne veštine od svojih roditelja, što ukazuje na generacijski jaz u upravljanju rizicima na internetu i objašnjava potrebu roditelja za podrškom u upravljanju vremenom koje deca provode ispred ekrana i njihovom upotrebom digitalnih alata. Roditelji su tokom diskusija u fokus grupama kao ključne probleme naveli dugo vreme provedeno na internetu, izloženost sadržajima koji nisu primereni uzrastu ili su štetni, kao i rizik od sajber vršnjačkog nasilja. Roditelji su takođe naveli da im često nedostaju praktični instrumenti i veštine za delotvorno usmeravanje i podršku deci dok se snalaze u digitalnom okruženju.

Deca i adolescenti koji žive u siromaštvu ili u domaćinstvima korisnika socijalne pomoći pokazuju posebno visoke stope ozbiljne psihološke patnje, što ukazuje na socio-ekonomske teškoće kao jedan od ključnih porodičnih faktora rizika za MZPSP.⁶⁰ Gotovo polovina žena koje su nedavno postale majke doživljava postporođajnu depresiju, koja je povezana sa slabom socijalnom podrškom, mlađim uzrastom i ekonomskim teškoćama, uz verovatne negativne posledice po rani razvoj deteta i privrženost.⁶¹

Deca i adolescenti iz nevećinskih zajednica suočavaju se sa višestrukim uskraćenostima koje mogu nesrazmerno uticati na njihovo mentalno zdravlje i dobrobit. Podaci MICS-a ukazuju na nejednakosti u ishodima dece i adolescenata iz romske, aškaljske i egipćanske zajednice u oblastima zdravstva, obrazovanja i zaštite dece.^{62, 63} Kada je reč o deci i adolescentima iz srpske zajednice, roditelji su naglasili zabrinutost za bezbednost, sve uži krug vršnjaka i nespremnost da uključe organe za sprovođenje zakona, oslanjajući se umesto toga na školske psihologe tamo gde su dostupni. To dodatno povećava ranjivost adolescenata koji se ne školuju, nisu zaposleni niti se usavršavaju kroz obuku (NEET), grupa čini jednu trećinu (33 procenta) mladih uzrasta 15–24 godine na Kosovu i izložena je povećanim rizicima po mentalno zdravlje i psihosocijalnu dobrobit usled društvene izolacije, ograničenih mogućnosti i smanjenog pristupa strukturisanim sistemima podrške.⁶⁴

Sama deca često nemaju odgovarajuće razumevanje o mentalnom zdravlju. Tokom diskusija u fokus grupama, deca i adolescenti pokazali su osnovni, ali neujednačen nivo znanja o mentalnom

zdravlju, opisujući mentalno zdravlje svakodnevnim pojmovima kao što su spavanje, ishrana, odnosi i “dobro osećanje”. Većina je uspela da prepozna anksioznost, stres povezan sa školom i tugu kao uobičajene probleme. Posebno su se mlađa deca u velikoj meri oslanjala na podsticaje u školama, kao što su časovi “posredovanja”, koji nisu široko dostupni, kako bi razumela mentalno zdravlje, što ukazuje na to da je nivo znanja snažno oblikovan onim što se izričito prikazuje i imenuje u školskom okruženju. Sveukupno, dubina razumevanja razlikovala se prema uzrastu i kontekstu, što ograničava blagovremeno samostalno prepoznavanje problema mentalnog zdravlja i traženje pomoći, posebno među mlađom decom i decom iz marginalizovanijih grupa.

Stavovi roditelja odražavaju i dodatno proširuju ovu zabrinutost. U svim fokus grupama, roditelji iz albanske zajednice u urbanim sredinama, kao i roditelji iz srpske, romske, aškaljske i egipćanske zajednice, opisali su doslednu sliku dece koja se suočavaju sa vršnjačkim nasiljem (često psihološkim), intenzivnom i nenadziranom upotrebom telefona i društvenih medija, društvenim povlačenjem i akademskim pritiskom, dok su dostupne usluge fragmentisane i često kratkoročne, a korisnicima je teško da se snađu u njima.

Roditelji su takođe prijavili sve veću svest o mentalnom zdravlju dece, iako je ona različito izražena u različitim zajednicama. Roditelji iz albanske zajednice u urbanim sredinama naglasili su da *“deca ne znaju kako da razgovaraju o mentalnom zdravlju; to je dužnost roditelja”*, povezujući sadašnje izazove sa sopstvenom nerazrešenom posleratnom traumom. Roditelji iz romske, aškaljske i egipćanske zajednice opisali su generacijsku promenu, navodeći da je nekada bilo “sramota” govoriti o mentalnom zdravlju, ali da sada žele da *“postupe bolje”* od svojih roditelja. Roditelji iz srpske zajednice naglasili su da u poslednje vreme žive u restriktivnijem okruženju, u kojem percipirana nesigurnost, uključujući strah od prijavljivanja policiji, ograničava socijalizaciju dece i oblikuje način rešavanja problema.

Deca takođe prepoznaju jasne strukturne prepreke pristupu nezi. Specijalizovane usluge centralizovane su u Prištini, koordinacija između škola, zdravstvenih i socijalnih službi nije dosledna i ne postoji institucionalizovana telefonska linija za krizne situacije namenjena posebno mladima. Mladi su naveli da je telefonska linija, čak i kada postoji, “dobra, ali nije institucionalizovana” i smatrali su da takvu podršku treba da obezbedi država. Vidljivost u malim zajednicama, odnosno činjenica da komšije primećuju česte posete, pomenuta je kao još jedan faktor koji odvraća od redovnih poseta, naročito školskim psiholozima. Uprkos ovim preprekama, stavovi mladih u velikoj meri bili su usklađeni sa stavovima kliničkih stručnjaka i organizacija civilnog društva o tome šta je potrebno: tražili su prisustvo psihologa od vrtića nadalje, redovne sesije na nivou odeljenja u svrhu pružanja informacija i preventivnog delovanja u oblasti mentalnog zdravlja, strukturisanije prostore za razgovor o stresu i anksioznosti, bavljenje vršnjačkim nasiljem i štetnim pojavama na internetu, kao i jasne, bezbedne putanje do usluga. Ova konvergencija iskustava dece i prioriteta pružalaca usluga stvara snažnu osnovu za osmišljavanje MZPSP odgovora usmerenih na decu i utemeljenih u školama i zajednici.

Svet oko deteta

Škole predstavljaju centralne platforme za MZPSP, ali dokazi pokazuju da su one istovremeno izvor rizika i potencijalno ključno zaštitno okruženje. Podaci ukazuju na to da je 77 procenata učenika tokom proteklog meseca doživelo neki oblik viktimizacije, najčešće verbalno zlostavljanje i fizičku agresiju.⁶⁵ Vršnjačka, psihološka, sajber, fizička i seksualna viktimizacija snažni su prediktori psihološke patnje.⁶⁶ Više od četvrtine učenika prijavljuje emocionalnu ili fizičku viktimizaciju koju vrši školsko osoblje.⁶⁷ Školska klima predstavlja ključnu polugu za MZPSP. Podržavajući odnosi

nastavnik-učenik, jasne politike protiv nasilja i značajno učešće učenika u životu škole predstavljaju zaštitu od viktimizacije i patnje, dok slaba podrška nastavnika i nebezbedno vršnjačko okruženje značajno povećavaju emocionalne i probleme u ponašanju. Pokazatelji školske klime objašnjavaju značajan deo varijacije u emocionalnoj viktimizaciji koju vrši osoblje.⁶⁸

Školski psiholozi pružaju ključnu prvu liniju podrške za promovisanje mentalnog zdravlja i upućivanje na specijalizovane usluge. Prema podacima MON-a, sistem preduniverzitetskog obrazovanja na Kosovu obuhvata 1.035 škola u školskoj 2024–2025. godini, u kojima radi 22.620 nastavnika i koje pohađa približno 300.000 učenika.⁶⁹ U okviru ovog sistema trenutno je angažovano 230⁷⁰ školskih psihologa, što daje odnos od približno jednog psihologa na 1.300 učenika, više nego dvostruko u odnosu na preporučeni odnos Nacionalnog udruženja školskih psihologa od 1:500 i znatno iznad evropskog proseka.⁷¹ Važećim administrativnim uputstvom predviđen je 1 školski psiholog na svakih 1.000 učenika.⁷² Pokrivenost je takođe neujednačena. Istraživanje sprovedeno sa 107 školskih psihologa za potrebe ovog mapiranja pokazalo je da 40 procenata njih radi u više od jedne škole, 28 procenata pokriva dve, a 12 procenata tri škole, što znači da 230 psihologa pokriva, prema procenama, 320–350 škola, odnosno približno jednu trećinu školske mreže. Kada psiholozi rade u više škola, vreme koje je na raspolaganju za individualnu podršku, prevenciju i saradnju znatno je smanjeno.⁷³ Uprkos ovim prazninama, postojeći kadar predstavlja stratešku i nedovoljno iskorišćenu infrastrukturu. Ciljana ulaganja, povećanje broja zaposlenih na 520⁷⁴ radnih mesta predviđenih formulom finansiranja Ministarstva obrazovanja i nauke, standardizovanje uloga i supervizije i integrisanje psihologa u putanju upućivanja za MZPSP mogli bi predstavljati ulaznu tačku sa najvećim potencijalom za širenje usluga promovisanja mentalnog zdravlja, ranog otkrivanja i psihosocijalne podrške deci i adolescentima širom Kosova. Međutim, školski psiholozi navode da obrasci upućivanja ukazuju na važne praznine u načinu prepoznavanja i rešavanja potreba u oblasti mentalnog zdravlja. Upućivanja nastavnika pretežno se odnose na probleme u ponašanju, 93,5 procenata, i akademske poteškoće, 71 procenat, dok roditelji decu najčešće upućuju zbog akademskih poteškoća, 71 procenat, i problema u ponašanju, 62,6 procenata, a problemi povezani sa porodicom retko se navode. Nasuprot tome, samoinicijativno obraćanje učenika prvenstveno je podstaknuto emocionalnim poteškoćama, 86,9 procenata, sukobima sa vršnjacima, 79,4 procenata, i porodičnim problemima, 59,8 procenata. Ova razlika ukazuje na neusklađenost između potreba u oblasti mentalnog zdravlja koje učenici sami prepoznaju i problema koje prepoznaju nastavnici i roditelji.⁷⁵ Za decu iz romske, aškaljske i egipćanske zajednice školsko okruženje se često doživljava kao štetno, a ne kao zaštitno. Među odraslim ispitanicima iz ovih zajednica, 51% smatra da školovanje negativno utiče na razvoj i dobrobit zbog stigme i predrasuda koje deca doživljavaju u školama, u poređenju sa 43% ispitanika koji nisu Romi.⁷⁶ Deca iz drugih ranjivih grupa, kao što su deca sa invaliditetom, suočavaju se sa isključivanjem iz škola, čime im se uskraćuje mogućnost da koriste platformu MZPSP-a za socijalnu interakciju, emocionalni razvoj i vršnjačku podršku i povećava rizik od psihološke patnje. Stalna stigma i socijalna isključenost dodatno ograničavaju učešće.⁷⁷

Nasilje nad decom i mladima na Kosovu i dalje je rasprostranjeno u kućnom, školskom i okruženju zajednice. Prema MICS-u iz 2020. godine, 72 procenta dece uzrasta od 1 do 14 godina doživljava nasilnu disciplinu, uključujući psihološku agresiju i fizičko kažnjavanje, a slučajevi često ostaju neprijavljeni zbog društvenog prihvatanja i slabih institucionalnih odgovora.⁷⁸ U školskom okruženju, reprezentativna studija na Kosovu, koja je obuhvatila više od 12.000 učenika od 6. do 9. razreda, pokazala je da je 77 procenata učenika prijavilo da je tokom proteklog meseca doživelo viktimizaciju, pretežno verbalno zlostavljanje, 61 procenat, i fizičku agresiju, 45 procenata.⁷⁹ Studija je pokazala jasan odnos doza–odgovor, pri čemu je svaki dodatni doživljeni oblik nasilja bio povezan sa povećanjem od 1,25 poena na Keslerovoj skali psihološke patnje, dok su se sajber vršnjačko

nasilje i socio-emocionalna viktimizacija izdvojili kao najsnažniji prediktori štete. Pored toga, uprkos napretku ostvarenom usvajanjem Zakonika pravde o maloletnicima i Zakona o zaštiti deteta, procenom UNICEF-a i KOMF-a utvrđeno je da praktična implementacija ostaje fragmentisana, da ne postoje osnovne usluge kao što su prihvatilišta za decu žrtve i funkcionalne linije prijavljivanja i da školama nedostaju psiholozi koji bi mogli da promovišu programe prevencije zasnovane na dokazima. Ovi nalazi naglašavaju hitnu potrebu kako za snažnijom etičkom istraživačkom infrastrukturom, tako i za strategijama prevencije zasnovanim na dokazima koje su ugrađene u škole, porodice i zajednice⁸⁰.

Škole predstavljaju važne platforme za rano otkrivanje i podršku niskog intenziteta. Pojedini učenici opisali su pozitivna iskustva sa školskim psiholozima koji su im pomogli da upravljaju sukobima i emocijama. Drugi su naveli da njihove škole nemaju psihologa ni strukturisane aktivnosti ili da se odlazak kod psihologa predstavlja kao kaznena mera (“tamo ideš kada si u nevolji”). Akademski pritisak, ponašanje nastavnika i školska klima dosledno su pominjani kao glavni stresori. Razlike između urbanih i ruralnih sredina takođe su bile očigledne: mladi iz ruralnih sredina cenili su blisko povezane zajednice, ali su strahovali od ogovaranja i nadzora zajednice, što je obeshrabrivalo otvorenost čak i među vršnjacima; mladi iz urbanih sredina smatrali su da mogu slobodnije da razgovaraju sa prijateljima, ali su naveli veću izloženost konkurenciji, anonimnosti i digitalnom preopterećenju. U svim područjima, prekomerna upotreba društvenih medija, sajber vršnjačko nasilje, lažni nalozi, slike izmenjene veštačkom inteligencijom i onlajn “trendovi” koji prerastaju u sukobe van interneta ili samopovređivanje opisani su kao značajni izvori stresa i štete u stvarnom životu. Roditelji takođe smatraju da su škole svuda najpristupačnija ulazna tačka za pitanja mentalnog zdravlja, ali se kvalitet i doslednost podrške značajno razlikuju među školama i opštinama.

Svet u celini

Na nivou zajednice, dokazi ukazuju na rizike povezane sa migracijom, repatrijacijom, marginalizacijom i digitalnim okruženjima, od kojih svi zahtevaju MZPSP analizu i intervencije zasnovane na zajednici. Deca povratnici, uglavnom iz zemalja Zapadne Evrope, često doživljavaju socijalnu izolaciju, diskriminaciju i loše životne uslove, što pogoršava probleme mentalnog zdravlja.⁸¹ Pored toga, romske, aškaljske i egipćanske zajednice i dalje se suočavaju sa diskriminacijom i štetnim praksama kao što su dečji brakovi i dečji rad,⁸² iako njihova ukupna prevalencija opada^{83, 84}. U opštoj populaciji, 4 procenta žena i 2 procenta muškaraca uzrasta 20–24 godine stupilo je u brak pre navršene 18. godine, u poređenju sa 33 procenta žena i 10 procenata muškaraca iz romske, aškaljske i egipćanske zajednice.⁸⁵ Ovi obrasci ukazuju na potrebu za MZPSP-om na nivou zajednice koji objedinjuje zaštitu dece, rodnu ravnopravnost i socijalnu inkluziju. Ekonomski stres na nivou zajednice i dalje predstavlja ključni faktor rizika za MZPSP, pri čemu gotovo 23 procenta dece na Kosovu živi u siromaštvu, a 7 procenata u ekstremnom siromaštvu.⁸⁶ **Na nivou podsticajnog okruženja,** kulturne norme, izbori politika i raspodela resursa u velikoj meri uslovljavaju obim i delotvornost MZPSP-a. Rizična ponašanja, uključujući pušenje, upotrebu alkohola, kockanje i nošenje oružja, široko su rasprostranjena i verovatno povezana sa visokim nivoima stresa, pri čemu 77 procenata mladih prijavljuje visok nivo stresa.⁸⁷ Podaci istraživanja “Mladi glasovi Kosova 2024” ističu i mogućnosti i praznine: 48,8 procenata adolescenata 9. razreda želi da učestvuje u odlučivanju o pitanjima koja utiču na zdravlje i dobrobit, uključujući mentalno zdravlje, ali 26 procenata ne zna gde da potraži pomoć zbog depresije ili tuge, 37 procenata ne zna gde da se obrati nakon što je doživelo nasilje ili je bilo svedok nasilja, a 33 procenta ne zna kako da prijavi nepravedno postupanje.⁸⁸ Nalazi iz izveštaja “Mladi glasovi Kosova 2024”, koji je sproveo Institut za psihologiju, pokazuju da su mladi na Kosovu skloniji da pomoć traže od porodice i

prijatelja, iako je oko 50 procenata izrazilo spremnost da potraži stručnu podršku.⁸⁹ Ova neusklađenost između spremnosti na angažovanje i ograničenog znanja ili pristupa ukazuje na potrebu za informacijama, uslugama i mehanizmima učešća u okviru MZPSP-a koji su prilagođeni mladima.

Stigma predstavlja glavnu strukturnu prepreku. Među mladima je svest o mentalnom zdravlju umerena, ali snažne tradicionalne porodične vrednosti i kulturna stigma sprečavaju otvorenu diskusiju i traženje pomoći u vezi sa problemima mentalnog zdravlja. Iako postoji opšte uverenje da se problemi mentalnog zdravlja mogu lečiti i da se pojedinci mogu oporaviti, deo mladih na Kosovu i dalje oseća određenu nelagodu i pokazuje ograničeno društveno prihvatanje i ograničenu spremnost na fizičku blizinu sa osobama koje imaju teškoće u oblasti mentalnog zdravlja.⁹⁰ Samo 20 procenata smatra da su njihove potrebe u oblasti mentalnog zdravlja zadovoljene, navodeći ograničen pristup savetovanju.⁹¹ Druga studija je pokazala da je 52,9 procenata učenika prijavilo da im je potrebna pomoć zbog problema mentalnog zdravlja, ali da je samo 14,7 procenata primilo tretman, dok je percipirana javna stigma bila veća od lične stigme.⁹²

Rodne norme oblikuju i rizik i otpornost. Sve veća podrška rodnoj ravnopravnosti među mladima može osnažiti devojke i mlade žene, dok tradicionalna očekivanja od dečaka i mladih muškaraca mogu dovesti do stresa i zbunjenosti. Obrazovanje se smatra ključnim za suprotstavljanje stereotipima, a među mladima i u civilnom društvu raste mobilizacija putem istraživanja koja vode mladi, kompleta alata za suzbijanje stereotipa i panela mladih. Mlade osobe lezbejke, gej, biseksualne, transrodne, queer/osobe koje preispituju svoju seksualnu ili rodnu identifikaciju i interseksualne (LGBTQI+) prijavljuju visok nivo depresije, anksioznosti i stresa izazvanih stigmom i diskriminacijom, što ukazuje na potrebu za inkluzivnim MZPSP-om zasnovanim na pravima⁹³.

Praznine u pristupu dostupnim uslugama i svesti o njima. Tokom svih diskusija u fokus grupama, roditelji su naveli da im nije jasno koje su usluge dostupne i kako im se može pristupiti. Pojedini roditelji nisu znali da pri Univerzitetskom kliničkom centru (UKC) postoji Centar za mentalno zdravlje dece i adolescenata, čak i kada su imali dete sa kašnjenjem u razvoju bez postavljene dijagnoze, što pokazuje slabost putanja upućivanja iz škola i primarne zdravstvene zaštite. Roditelji su naveli da bi radije potražili negu u privatnim klinikama zbog dugog čekanja i ograničenog poznavanja usluga u javnom zdravstvenom sektoru. Međutim, usluge u privatnom sektoru, kao što su usluge psihologa, logopeda i asistenata, smatraju se mogućnošću, ali se opisuju kao skupe i dugoročno neodržive, zbog čega se nega često prekida nakon nekoliko sesija. Ovaj problem posebno je istaknut u slučaju dece sa neurorazvojnim poremećajima, kojoj su potrebne dugotrajne, česte i intenzivne intervencije. Roditelji su troškove opisali kao jednu od najsnažnijih determinanti toga da li deca dobijaju i nastavljaju da dobijaju podršku, savetovanje i terapije, koje se u velikoj meri doživljavaju kao “luksuz” koji mogu da priušte samo imućnije porodice. Usluge koje pružaju OCD-i cene se, ali su često zasnovane na projektima i završavaju se usred procesa, čime se narušava kontinuitet nege. Ove projektno zasnovane usluge od ključnog su značaja, posebno za pripadnike manjina kao što su romi, aškalije i egipćani.

Školski psiholozi angažuju se nedosledno i neefikasno. U pojedinim školama na srpskom jeziku “psiholog se doživljava kao kazna”, što obeshrabruje decu da potraže pomoć. Fokus grupe sa roditeljima i školskom decom i intervju sa školskim psiholozima ukazuju na to da se škole oslanjaju na školske psihologe kao na osobe za rešavanje svih problema, bez jasnog i standardizovanog modela prakse, procedura upućivanja ili supervizije i sa nejasnim smernicama za prevenciju, savetovanje, odgovor na krizu i upravljanje ponašanjem. Čini se da je ovo više strukturna praznina nego samo pitanje broja zaposlenih, jer njihove uloge treba institucionalizovati i bolje strukturisati.

Budžetska izdvajanja za mentalno zdravlje su niska. Ulaganja u mentalno zdravlje na Kosovu i dalje su niska, pri čemu se finansiranje procenjuje na oko 1,5 procenata ukupnih rashoda za zdravstvo, što je znatno ispod evropskog proseka od 3,6 procenata, a njegovo praćenje je slabo.⁹⁴ Ova nedovoljna ulaganja ograničavaju obim, kvalitet i održivost MZPSP usluga; iako je Ministarstvo zdravlja usvojilo Sektorsku zdravstvenu strategiju 2025–2030, ne postoji posebna ili ciljana strategija za mentalno zdravlje dece i adolescenata.

Trenutni odgovor na potrebe mentalnog zdravlja dece i adolescenata

Pravni okvir, strategije i politike

Pravni i politički okvir Kosova prepoznaje mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku dece i adolescenata. Ključni pravni instrumenti – Ustav, Zakon o zaštiti deteta, Zakon o preduniverzitetskom obrazovanju u Republici Kosovo i Zakon o socijalnim i porodičnim uslugama – uspostavljaju snažne temelje zasnovane na pravima za mentalno zdravlje dece i adolescenata, uključujući zdrav psihološki razvoj, usluge zasnovane na školama i psihosocijalnu podršku kroz sistem socijalne zaštite. Administrativna uputstva o školskim psiholozima i zaštiti dece u školama pretvaraju neka od ovih načela u operativne uloge na nivou škole. Međutim, implementacija je neujednačena zbog ograničenja u broju zaposlenih, slabe međusektorske koordinacije i ograničenog domašaja u ruralnim i nedovoljno obuhvaćenim područjima. Usled toga, osnovna prava i zakonske odredbe ne poštuju se dosledno, a dostupnost usluga i dalje je neadekvatna. Iako Zakon o mentalnom zdravlju uspostavlja opšti okvir, njime se izričito ne uređuje mentalno zdravlje dece i adolescenata niti se definišu ključne putanje kao što su podrška zasnovana na školama, prevencija na nivou zajednice i procedure specifične za decu. Pored toga, Zakon br. 08/L-153 o obrazovanju u ranom detinjstvu relevantan je za MZPSP jer uspostavlja pravni osnov za usluge ranog obrazovanja i brige o deci od rođenja do navršene šeste godine, uključujući odredbe o ranom otkrivanju kašnjenja u razvoju i koordinaciji između obrazovnih, zdravstvenih i socijalnih službi.

Na strateškom nivou, Državna strategija za mlade 2024–2032 i Sektorska zdravstvena strategija 2025–2030. prepoznaju značaj mentalnog zdravlja mladih i daju prioritet podršci određenim poboljšanjima infrastrukture. Međutim, Kosovu nedostaje posebna, dugoročna vizija mentalnog zdravlja dece i adolescenata. Budžetiranje, integracija usluga i aranžmani za praćenje ostaju nejasni. Strategija obrazovanja 2022–2026. uopšteno se poziva na dobrobit učenika i bezbedno okruženje za učenje, ali ne utvrđuje konkretne ciljeve u oblasti mentalnog zdravlja, planove zapošljavanja ili mere odgovornosti. Za potrebe ovog mapiranja, navedene praznine pomažu da se objasni zašto pružanje usluga deluje fragmentisano. Kosovo ima relativno snažnu normativnu osnovu za zaštitu i promovisanje mentalnog zdravlja dece i adolescenata. Međutim, nedostaju posebna i kohezivna strategija ili akcioni plan, održivo finansiranje i delotvorni mehanizmi koordinacije za međusektorsku implementaciju i rešavanje pitanja mentalnog zdravlja dece i adolescenata. Kako bi se ova praznina premostila, od ključnog je značaja da se pravne odredbe povežu sa jasnim strategijama i planovima za rešavanje i jačanje međusektorskih MZPSP usluga u zdravstvu, obrazovanju i socijalnoj zaštiti. U tom pogledu, Strateški plan Ministarstva zdravlja za mentalno zdravlje sadrži poseban cilj koji se odnosi na mentalno zdravlje dece i jačanje promovisanja zdravlja i obrazovanja kroz namenske promotivne i obrazovne aktivnosti. Stoga se ovde utvrđena praznina odnosi na odsustvo posebnog, praćenog međusektorskog plana za mentalno zdravlje dece i adolescenata, sa predviđenim troškovima i jasnom odgovornošću, a ne na odsustvo bilo kakve političke obaveze.

Tabela 1: Pregled zakonodavstva i politika relevantnih za mentalno zdravlje i MZPSP na Kosovu.

Oblast / sektor	Sažetak ključnih odredaba koje se odnose na decu, mentalno zdravlje i MZPSP, uključujući glavne praznine i implikacije	Relevantno zakonodavstvo / politike
Zdravstvo / rano detinjstvo	Uspostavlja prvi integrisani okvir za IRD na Kosovu za decu uzrasta 0–6 godina sa kašnjenjem u razvoju ili invaliditetom. Propisuje uspostavljanje 48 transdisciplinarnih timova za IRD (psiholog, logoped, fizioterapeut/radni terapeut, socijalni radnik i vaspitač) u centrima PZZ u svih 38 opština. Usluge su besplatne i usmerene na porodicu. Koordiniraju ih ministarstva zdravlja, obrazovanja i finansija/socijalnih pitanja. Neposredno je relevantan za MZPSP: psiholozi u svakom timu obezbeđuju rano otkrivanje psihosocijalnih potreba dece uzrasta 0–6 godina. Ukupan budžet: 18,9 miliona EUR (2025–2027). Revidirano Administrativno uputstvo o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, neophodno za omogućavanje zapošljavanja, u međuvremenu je odobreno i potpisano (Administrativno uputstvo MZ br. 01/2026); zapošljavanje i raspoređivanje timova za IRD u opštinama tek treba da se realizuju.	Strateški dokument i Akcioni plan za IRD 2025–2030. (Odluka Vlade br. 05/253 od 21. marta 2025. godine); Administrativno uputstvo MZ br. 01/2026 o izmeni i dopuni Administrativnog uputstva (zdravstvo) br. 04/2020 Primarna zdravstvena zaštita
Međusektorski	Garantuje pravo na zdravlje (član 51), zaštitu dece od psihološke štete (član 50), zabranu diskriminacije (član 24) i pravo na obrazovanje (član 47). Omogućava direktnu primenu međunarodnih instrumenata za ljudska prava, uključujući Konvenciju o pravima deteta (član 22). Pruža snažnu osnovu zasnovanu na pravima za mentalno zdravlje dece i adolescenata i MZPSP u svim sektorima, ali ostaje na opštem nivou i zahteva pretvaranje u konkretne standarde usluga, finansiranje i mehanizme odgovornosti.	Ustav Republike Kosovo
Obrazovanje / rano detinjstvo	Definiše razvojne ciljeve koji obuhvataju izražavanje i prepoznavanje emocija, interpersonalne veštine, razumevanje sebe i psihološki razvoj (član 3). Garantuje pravo na predškolsko obrazovanje svoj deci, uključujući decu sa problemima u ponašanju i emocionalnim poteškoćama, i predviđa individualizovanu podršku i specijalizovanu pomoć (član 6). Stvara pravni osnov za psihosocijalnu podršku i inkluziju u ranom detinjstvu, ali ne utvrđuje konkretne modele usluga za mentalno zdravlje dece i adolescenata ili norme u pogledu broja zaposlenih. Implementacija zavisi od obuhvata obrazovanjem i resursa.	Zakon o obrazovanju u ranom detinjstvu (br. 08/L-153)
Obrazovanje / školski sistem	Navodi da obrazovni sistem ima za cilj puni mentalni, fizički i emocionalni razvoj učenika (član 1). Kosovski okvir kurikuluma (član 24) promoviše inkluzivno	Zakon o preduniverzitetskom

	obrazovanje usmereno na učenika i holistički razvoj, čime podržava promovisanje mentalnog zdravlja u školama, životne veštine i psihosocijalnu podršku. Pruža jasan mandat za integrisanje mentalnog zdravlja u škole, ali ne sadrži detaljne odredbe o školskim uslugama mentalnog zdravlja, minimalnom broju zaposlenih ili putanjama upućivanja, što doprinosi neujednačenoj praksi u opštinama.	obrazovanju (br. 04/L-032)
Socijalna zaštita / zaštita dece	Prepoznaje psihosocijalne potrebe kao osnovne životne potrebe (član 9). Daje prioritet deci pogođenoj nasiljem, zanemarivanjem, traumom, zloupotrebom supstanci, invaliditetom ili porodičnom disfunkcionalnošću (članovi 29–30) i propisuje terapijsko savetovanje, psihosocijalnu podršku i obrazovanje roditelja koje pružaju licencirani stručnjaci. Zahteva individualne planove nege, uključujući podršku u oblasti mentalnog zdravlja, u prihvatilištima i rezidencijalnoj nezi. Pruža snažan pravni osnov za psihosocijalne intervencije u okviru socijalnih službi, ali je delotvoran obuhvat ograničen manjkom socijalnih radnika i psihologa i slabom koordinacijom sa zdravstvenim i obrazovnim službama.	Zakon br. 08/L-255 o socijalnim i porodičnim uslugama
Prava deteta/zaštita	Štiti pravo dece na mentalni i emocionalni razvoj (član 4), zahteva da se žrtvama i svedocima omogući pristup psihološkoj podršci prilagođenoj deci i propisuje planove za razvoj roditeljskih veština koji mogu obuhvatiti savetovanje i lečenje u oblasti mentalnog zdravlja (član 32). Stvara jasne obaveze za integrisanje MZDA u odgovore sistema zaštite dece, ali implementacija zavisi od međuinstitucionalne koordinacije i dostupnosti obučenog osoblja na opštinskom nivou.	Zakon br. 06/L-084 o zaštiti deteta
Zdravstvo / sistem mentalnog zdravlja	Uspostavlja opšti okvir za zaštitu mentalnog zdravlja, uključujući načela usluga zasnovanih na zajednici i zaštitu prava osoba sa mentalnim poremećajima. Ne sadrži odredbe koje se posebno odnose na decu i adolescente, izostavlja putanje MZDA zasnovane na školama i preventivne putanje na nivou zajednice i slabo je povezan sa obrazovanjem, zaštitom dece i maloletničkim pravosuđem, čime ostaje velika normativna praznina u oblasti mentalnog zdravlja dece i adolescenata.	Zakon br. 05/L-025 o mentalnom zdravlju

Zaštita dece / mediji i onlajn bezbednost	Reguliše štetne sadržaje u medijima i na onlajn platformama putem starosne klasifikacije, upozorenja i ograničenja. Članom 18. propisuje se psihosocijalna podrška deci izloženoj štetnom sadržaju, čime se zaštita od štetnih medijskih sadržaja povezuje sa potrebama dece i adolescenata u oblasti mentalnog zdravlja. Podržava sprečavanje štete povezane sa medijima i pruža osnov za psihosocijalnu podršku izloženoj deci, ali ne utvrđuje uloge školskih psihologa ili stručnjaka za mentalno zdravlje u implementaciji.	Administrativno uputstvo (VRK) br. 04/2022 o merama zaštite deteta od internet stranica sa pornografskim sadržajem i onima koji štete zdravlju i životu deteta
Obrazovanje / implementacija (radna snaga za MZPSP u školama)	Definiše ulogu i odgovornosti školskih psihologa u preduniverzitetskom obrazovanju, uključujući rano otkrivanje poteškoća, psihosocijalnu procenu, koordinaciju sa nastavnicima i roditeljima, upućivanje i vođenje pojedinačne evidencije o slučajevima. Prepoznaje psihologe kao ključne za MZPSP u školama, ali je primena ograničena pravilima o broju zaposlenih (jedan psiholog na 1.000 učenika) i ograničenim brojem radnih mesta, zbog čega mnoge škole nemaju neposredan pristup psihologu.	Administrativno uputstvo o školskim psiholozima (AU 26/2014)
Obrazovanje / zaštita dece	Zahteva od škola da daju prioritet zaštiti dece u politikama, razvojnim planovima i nastavnim planovima i programima (član 7). Propisuje da stručno osoblje za podršku (psiholozi, pedagozi, lekari i logopedi) sprovodi aktivnosti podizanja svesti i pruža neposrednu podršku deci izloženoj riziku od štete po njihov fizički, emocionalni ili psihološki razvoj (član 13). Pruža izričitu ulaznu tačku za integrisanje mentalnog zdravlja dece i adolescenata u obrazovni sistem, ali delotvornost zavisi od prisustva stručnog osoblja, funkcionalnih mehanizama upućivanja i održive međusektorske saradnje.	Administrativno uputstvo (VRK) br. 05/2024 o obrazovanju o zaštiti dece
Međusektorska politika za mlade	Prepoznaje mentalno zdravlje kao kritičan problem kojem se ne posvećuje dovoljno pažnje, posebno nakon pandemije COVID-19, i ističe visok nivo stresa i stigme. Predviđa mere za koje su izdvojena budžetska sredstva, kao što su obuka obrazovnih radnika i psihologa, izrada protokola usluga i proširenje onlajn podrške i podrške uživo. Ukazuje na snažnu političku posvećenost mentalnom zdravlju mladih, ali zahteva jasnije veze sa primarnom zdravstvenom zaštitom, održivo finansiranje i praćenje kako bi se obezbedilo da se planirane mere pretvore u dostupne MZPSP usluge.	Državna strategija za mlade 2024–2032.
Sektorska zdravstvena strategija	Prepoznaje mentalno zdravlje kao sve veći problem javnog zdravlja i navodi ulaganja u psihijatriju dece i adolescenata i integraciju između nivoa zdravstvene zaštite. Nedostaju posebna strategija za MZDA, posebne budžetske linije i dugoročno planiranje decentralizovanih usluga za MZDA van Prištine; slabi	Sektorska zdravstvena strategija 2025–2030.

	instrumenti za implementaciju (podzakonski akti i operativni planovi) ograničavaju uticaj na stvarnu organizaciju usluga.	
Strategija sektora obrazovanja	Poziva se na dobrobit učenika, inkluzivno obrazovanje i bezbedno okruženje za učenje i promoviše međusektorsku saradnju i prevenciju nasilja u školama. Ne sadrži izričite ciljeve u oblasti mentalnog zdravlja, ciljeve u pogledu broja školskih psihologa ili pokazatelje i budžete povezane sa MZDA, zbog čega je MZPSP zasnovan na školama slabo definisan i nedovoljno prioritetan.	Kosovski strateški plan za obrazovanje 2022–2026.
Zdravstvo / zaštita dece	Utvrdjuje putanju medicinskog i psihološkog tretmana dece žrtava zlostavljanja radi podrške njihovoj rehabilitaciji i reintegraciji u društvo. Pruža izričit klinički protokol specifičan za decu u zdravstvenom sektoru, ali još nije povezan sa putanjama upućivanja zasnovanim na školama i zajednici.	Administrativno uputstvo br. 04/2023 o medicinskom i psihološkom tretmanu deteta žrtve zlostavljanja
Zdravstvo / prevencija zloupotrebe droga	Utvrdjuje mere za prevenciju zloupotrebe droga i zaštitu dece od nje. Pruža regulatornu osnovu specifičnu za decu za sprečavanje zloupotrebe droga u zdravstvenom sektoru, dopunjujući napore u oblasti prevencije na nivou škola i zajednice.	Administrativno uputstvo br. 05/2023 o merama za sprečavanje i zaštitu dece od zloupotrebe droga
Zdravstvo / promovisanje mentalnog zdravlja adolescenata	Utvrdjuje promotivne i preventivne intervencije posebno za mentalno zdravlje adolescenata i, zajedno sa povezanim smernicama o lečenju poremećaja uzrokovanih upotrebom supstanci kod adolescenata (zasnovanim na preporukama SZO i mhGAP-a), pruža zdravstvenom sektoru promotivni i okvir za lečenje specifičan za adolescente. Implementacija zavisi od distribucije smernica i obuke radne snage kako bi se smernice pretvorile u rutinsku praksu.	Smernice o promotivnim i preventivnim intervencijama u oblasti mentalnog zdravlja adolescenata; smernice o lečenju poremećaja uzrokovanih upotrebom supstanci kod adolescenata
Zdravstvo / kliničke smernice	Obuhvata kliničke smernice koje je odobrilo i objavilo Ministarstvo zdravlja, a koje se odnose na depresiju, anksioznost, suicidalno ponašanje, traumu i posttraumatski stresni poremećaj, shizofreniju, opsesivno-kompulzivni poremećaj i upotrebu alkohola i drugih droga, zajedno sa smernicama o riziku od predoziranja alkoholom i drugim drogama objavljenim 2026. godine; u svima su deca i adolescenti navedeni među ciljnim populacijama. Pruža značajnu osnovu kliničkih smernica, iako se njihova primena još uvek ne prati sistematski.	Kliničke smernice Ministarstva zdravlja (depresija, anksioznost, suicidalno ponašanje, PTSP, shizofrenija, OKP, alkohol i druge droge, rizik od predoziranja 2026.)

Zdravstvo / mentalno zdravlje na radnom mestu	Utvrdjuje smernice o mentalnom zdravlju na radnom mestu. Relevantne su za MZPSP uglavnom kao deo šire normativne osnove smernica Ministarstva, a ne putem putanje koja se neposredno odnosi na decu ili adolescente.	Smernice o mentalnom zdravlju na radnom mestu
Zdravstvo / strateško planiranje mentalnog zdravlja	Utvrdjuje strateške prioritete Ministarstva zdravlja u oblasti mentalnog zdravlja, uključujući poseban cilj koji se odnosi na mentalno zdravlje dece i jačanje promovisanja zdravlja i obrazovanja kroz namenske promotivne i obrazovne aktivnosti. Zahteva međusektorski plan za mentalno zdravlje dece i adolescenata sa predviđenim troškovima i sistemom praćenja kako bi se ova obaveza pretvorila u praksu.	Strateški plan Ministarstva zdravlja za mentalno zdravlje
Health / financing and social contracting	Provides the legal basis for the Ministry of Health to finance NGOs delivering health promotion, disease prevention and public-awareness activities; used since 2018 to support NGO-delivered mental health promotion, including a March 2025 public call. Currently operates through periodic, largely single-year calls rather than sustained, multi-year financing dedicated to child and adolescent mental health.	Regulation MF No. 04/2017

Zdravstvo

Kapacitet zdravstvenog sistema u oblasti mentalnog zdravlja dece i adolescenata veoma je ograničen. U javnom sektoru radi samo sedam psihijatara za decu i adolescente, dva klinička psihologa i deset specijalista iz oblasti psihologije koji rade u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, pri čemu je veoma mali broj usmeren na decu i adolescente.⁹⁵ Jedina namenska služba za zaštitu mentalnog zdravlja dece i adolescenata jeste Služba dečje i adolescentne psihijatrije pri Univerzitetskom kliničkom centru Kosova (UKCK) u Prištini, koja je nedavno otvorila stacionarno odeljenje sa sedam kreveta i pruža ambulantne psihijatrijske i psihološke procene, individualnu i grupnu terapiju i konsultacije sa roditeljima i institucijama. Pedijatrijske službe pri UKCK-u su preopterećene, pri čemu jedan psiholog i dva socijalna radnika pružaju usluge za više od 7.000 pedijatrijskih pacijenata godišnje.⁹⁶ Ne postoji poseban model usluga za mentalno zdravlje dece i adolescenata, strategija ili namenski budžet.

Usluge mentalnog zdravlja dece i adolescenata u zdravstvenom sektoru i dalje su izrazito centralizovane u Prištini, uz ograničeno pružanje specijalističkih usluga van glavnog grada. Regionalne javne zdravstvene usluge ograničene su ili ne postoje i u velikoj meri zavise od privatnih pružalaca i NVO-a; multidisciplinarna nega je retka, a porodice se suočavaju sa dugim čekanjem, geografskim razlikama i visokim troškovima koje same snose pri prelasku između javnih i privatnih usluga. Kvalitet usluga je neujednačen i retko se prati ili sistematski procenjuje, uz kratko trajanje konsultacija, zastarele ili nevalidne instrumente za procenu, ograničenu stručnu superviziju i odsustvo telefonske linije za decu i adolescente u kriznim situacijama dostupne 24/7.

Pristup i dostupnost usluga mentalnog zdravlja dece i adolescenata u zdravstvenom sektoru prepoznati su kao pitanja koja izazivaju veliku zabrinutost. Porodice su prijavile prepreke kao što su dugo čekanje, posebno u javnim centrima za mentalno zdravlje dece i adolescenata, poteškoće u prevozu i radno vreme klinika koje nije usklađeno sa školskim i radnim rasporedom. Usluge namenjene deci i adolescentima i krizna nega i dalje su nedovoljno razvijene. Najčešći razlozi za obraćanje obuhvataju probleme u ponašanju, vršnjačko nasilje, anksioznost, depresiju, poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću (ADHD) i somatske tegobe, uz znatan broj slučajeva povezanih sa razvojem i autizmom. Pojedini mladi primaju usluge u psihijatrijskim ustanovama za odrasle ili kroz kratke konsultacije, a čak se i hitni slučajevi, kao što su samopovređivanje ili pokušaji samoubistva, rešavaju putem rutinskih procena. Centar za mentalno zdravlje dece i adolescenata u Prištini pruža dijagnostiku, terapiju i lekove, ali njegov kapacitet nije dovoljan da zadovolji potražnju.

Centri porodične medicine često nisu prilagođeni deci i pružaju ograničenu privatnost adolescentima, pri čemu uobičajene konsultacije traju "10 minuta", što pružaoci usluga smatraju nedovoljnim za smisleno angažovanje. Međutim, važan korak predstavlja to što centri porodične medicine sada sprovode strukturisani program kućnih poseta trudnicama i deci uzrasta 0–3 godine u 34 od 38 opština, čime se preventivna nega i podrška roditeljstvu pružaju neposredno u domovima porodica, uključujući porodice u ruralnim područjima, i obezbeđuje mogućnost za rano otkrivanje problema mentalnog zdravlja i razvojnih problema. Još jedan važan korak bilo je to što je Ministarstvo zdravlja odobrilo Strateški dokument i Akcioni plan za Intervenciju u ranom detinjstvu (IRD), koji su usmereni na pružanje integrisanih usluga usmerenih na porodicu deci uzrasta 0–6 godina, posebno deci sa kašnjenjem u razvoju ili invaliditetom. Strategija promoviše koordinisan pristup koji objedinjuje zdravstvene, obrazovne i socijalne službe radi podrške ranom otkrivanju, intervenciji i inkluzivnom razvoju. Nakon odobrenja Strateškog dokumenta i Akcionog plana za IRD, Ministarstvo zdravlja izdvojilo je 1,8 miliona evra za zapošljavanje timova za IRD na opštinskom nivou. Revidirano Administrativno uputstvo o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, neophodno za omogućavanje zapošljavanja, u međuvremenu je odobreno i potpisano (Administrativno uputstvo MZ br. 01/2026 o izmeni i dopuni Administrativnog uputstva (Zdravstvo) br. 04/2020 Primarna zdravstvena zaštita), čime je uklonjena glavna regulatorna prepreka. Stvarno zapošljavanje i raspoređivanje timova za IRD, kao i praćenje njihovog postepenog uvođenja u opštinama, ipak tek treba da se realizuju u praksi.

Izvan ovih inicijativa u oblasti usluga, Ministarstvo zdravlja izradilo je znatan korpus normativnih i kliničkih smernica relevantnih za mentalno zdravlje dece i adolescenata. On obuhvata smernice posebno usmerene na mlade, kao što su Smernice o promotivnim i preventivnim intervencijama u oblasti mentalnog zdravlja adolescenata i smernice o lečenju poremećaja uzrokovanih upotrebom supstanci kod adolescenata, zasnovane na preporukama Svetske zdravstvene organizacije i mhGAP-a, kao i instrumente za zaštitu dece, kao što su Administrativno uputstvo (VRK) br. 04/2023 o medicinskom i psihološkom tretmanu deteta žrtve zlostavljanja, kako bi mu se pomoglo u rehabilitaciji i reintegraciji u društvo i Administrativno uputstvo (VRK) br. 05/2023 o merama za sprečavanje i zaštitu dece od zloupotrebe droga. Ministarstvo je takođe odobrilo i objavilo niz kliničkih smernica, uključujući smernice o depresiji, anksioznosti, suicidalnom ponašanju, traumi i posttraumatskom stresnom poremećaju, shizofreniji, opsesivno-kompulzivnom poremećaju i upotrebi alkohola i drugih droga, a najnovije, 2026. godine, i smernice o riziku od predoziranja alkoholom i drugim drogama, u kojima su deca i adolescenti navedeni među ciljnim populacijama. Ministarstvo je takođe izradilo i objavilo posebne smernice o mentalnom zdravlju na radnom mestu. Posmatrani zajedno, ovi instrumenti predstavljaju značajnu normativnu i kliničku osnovu na kojoj se može izgraditi koherentniji sistem. Međutim, mapiranjem je utvrđeno da njihova izrada i odobravanje još nisu dosledno praćeni sistematskom distribucijom, obukom radne snage ili rutinskim praćenjem

njihove primene, tako da se postojanje ovih smernica još uvek ne pretvara pouzdano u promenu prakse na nivou pružanja usluga. Uspostavljanje mehanizama za praćenje stepena korišćenja i implementacije ovih instrumenata predstavljalo bi važan korak u premošćavanju jaza između normativnog okvira i nege na prvoj liniji.

Sveukupno, potrebno je rešiti nekoliko konkretnih aspekata normativnog okvira i okvira finansiranja Ministarstva zdravlja kako bi se ove obaveze pretvorile u praksu. Prvo, cilj specifičan za decu u Strateškom planu za mentalno zdravlje treba pretvoriti u praćeni akcioni plan za mentalno zdravlje dece i adolescenata sa predviđenim troškovima, umesto da ostane strateška izjava bez namenskih budžetskih linija ili mehanizama odgovornosti. Drugo, prethodno opisane smernice, kliničke smernice i administrativna uputstva zahtevaju sistematsku distribuciju, obuku radne snage i rutinsko praćenje njihove primene kako bi se njihovo postojanje pretvorilo u promenu prakse na prvoj liniji. Treće, mehanizam socijalnog ugovaranja na osnovu Uredbe MF br. 04/2017 treba da pređe sa periodičnih, uglavnom jednogodišnjih poziva za NVO-e na održivo, višegodišnje finansiranje namenjeno promovisanju mentalnog zdravlja dece i adolescenata, kako bi se pružaocima usluga zasnovanih na zajednici obezbedio veći kontinuitet. Četvrto, nakon potpisivanja revidiranog Administrativnog uputstva o primarnoj zdravstvenoj zaštiti (AU MZ br. 01/2026), uklonjena je preostala regulatorna prepreka za Strateški dokument i Akcioni plan za intervenciju u ranom detinjstvu; još je potrebno stvarno zapošljavanje i raspoređivanje timova za IRD u svih 38 opština, kao i praćenje njihovog rada. Konačno, revidirani Nacrt zakona o mentalnom zdravlju, za koji je navedeno da se nalazi u završnim fazama pripreme, pruža mogućnost da se otkloni prethodno utvrđena normativna praznina izričitim uključivanjem odredaba specifičnih za decu i adolescente, te treba dovršiti proces njegovog usvajanja.

Finansijska pristupačnost dodatno ograničava pristup i kontinuitet nege. Privatne usluge, a ponekad i usluge NVO-a, skupe su i mnoge porodice ne mogu da priušte ponovljene sesije, prevoz ili lekove, posebno za decu sa teškoćama u učenju ili posebnim potrebama kojoj su potrebne dugoročna podrška i rehabilitacija. Javno finansiranje preventivnih usluga i usluga povezanih sa školama je ograničeno i ne postoji osiguranje koje pouzdano smanjuje troškove koje korisnici sami snose. Zainteresovane strane i roditelji naglasili su potrebu za održivim aranžmanima finansiranja, kao što su šeme osiguranja, opštinske subvencije ili ugovori sa NVO-ima i privatnim pružaocima, kako bi se obezbedio pravedniji pristup. Jedan takav mehanizam već postoji: na osnovu Uredbe MF br. 04/2017, Ministarstvo zdravlja od 2018. godine pruža finansijsku podršku NVO-a za promovisanje zdravlja, prevenciju bolesti i podizanje svesti javnosti, uključujući javni poziv iz marta 2025. godine kojim su obuhvaćeni promovisanje mentalnog zdravlja i osnaživanje mladih za zdrav život.

Rano otkrivanje emocionalnih problema, bihevijoralnih i razvojnih poteškoća često kasni sve dok problemi ne postanu vidljivi u osnovnoj školi. Radnici na prvoj liniji, uključujući vaspitače u predškolskim ustanovama, medicinske sestre i porodične lekare, retko prolaze obuku o skriningu ili upućivanju u oblasti mentalnog zdravlja dece i adolescenata. Postoji ozbiljan manjak dečjih psihijatarata, kliničkih psihologa, logopeda i drugih stručnjaka, uz ograničenu superviziju i kontinuirani profesionalni razvoj. Mnogi klinički psiholozi imaju licencu ili rade "a da nikada nisu imali superviziju", dok veliko opterećenje predmetima doprinosi riziku od sagorevanja i nedosledne nege. Obezbeđivanje kvaliteta posebno je slabo u privatnom sektoru, gde se psihosocijalne usluge ponekad pružaju u nelicenciranim prostorima, a u postupcima sertifikacije ne proverava se sadržaj ili usklađenost sa standardima. Ovaj problem dodatno pojačava nejasna i slabo regulisana granica između privatnih pružalaca i NVO-a koje pružaju usluge mentalnog zdravlja deci i adolescentima.

Kulturna uverenja, stigma i dezinformacije značajno utiču na traženje pomoći u okviru usluga mentalnog zdravlja dece i adolescenata. Prema rečima pojedinih kliničkih stručnjaka, porodice se ponekad obraćaju i verskim ili tradicionalnim isceliteljima, a stručnjacima za mentalno zdravlje tek kasnije, kada se simptomi pogoršaju, pri čemu psihologe smatraju “poslednjim rešenjem”. Zablude, na primer povezivanje vakcinacije sa autizmom, podstiču nepoverenje i primenu nereguliranih terapija. Pružaoci usluga ukazali su na potrebu za koordinisanom komunikacijom sa javnošću i angažovanjem medija radi normalizovanja traženja pomoći i suprotstavljanja pseudonauci. Čini se da su problemi mentalnog zdravlja adolescenata, posebno anksioznost, depresija i samopovređivanje, porasli nakon pandemije COVID-19, ali su strukturisani odgovori i dalje slabi. Somatske tegobe često prikrivaju psihološku patnju i ne postoje jasni protokoli za krizne situacije, procedure za prevenciju samoubistava ili široko dostupna strukturisana podrška zasnovana na školama.

Pitanja pravednosti prožimaju sve ove izazove u uslugama povezanim sa zdravljem. Deca u ruralnim područjima često ostvaruju prvi kontakt sa stručnjakom tek u školskom uzrastu, a manjinske zajednice suočavaju se sa dodatnim jezičkim preprekama, pri čemu je pojedinim porodicama potreban prevodilac tokom kliničkih pregleda.

Uprkos ovim ograničenjima, utvrđeno je nekoliko prednosti. Stručnjaci u javnom i privatnom sektoru pokazuju visok nivo posvećenosti uprkos velikom opterećenju, a postoje i određeni kapaciteti, posebno u privatnim klinikama sa više resursa i među akterima u školama i zajednici koji imaju ključnu ulogu u ranom otkrivanju. Svest o rizicima po mentalno zdravlje adolescenata i prazninama u sistemu raste među opštom populacijom i postoji zamah za unapređenje sistema podataka, upućivanja i odgovora.

Obrazovanje

Mentalno zdravlje nije sistematski integrisano u školske nastavne planove i programe ili vannastavne aktivnosti. Nekoliko vannastavnih inicijativa koje se neposredno ili posredno bave mentalnim zdravljem uglavnom predstavljaju male pilot-projekte bez domašaja na nivou celog Kosova.⁹⁷ Školski psiholozi su dostupni i često rade u više škola, pri čemu su njihove uloge slabo definisane, preklapaju se sa ulogama pedagoga i često su ograničene administrativnim zadacima. Ne postoji sistem licenciranja ili supervizije školskih psihologa, a stigma među učenicima, nastavnicima i roditeljima i dalje predstavlja veliku prepreku traženju pomoći.

Ministarstvo obrazovanja i nauke formalno promoviše mentalno zdravlje učenika kao deo šire agende inkluzivnog i holističkog obrazovanja. Dobrobit i životne veštine ugrađene su u oblasti nastavnog plana i programa, kao što je “Fizičko vaspitanje, sport i zdravlje”, dok se zaštita dece sve više odražava u školskim politikama. Međutim, implementacija je neujednačena. Inicijative kao što su forumi “Zdrave škole” podržavaju lokalne akcije, ali su osetljive na promene zaposlenih i projektno finansiranje. Koordinacija sa spoljnim službama, kao što su zdravstvo, socijalna zaštita i policija, često se odvija na ad hoc osnovi i ne postoji sistem za praćenje usluga koje pružaju školski psiholozi.

Kapaciteti za MZPSP na nivou škole znatno se razlikuju. Školski psiholozi su neujednačeno raspoređeni, pri čemu manje opštine dele osoblje, a mnoge škole uopšte nemaju psihologa. U školama sa psiholozima, podrška u oblasti mentalnog zdravlja bolje je strukturisana i integrisana u školske planove. U tim slučajevima, psiholozi sprovode individualne i grupne intervencije, preventivne aktivnosti o temama kao što su samopoštovanje, vršnjačko nasilje, samopovređivanje i

socijalne veštine i koordiniraju rad sa nastavnicima i roditeljima radi rešavanja problema u učionici i individualnih problema. Školski psiholozi prijavljuju ograničen pristup obuci, povećano radno opterećenje i složenost slučajeva, kao i odsustvo pristupa priručnicima i instrumentima zasnovanim na dokazima za individualne ili grupne intervencije. Učenici se sve češće samoinicijativno obraćaju, posebno devojke, što ukazuje na rastuće poverenje u psihološke usluge, iako veliko opterećenje predmetima, ograničeno vreme i nedostatak materijala ograničavaju obim naknadnog praćenja.

U školama bez psihologa, direktori, razredne starešine i povremeno pedagozi preuzimaju odgovornost za psihosocijalnu podršku. Oni pružaju neformalno savetovanje i upravljaju krizama, ali im nedostaju formalna obuka, instrumenti i sistematska dokumentacija. Upućivanje spoljnim službama, kao što su centri za socijalni rad, policija ili dečja psihijatrija, uglavnom se vrši u teškim slučajevima i može kasniti zbog radnog opterećenja institucija i slabih mehanizama povratnih informacija. U ruralnim područjima, gde su i spoljne službe malobrojne, mnogim problemima se neformalno upravlja u okviru škole. Sveukupno, putanje upućivanja u velikoj meri zavise od lokalne inicijative i ličnih odnosa, a ne od standardizovanih procedura ili sistema za digitalno praćenje.

Obrasci traženja pomoći odražavaju ovu kombinaciju napretka i trajnih prepreka: u školama sa školskim psiholozima učenici, posebno devojke, češće proaktivno traže podršku, dok dečaci uglavnom prikrivaju stres ili ispoljavaju probleme u ponašanju. Angažovanje porodica se poboljšalo, pri čemu više porodica prihvata upućivanje i učestvuje na psihoedukativnim sastancima, ali ono i dalje ostaje uglavnom reaktivno, a ne preventivno. Stigma i nerazumevanje i dalje odlažu pristup jer se pojedini roditelji protive upućivanju ili se angažuju tek kada problemi postanu vidljivi. Tamo gde su psiholozi prisutni, strukturisana psihoedukacija i roditeljski sastanci sa nastavnicima pomažu u izgradnji poverenja, ali ograničeno vreme i resursi ograničavaju domašaj. Pojedini roditelji se protive upućivanju ili se angažuju tek kada problemi postanu vidljivi. Tamo gde su psiholozi prisutni, strukturisana psihoedukacija i roditeljski sastanci sa nastavnicima pomažu u izgradnji poverenja, ali ograničeno vreme i resursi ograničavaju obuhvat.

Tokom intervjua i diskusija u fokus grupama izdvojilo se nekoliko problema koji se ponavljaju i imaju centralni značaj za mentalno zdravlje i psihosocijalnu dobrobit učenika. Vršnjačko nasilje i nasilje među učenicima, koje često pojačavaju društveni mediji putem lažnih naloga i štetnih objava, i dalje spadaju među najčešće izazove. Emocionalne i poteškoće u ponašanju, kao što su anksioznost, nemir, agresija, plač tokom aktivnosti i poteškoće sa koncentracijom, često se prijavljuju u nižim razredima osnovne škole i neretko su povezane sa nestabilnošću i stresom u porodici. Akademski pritisak i socijalno poređenje, posebno putem društvenih medija, doprinose niskom samopoštovanju, umoru i neangažovanju adolescenata. Sve češće se primećuju oblici samopovređivanja, ponekad povezani sa onlajn "izazovima" ili akumuliranim stresom u školi i porodici. Inkluzija dece sa invaliditetom je nedosledna: dok pojedine škole imaju asistente ili logopede, mnoge se oslanjaju na kratkoročnu podršku ili podršku koju finansiraju donatori, zbog čega nastaju praznine u održivoj ekspertizi i finansiranju. Rani skrining razvojnih teškoća je slab, dugo se čeka na opštinske timove za pedagošku procenu dece sa invaliditetom i pristup specijalizovanoj podršci je neujednačen; roditelji se ponekad obaveštavaju da je asistent odobren, ali podrška zapravo nije dostupna kada je potrebna.

Porodične okolnosti i šire okruženje zajednice imaju ključnu ulogu u oblikovanju načina na koji se podrška mentalnom zdravlju i psihosocijalna podrška u školama doživljava i pruža. Direktori i psiholozi navode da su porodični sukobi, razvod i ekonomske teškoće glavni pokretači emocionalnih problema i problema u ponašanju u učionici i da škole često preuzimaju emocionalni teret tih problema. U mnogim slučajevima direktori i nastavnici deluju kao posrednici između roditelja i dece,

nastojeći da održe rutinu i stabilnost. Škole takođe sarađuju sa akterima u zajednici, kao što su jedinice školske policije, centri za socijalni rad i centri za porodičnu medicinu, posebno u slučajevima teškog nasilja ili zanemarivanja. Ovi oblici saradnje su dragoceni, ali u velikoj meri zavise od pojedinačnih odnosa i lokalne inicijative, a ne od formalizovanih međuinstitucionalnih sporazuma.

Uprkos sistemskim prazninama, obrazovni sektor pokazuje važne prednosti. Postoji snažna posvećenost školskog osoblja, pri čemu mnogi direktori i psiholozi proaktivno predvode rad na dobrobiti učenika. Kulturni stavovi prema psihološkoj podršci postepeno se menjaju, a učenici i roditelji sve više smatraju savetovanje normalnim i prihvataju ga. Teme dobrobiti integrisane su u nastavni plan i program i život škole putem sesija o životnim veštinama, kampanja za podizanje svesti i grupnih diskusija, dok u pojedinim opštinama škole učestvuju u funkcionalnim lokalnim mrežama upućivanja sa policijom, socijalnim službama i pružaocima zdravstvenih usluga. Međutim, ove aktivnosti su uglavnom zasnovane na projektima i neujednačeno raspoređene, zavise od spoljnog finansiranja, partnerstava ili pojedinačne inicijative i ne sprovode se dosledno u svim školama, pri čemu mnoge škole, posebno u ruralnim područjima, imaju ograničen pristup tim aktivnostima ili ga uopšte nemaju. Slično tome, kada škole sarađuju sa policijom, socijalnim službama i pružaocima zdravstvenih usluga, ta saradnja se najčešće odvija na ad hoc osnovi, a nije institucionalizovana, i odražava lokalne odnose i konkretne projekte, a ne standardizovane mehanizme upućivanja na nivou celog sistema.

Ključni izazovi obuhvataju nejednak pristup psiholozima i drugoj stručnoj podršci, posebno u ruralnim i nedovoljno obuhvaćenim područjima, kao i slabu međusektorsku koordinaciju, zbog čega su škole uglavnom prepuštene same sebi u rešavanju složenih slučajeva. Pored toga, odsustvo strukturisane supervizije i kontinuiranog profesionalnog razvoja školskih psihologa, kao i nedostatak materijala i infrastrukture za preventivni i terapijski rad, predstavljaju kritična uska grla za unapređenje MZPSP-a za decu i adolescente. Praznine u sistemima praćenja predstavljaju kritičnu strukturnu prepreku.

Sistem za upravljanje obrazovnim informacijama (SUOI) ne sadrži modul za mentalno zdravlje, zbog čega nije moguće sistematski pratiti potrebe učenika u oblasti mentalnog zdravlja, opterećenje školskih psihologa predmetima ili ishode intervencija. Ne postoji jedinstven okvir za praćenje upućivanja, vremena čekanja ili naknadnog praćenja u različitim sektorima, a podaci o deci koja pristupaju MZPSP uslugama retko se prikupljaju na način koji podržava planiranje. Trajna stigma odlaže traženje pomoći, a angažovanje porodica u MZPSP-u zasnovanom na školama i dalje je pretežno reaktivno i povremeno, a ne proaktivno i održivo.

Usluge zaštite dece

Kosovo je uspostavilo sveobuhvatan pravni okvir za zaštitu dece, usklađen sa međunarodnim standardima. Međutim, slaba implementacija i dalje predstavlja veliko usko grlo koje podriva predviđeni uticaj ovog pravnog okvira na decu. Opštinski Centri za socijalni rad (CSR) suočavaju se sa strukturnim i ograničenjima kapaciteta u pružanju podrške mentalnom zdravlju dece i adolescenata. Mnogi nemaju psihologe u svojim prostorijama i oslanjaju se na upućivanje NVO-a ili zdravstvenim službama, što često dovodi do kašnjenja i troškova koje porodice same snose.⁹⁸ U 38 centara zaposleno je samo 404 stručnjaka, od kojih većina ima pravno obrazovanje, uz kritičan manjak socijalnih radnika i psihologa i odsustvo formalnih normi o broju zaposlenih kojima bi se veličina radne snage povezala sa brojem stanovnika ili složenošću slučajeva.⁹⁹ Procene, izveštaji i intervjui dosledno ukazuju na odsustvo usluga mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške u ovom

sektoru, uglavnom zbog nedovoljnog broja stručnog osoblja.^{100, 101} Službenici probacije i osoblje maloletničkog pravosuđa takođe su preopterećeni, pri čemu svaki zaposleni vodi više od 100 predmeta, a kapacitet za pružanje propisanih psiholoških usluga je minimalan.¹⁰²

CSR-i imaju mandat da pružaju socijalne i porodične usluge na opštinskom nivou, ali funkcionišu kao preopterećeni pružaoci širokog spektra usluga, sa odgovornostima koje obuhvataju antisocijalno ponašanje, nasilje u školama, nasilje u porodici, trgovinu ljudima i decu uključenu u život i rad na ulici. Ova sveobuhvatna uloga, u kombinaciji sa ograničenim brojem zaposlenih, nedovoljnim finansiranjem i odsustvom jasno definisanih stručnih profila, dovodi do velikog opterećenja predmetima i nejasnih uloga i ograničava sposobnost centara da pruže više od osnovne procene i upućivanja. Iako je CSR formalno odgovoran za psihosocijalnu “anamnezu” i stručna mišljenja, njegov kapacitet za pružanje održivih intervencija je ograničen. Putanje reintegracije dece uključene u život i rad na ulici ili mladih uključenih u nasilje su slabe, a odgovori ostaju uglavnom reaktivni, a ne preventivni ili rehabilitacioni.

Kapaciteti za pružanje usluga u velikoj meri su centralizovani u Prištini. Urbana područja imaju koristi od veće dostupnosti usluga, dok se mnoge ruralne opštine oslanjaju na jednu kancelariju CSR-a sa minimalnim brojem zaposlenih i bez psihologa u svojim prostorijama. Kritični profili, kao što su klinički psiholozi, logopedi, radni terapeuti i pedagozi, ne postoje u većini opština, zbog čega je potrebno upućivanje u Prištinu ili druge veće opštine, gde su usluge preopterećene, a mnoge porodice ne mogu da priušte čak ni putne troškove. Deca ulaze u sistem kroz više putanja, uključujući škole, školske psihologe, probacione službe, sudove i sigurne kuće i samoinicijativno obraćanje porodice, ali je održivo naknadno praćenje teško izvodljivo ili nemoguće. NVO kao što su SOS Dečja sela i Terre des Hommes pružaju savetovanje i terenski rad, čime pomažu da se popune praznine, ali njihovi programi u velikoj meri zavise od donatora i često prestaju kada se završi projektno finansiranje.

Ograničenja radne snage predstavljaju centralno usko grlo. Mnogi CSR-i nemaju psihologa, zbog čega socijalni radnici vode veliki broj predmeta iz različitih oblasti: maloletničkog pravosuđa, invaliditeta i zaštite dece. Reforme državne službe oslabile su profesionalni status socijalnih radnika, što doprinosi niskom moralu i problemima sa zadržavanjem zaposlenih, dok su obuke neredovne i retko povezane sa strukturisanom supervizijom ili stvarnim potrebama. Sve veće potrebe dece i adolescenata u oblasti mentalnog zdravlja dodatno opterećuju ovaj sistem. Informatori su prijavili porast anksioznih poremećaja u svim starosnim grupama, razvojnih poteškoća i problema u ponašanju kod mlađe dece (npr. enureza, autizam i teškoće u učenju), kao i više internalizovanih problema, upotrebe supstanci i samopovređivanja među adolescentima, uključujući slučajeve pod uticajem sadržaja na internetu. Ipak, pružanje usluga i dalje je usmereno na upravljanje krizama i kratkoročno obuzdavanje, sa ograničenim naglaskom na prevenciju, izgradnju otpornosti ili rehabilitaciju usmerenu na porodicu. U forenzičkim i popravnim ustanovama, uključujući probacione službe i ustanove za maloletnike, nedostaje osoblje obučeno za negu zasnovanu na razumevanju traume ili psihološku procenu.¹⁰³ Rane psihoedukativne usluge i usluge zasnovane na stimulaciji za decu sa razvojnim problemima ili problemima u ponašanju nisu javno dostupne i uglavnom se kupuju privatno, čime se produbljuju nejednakosti.¹⁰⁴

Koordinacija i putanje upućivanja su nedosledne, kao i u drugim sektorima. Iako postoje SOP-i za zaštitu dece i nasilje u porodici, međusektorsko upućivanje između CSR-a, škola, policije, sudova i psihijatrije primenjuje se neujednačeno, a formalne povratne informacije su retke. Osoblje CSR-a navodi da decu upućuje psihijatrijskim službama “a da nikada ne dobije povratne informacije o tome šta se dogodilo”, dok podaci o korišćenju usluga i ishodima ostaju fragmentisani. Psihosocijalni

podaci se ne prate sistematski i većina informacija se evidentira ručno, zbog čega nije moguće rutinski izveštavati o tome koliko predmeta obuhvata potrebe u oblasti mentalnog zdravlja ili pratiti vreme čekanja i ishode. Stigma i kulturne norme i dalje utiču na traženje pomoći i prihvatanje upućivanja: pojedini roditelji daju prednost neurolozima u odnosu na psihijatre kako bi izbegli da budu "evidentirani", a psihosocijalni problemi se i dalje ponekad predstavljaju kao disciplinska pitanja, a ne kao pitanja zdravlja i zaštite.

Uprkos ovim ograničenjima, mapiranjem je utvrđeno nekoliko prednosti. CSR funkcioniše kao prepoznata ulazna tačka za psihosocijalne slučajeve i slučajeve zaštite, sa uspostavljenim tokom od početne procene do savetovanja u NVO-ima i, kada je potrebno, do dečje i adolescentne psihijatrije. Multisektorska partnerstva sa NVO-ima, školama, probacionim službama i sudovima, iako neujednačena, stvaraju osnovni operativni ekosistem, a osoblje često pokazuje snažnu motivaciju i fleksibilnost u teškim uslovima. Obećavajuće prakse obuhvataju kućne posete uz podršku NVO-a, terenski rad u školama na prevenciji vršnjačkog nasilja i drugih oblika nasilja i obuke o zdravlju adolescenata i MZPSP-u koje finansiraju donatori, iako je većina ovih praksi zasnovana na projektima i privremena.

Usluge nevladinog i privatnog sektora

NVO-i imaju ključnu kompenzacionu ulogu u sistemu MZPSP-a. Više od 50 NVO-a pruža besplatne usluge, posebno deci sa invaliditetom, osobama koje su preživele traumu i mladima izloženim riziku, pri čemu često rade bez formalne licence zbog pravnih nejasnoća.¹⁰⁵ Uprkos svom domaćaju i ekspertizi, NVO-i su slabo integrisani u sistem. Organizacije kao što je Kosovski centar za rehabilitaciju žrtava torture sprovodile su programe oporavka od traume putem sporazuma sa opštinama, ali u velikoj meri zavise od kratkoročnog finansiranja.¹⁰⁶ Odsustvo jasnog pravnog osnova za formalno priznavanje usluga NVO-a i privatnog sektora kao dela sistema mentalnog zdravlja dece i adolescenata i MZPSP-a podriva i održivost i koordinisanu negu.

Organizacije civilnog društva i privatni pružaoci brzo su proširili usluge kako bi popunili praznine koje je ostavio javni sektor, prelazeći sa osnovne procene na sveobuhvatnije usluge, kao što su individualna terapija, rad sa porodicom, psihoedukacija i multidisciplinarna nega, uključujući logopedске i razvojne terapije. Mnogi su počeli sa radom u Prištini, a kasnije otvorili ogranke u drugim opštinama kao neposredan odgovor na nezadovoljene potrebe zajednice. Pojedini sada pružaju kriznu podršku usmerenu na mlade, uključujući telefonsku liniju za prevenciju samoubistava, koja funkcioniše kao bezbedan prostor za adolescente u akutnoj patnji.

Pružaoци usluga u ovim sektorima prijavljuju rastuće kliničko opterećenje, uz sve veći broj dece i adolescenata koji se obraćaju zbog problema u ponašanju, vršnjačkog nasilja, anksioznosti, depresije, ADHD-a i kašnjenja u razvoju, uključujući stanja iz spektra autizma. Slučajevi sve češće zahtevaju dugoročan rad, strukturisane porodične planove i redovno naknadno praćenje. Istovremeno, rano otkrivanje ostaje slabo. Razvojni "znaci upozorenja" često se normalizuju kao nešto što će "proći". Asistenti dodeljeni za podršku deci sa invaliditetom i razvojnim poteškoćama, kao što su poremećaji iz spektra autizma, intelektualni invaliditet ili teškoće sa govorom, jezikom i učenjem, mogu biti nedostupni ili neobučeni, a stimulacione terapije, čak i kada se nude uz simboličnu naknadu, mnogim porodicama su dugoročno nepristupačne. Školama često nedostaje kapacitet za delotvoran odgovor ili koordinaciju sa spoljnim stručnjacima, posebno u perifernim područjima u kojima ne postoje specijalizovane usluge.

Prepreke pristupu i pravednosti posebno su izražene za porodice dece sa invaliditetom i razvojnim poteškoćama. Porodice se suočavaju sa dugim listama čekanja, ponekad do pet meseci, visokim troškovima privatnih usluga, udaljenošću od usluga u ruralnim područjima i ograničenom svešću o dostupnoj podršci. Mnogi NVO-i koje pružaju usluge ovoj deci oslanjaju se na doprinose roditelja i kratkoročne grantove, što dovodi do nestabilnih modela finansiranja. Upućivanja iz škola ili od pedijataru obično su neformalna i retko ih prate povratne informacije. Dokumentacija i izveštaji znatno se razlikuju među praktičarima, dok javni i privatni pružaoci često funkcionišu kao “odvojena ostrva”, ostavljajući roditeljima da se snalaze u fragmentisanim putanjama koje se uglavnom zasnivaju na ličnim preporukama i usmenom prenošenju informacija.

Praznine u kvalitetu i bezbednosti procene i dijagnoze predstavljaju problem koji se ponavlja. Instrumenti za procenu ponekad su zastareli, dijagnoze se mogu postaviti brzo i bez integrisanih i validiranih instrumenata, a formalna klinička supervizija je ograničena. Inkluzija u obrazovanju i dalje je nedosledna, pri čemu pojedine škole i predškolske ustanove oklevaju da upišu decu sa problemima u ponašanju ili razvojnim potrebama, dok asistenti u učionici često nisu dovoljno obučeni niti nadgledani. Usled toga, porodice dece sa invaliditetom ili složenim potrebama često se obraćaju privatnim pružaocima ili programima koje vode NVO-i radi specijalizovanih usluga kao što su logopedska terapija, radna terapija i podrška u oblasti ponašanja, koje uglavnom nisu dostupne u javnom sistemu. Ovo oslanjanje na privatni sektor produbljuje postojeće nejednakosti, jer samo porodice koje mogu da priušte troškove koje same snose mogu da pristupe intervencijama koje su njihovoj deci potrebne. Stigma je i dalje značajna, pri čemu pojedine porodice još uvek daju prednost verskoj ili tradicionalnoj pomoći u odnosu na kliničku podršku.

Aranžmani finansiranja i upravljanja su slabi. Većina usluga finansira se kombinacijom naknada roditelja i ad hoc donatorskih grantova, bez predvidivih javnih nabavki ili dugoročnih ugovora u sektoru NVO-a. Nacrt administrativnog uputstva kojim bi se omogućila javna nabavka usluga NVO-a još nije finalizovan. Postupci licenciranja uglavnom su usmereni na formalne i pravne zahteve, a ne na klinički kvalitet. Ne postoji sistematsko praćenje standarda prakse, a porodice nemaju pristupačan mehanizam za pritužbe i pravnu zaštitu. Uprkos ovim ograničenjima, NVO-i pokazuju važne prednosti pružanjem usluga ukorenjenih u zajednici i prilagođenih mladima, brzim inovacijama kao odgovorom na nezadovoljene potrebe, pružanjem obuke radnicima na prvoj liniji (nastavnicima, policiji, medicinskim sestrama i socijalnim radnicima), izgradnjom poverenja sa porodicama i mladima i ostvarivanjem zagovaračke uloge utvrđivanjem praznina i predlaganjem minimalnih paketa usluga i modela decentralizacije.

Figura 4: Sistem MZPSP za decu i adolescente na Kosovu: glavni akteri, kapaciteti i usluge po sektorima

ZDRAVSTVENI SEKTOR (RELEVANTAN ZA MZDA)	OBRAZOVNI SEKTOR
Ljudski resursi i obuhvat 7 psihijatara za decu i adolescente (naspram 45 psihijatara za odrasle); ~2 klinička psihologa + ~10 specijalista iz oblasti psihologije; 1 psiholog + 2 socijalna radnika u pedijatriji (više od 7.000 pacijenata godišnje). Infrastruktura 1 Služba dečje i adolescentne psihijatrije (Priština) sa ~7 kreveta; usluge za rani razvoj/autizam uglavnom su privatne. Usluge Psihijatrijska procena, lekovi, ograničena psihoterapija, osnovna nestandardizovana psihosocijalna podrška; ne postoji telefonska linija za mlade u kriznim situacijama dostupna 24/7.	Ljudski resursi i obuhvat ~1.044 škole; 148 školskih psihologa + 77 pedagoga → ~1 stručnjak za psihosocijalnu podršku na ~1.400 učenika; mnoge škole dele psihologa ili ga nemaju. Udruženje školskih psihologa Kosova navodi da u javnim i privatnim školama radi 230 školskih psihologa. Sistemi / podaci SUOI bez pokazatelja mentalnog zdravlja. Ne postoji sistem licenciranja ili supervizije školskih psihologa. Usluge Individualno/grupno savetovanje u školama u kojima postoje psiholozi; sesije u učionici o vršnjačkom nasilju/samopoštovanju u pojedinim školama; neformalno upravljanje krizama od strane osoblja; uglavnom neformalno upućivanje psihijatrijskim službama, CSR-u i NVO-ima.
Deca / mladi	
SOCIJALNA ZAŠTITA / ZAŠTITA DECE (CSR)	CIVILNO DRUŠTVO / NVO I PRIVATNI SEKTOR
Ljudski resursi i obuhvat 38 CSR-a (po jedan u svakoj opštini); ~404 zaposlena (uglavnom pravnici), najčešće 0–1 psiholog + nekoliko socijalnih radnika po centru. Svaki službenik probacije vodi više od 100 slučajeva, uz minimalan kapacitet za pružanje psiholoških usluga. Mandat Nasilje u porodici, zanemarivanje, maloletničko pravosuđe, deca uključena u život i rad na ulici, invaliditet i porodični sukobi. Usluge Prijem, ograničena psihosocijalna procena, upravljanje slučajevima, starateljstvo/poveravanje dece, planiranje bezbednosti sa policijom/sudovima/sigurnim kućama, ograničeno savetovanje, upućivanje dečjoj i adolescentnoj psihijatriji/NVO-ima/školama (slabe povratne informacije). U forenzičkim i popravnim ustanovama nedostaje osoblje obučeno za negu zasnovanu na razumevanju traume.	Obuhvat i akteri Više od 50 NVO-a koje se bave MZPSP-om; nekoliko centara za razvoj/autizam; mnogo malih privatnih praksi u Prištini + nekoliko drugih gradova; najmanje jedna telefonska linija za prevenciju samoubistava. Usluge Individualna psihoterapija/savetovanje, porodično savetovanje, programi za oporavak od traume; usluge za autizam/neurorazvojne poremećaje (logopedska terapija/radna terapija/stimulacija/obuka asistenata); telefonske linije; grupe mladih; psihoedukacija u školama/zajednici; terenski rad, kućne posete, pratnja tokom vođenja slučaja, obuka roditelja. Rane psihoedukativne usluge i usluge zasnovane na stimulaciji za decu sa razvojnim potrebama uglavnom se kupuju privatno, čime se produbljuju nejednakosti. Sve su zasnovane na projektima i zavisne od donatora.

Međusektorske konvergencije i sistemski jazovi kod dece i adolescenata

Mapiranje u sektorima zdravstva, obrazovanja, zaštite dece, nevladinom i privatnom sektoru, kao i među porodicama i mladima, otkriva zajednički obrazac – usluge funkcionišu paralelno, uz važne prednosti u svakom sektoru, ali bez koherentnog i integrisanog sistema MZPSP-a za decu i adolescente. U sledećoj sintezi istaknuta su glavne konvergentnosti i sistemske praznine koje prožimaju sve sektore.

Fragmentisana koordinacija i nejasne putanje upućivanja. U svim sektorima koordinacija i upućivanje uglavnom su neformalni i zavise od pojedinačne inicijative, a ne od jasnih struktura. Pružaoci zdravstvenih usluga, škole, CSR i NVO-i oslanjaju se na lične kontakte, ad hoc telefonske pozive ili dopise, uz ograničene povratne informacije i bez zajedničkih instrumenata za upravljanje slučajevima. Porodice i mladi ovo doživljavaju kao zbunjenost i “ne znaju gde da se obrate”, a škole nisu izuzetak jer su često prepuštene da se same snalaze u paralelnim sistemima.

Zajedničke prepreke pristupu i pravednosti. Izazovi u pogledu pristupa i pravednosti zajednički su svim akterima. Zdravstvo, obrazovanje i NVO funkcionišu kao službe sa zakonskim mandatom i ograničenim, ali relativno stabilnim javnim budžetima. NVO-i i privatni pružaoci oslanjaju se na projekte i naknade roditelja, što omogućava fleksibilne, prilagođene intervencije, ali uz neizvestan kontinuitet. Za porodice to stvara jasnu podelu između “zvaničnih, ali ograničenih” i “korisnih, ali skupih/privremenih” usluga. Specijalistička zaštita mentalnog zdravlja dece i adolescenata centralizovana je u Prištini, dok škole, CSR-i i NVO u drugim opštinama funkcionišu sa ograničenim brojem zaposlenih i neujednačenim obuhvatom. Ruralna područja, manjinske zajednice i porodice sa niskim prihodima suočavaju se sa kombinovanim preprekama povezanim sa udaljenošću, prevozom, naknadama korisnika i nedostatkom informacija. Pružaoci usluga iz civilnog društva proširuju pristup izvan glavnog grada, ali ih ograničavaju projektno finansiranje i doprinosi roditelja. Roditelji iz različitih zajednica opisuju negu u oblasti mentalnog zdravlja kao “luksuz” koji se ne može dugoročno priuštiti, a adolescenti i dalje u velikoj meri zavise od roditelja u pogledu prevoza i plaćanja.

Odgovori usmereni na krizne situacije i slaba prevencija/rano otkrivanje. U svim uslugama i sektorima odgovori su više usmereni na krizne situacije nego na prevenciju. Zdravstvene službe i CSR-i obično dolaze u kontakt sa decom tek kada problemi eskaliraju, na primer u slučajevima samopovređivanja, akutne anksioznosti, nasilja i uključenosti u život i rad na ulici. Škole sa psiholozima nude više preventivnih i razvojnih aktivnosti, ali u školama bez psihologa podrška je uglavnom reaktivna i pruža se kao odgovor na incidente. NVO-i organizuju grupe, aktivnosti podizanja svesti i radionice u školama, ali obuhvat je neujednačen, a aktivnosti su često vremenski ograničene i zasnovane na projektima. Rano otkrivanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, predškolskim ustanovama i službama u zajednici je slabo, a i odrasli i mladi navode da se pomoć obično traži tek kada poteškoće postanu vidljive ili ozbiljne. Obrazovni sektor i NVO-i više se bave preventivnim i razvojnim radom tamo gde postoje kapaciteti (životne veštine, psihoedukacija, grupne aktivnosti), dok su zdravstvene službe i CSR-i uglavnom usmereni na krizu, dijagnozu i upravljanje rizikom. Porodice i mladi ovo doživljavaju kao kratke, povremene kontakte sa “sistemima”, a ne kao kontinuiranu podršku zasnovanu na stepenastoj nezi.

Nepostojanje kliničke supervizije na nivou celog sistema. U svim sektorima strukturisana klinička supervizija i Kontinuirani profesionalni razvoj (KPR) gotovo u potpunosti izostaju. Školski psiholozi rade bez ikakvog formalnog okvira za superviziju; osoblje CSR-a vodi složene predmete bez psihološke supervizije; a psiholozi u zdravstvenom sektoru navode da rade a da nikada nisu imali superviziju. Ova praznina neposredno doprinosi riziku od sagorevanja, stagniranju veština i

neujednačenom kvalitetu nege i predstavlja jedan od najhitnijih strukturnih nedostataka postojećeg sistema MZPSP-a.

Stigma, kulturne norme i neformalno traženje pomoći. Iako se kulturni stavovi postepeno menjaju, savetovanje se sve više smatra normalnim, a razgovori o mentalnom zdravlju postaju češći, stigma i kulturne norme i dalje oblikuju traženje pomoći u svim zajednicama i sektorima. Porodice, deca i pružaoci usluga opisuju stid, strah od ogovaranja i strah od “ulaska u evidenciju” kao glavne faktore koji odvrćaju od korišćenja formalnih usluga. U pojedinim školama psiholozi se i dalje doživljavaju kao kaznena mera, a u mnogim zajednicama porodice se najpre obraćaju verskim ili tradicionalnim isceliteljima. Mladi se često više oslanjaju na vršnjake i internet nego na stručnjake, dok NVO-i namerno primenjuju poverljive pristupe prilagođene mladima kako bi normalizovale traženje pomoći i smanjile stigmatu.

Praznine u podacima, praćenju i upravljanju u svim sektorima. Praznine u podacima i upravljanju utiču na sve delove sistema u svim sektorima. Zdravstvu nedostaje sveobuhvatan Zdravstveni informacioni sistem, a dostupni podaci o zdravstvenim uslugama nisu razvrstani prema pokazateljima koji se odnose na decu i adolescente. U obrazovanju je Sistem za upravljanje obrazovnim informacijama zastareo i ne obuhvata pokazatelje povezane sa mentalnim zdravljem. CSR se oslanja na ručnu i nestandardizovanu evidenciju, a sveobuhvatni podaci o mentalnom zdravlju dece i adolescenata su ograničeni. Porodice povremeno smatraju da nedostaju transparentnost i naknadno praćenje, što povećava nepoverenje i ograničava odgovornost. Pored toga, podaci koje generišu NVO-i i pružaoci usluga iz privatnog sektora nisu integrisani u informacione sisteme. Dok su administrativni podaci o mentalnom zdravlju dece i adolescenata i dalje uglavnom nedovoljni, Kosovu nedostaju i podaci iz istraživanja o mentalnom zdravlju dece i adolescenata na nivou institucija, što ograničava dostupnost pouzdanih procena prevalencije i dokaza potrebnih za izradu politika, raspodelu resursa i jačanje sistema. CSR i službe povezane sa pravosuđem prvenstveno se bave pravnim rizikom i obavezama zaštite; zdravstvo je usmereno na klinički rizik i dijagnozu; obrazovanje stavlja naglasak na ponašanje i školski uspeh; NVO-i su usmereni na angažovanje, rehabilitaciju i percipirani uticaj; porodice i mladi usmereni su na bezbednost, poverljivost i mogućnost da ih neko sasluša. Ove perspektive dovode do različitih, a često i neusklađenih očekivanja u pogledu dokumentovanja, naknadnog praćenja i toga “šta se smatra” uspehom.

Više “ulaznih tačaka” i nepostojanje jasne ulazne tačke za MZPSP. Institucije su sklone da CPM ili CSR smatraju formalnim ulaznim tačkama, dok škole i NVO-i sebe opisuju kao praktične prve tačke kontakta. Porodice daju prednost jednostavnim lokalnim ulaznim tačkama (školama i psiholozima pri CPM-ima), a mladi vršnjake, NVO-e i onlajn prostore često smatraju svojom stvarnom ulaznom tačkom. Zbog ovih različitih percepcija teže je osmisлити jedinstvenu i vidljivu putanju pristupa.

Konačno, očekivanja aktera u pogledu “ulazne tačke” u sistem se razlikuju. Zdravstvene službe i CSR-i smatraju primarnu zdravstvenu zaštitu i zakonom utvrđene mehanizme zaštite ulaznim tačkama. U obrazovnom sektoru škole predstavljaju tačku kontakta za mnoga pitanja sa kojima se deca suočavaju. NVO-i su de facto ulazne tačke za pojedine grupe adolescenata, posebno za pripadnike manjina, a porodice jasno daju prednost jednostavnim lokalnim ulaznim tačkama, kao što su škole i psiholozi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Deca i staratelji sistem ne vide kao koherentnu celinu, a putanje su i dalje nejasne.

Ova konvergentna pitanja naglašavaju potrebu za koherentnijim i integrisanijim multisektorskim sistemom MZPSP-a, sa jasno definisanim putanjama, zajedničkim standardima i vidljivom ulaznom tačkom prilagođenom mladima i porodicama. Sažet pregled ovih međusektorskih obrazaca predstavljen je u Prilogu 4: Međusektorski nalazi, u kojem su sažeto prikazani ključni izazovi u pogledu koordinacije, pristupa, radne snage, stigme, podataka i ulaznih tačaka identifikovani u ovom odeljku.

Međusektorske razlike u MZPSP-u za decu i adolescente

Iako sektori imaju mnogo zajedničkih problema, razlikuju se u načinu na koji sagledavaju svoju ulogu, organizuju usluge i stupaju u interakciju sa decom i porodicama. Ključne razlike obuhvataju:

1. Javne službe sa zakonskim mandatom naspram usluga zasnovanih na projektima. Zdravstvo, obrazovanje i CSR-i imaju stabilne mandate, ali ograničene kapacitete. NVO-i i privatni pružaoci su fleksibilniji i često uspešnije dopiru do porodica, ali zavise od donatorskog finansiranja i naknada. Deca sa složenim, dugoročnim potrebama ostaju u praznini između ova dva oblika usluga.

2. Različite percepcije ulazne tačke. Zdravstvene službe i CSR-i smatraju centre za porodičnu medicinu i zakonom utvrđene mehanizme ulaznom tačkom. Škole su prva tačka kontakta za većinu dece. NVO-i su stvarna ulazna tačka za adolescente i manjinske zajednice. Sami mladi najpre se obraćaju vršnjacima i internetu. Zbog ovih različitih percepcija strukturno je nemoguće osmisliti jedinstvenu, koherentnu putanju pristupa.

3. Različita gledišta o riziku i odgovornosti. CSR je usmeren na pravni rizik, zdravstvo na kliničku dijagnozu, obrazovanje na ponašanje, a NVO na angažovanje i dobrobit. Budući da sektori različito definišu uspeh, oni prate različite ishode, koriste nekompatibilne sisteme evidencije i retko generišu podatke koji su značajni za druge aktere.

4. Prevencija naspram usmerenosti na krizne situacije. Obrazovni sektor i NVO-i ulažu u preventivni i psihosocijalni rad tamo gde postoje kapaciteti. Zdravstvene službe i CSR-i uglavnom se angažuju u trenutku akutne krize. Sektori koji su u najboljem položaju da rano dopru do dece imaju najmanje resursa i najmanje su integrisani u formalni sistem.

5. Odnos sa porodicama i mladima. NVO-i i škole grade kontinuirane odnose zasnovane na poverenju. Interakcije zdravstvenih službi i CSR-a obično su povremene i transakcione. Mladi jasno daju prednost okruženjima u kojima se osećaju bezbedno u odnosu na ona koja povezuju sa vođenjem zvanične evidencije ili osuđivanjem.

6. Profil radne snage i profesionalni identitet. Školski psiholozi imaju opšti profil i obavljaju više uloga. Zaposleni u CSR-u uglavnom imaju pravno obrazovanje. Zdravstveni radnici imaju kliničku obuku, ali nemaju superviziju. Radnici NVO-a često imaju najviše praktične obuke, ali najniži institucionalni status. Zbog ovih razlika stvarna multidisciplinarna saradnja retko se ostvaruje u praksi.

Prioritetni paket MZPSP akcija

Na osnovu analize stanja i mapiranja usluga predlaže se Prioritetni paket MZPSP akcija za decu i adolescente, kako bi Kosovo dobilo praktičan i finansijski pristupačan okvir za unapređenje multisektorskog pristupa MZPSP-u za decu i adolescente. Cilj paketa je da pruži podršku centralnim i lokalnim organima, zajedno sa akterima civilnog društva, da predu sa fragmentisanih inicijativa zasnovanih na projektima na koordinisan i održiv nacionalni sistem nege. Paket se zasniva na međunarodnim dokazima i smernicama, posebno na [Globalnom multisektorskom operativnom okviru UNICEF-a](#), prilagođenim okolnostima na Kosovu utvrđenim kroz ovo mapiranje. Naglasak je na decentralizovanim, na zajednici zasnovanim i međusektorskim pristupima kako bi se obezbedila pravovremena i odgovarajuća podrška deci i adolescentima, zasnovana na njihovim potrebama.

Paket objedinjuje ključne prioritetne intervencije, uključujući akcije na nivou politika koje se mogu sprovesti korišćenjem postojećih kapaciteta, uz istovremeno postavljanje temelja za dugoročnije jačanje sistema. On kombinuje mere univerzalnog promovisanja, prevencije i rane intervencije u školama, primarnoj zdravstvenoj zaštiti i socijalnim službama, uz podršku digitalnih instrumenata i partnerstava u zajednici. Osnovna načela izrade obuhvataju stepenastu negu i podelu zadataka; usluge zasnovane na pravima, inkluzivne i primerene razvoju; značajno učešće dece, adolescenata i staratelja; sistematsku pažnju posvećenu finansijskim i geografskim preprekama; ulaganje u održivu radnu snagu na prvoj liniji kojoj se pruža supervizija; i uspostavljanje osnovnih sistema praćenja i unapređenja kvaliteta. Zajedno, ovi elementi imaju za cilj da MZPSP ugrade kao redovnu i pouzdanu komponentu osnovnih usluga za decu i porodice širom Kosova, odražavajući prioritete, praznine i praktične preporuke koje su zainteresovane strane iznale tokom intervju i diskusija u fokus grupama sprovedenih u okviru ovog mapiranja.

Radi unapređenja agende MZPSP-a za decu i adolescente na Kosovu, predlaže se skup temeljnih akcija za jačanje sistema kako bi se multisektorski sistem MZPSP-a unapredio u skladu sa međunarodnim standardima i kao odgovor na novonastale potrebe dece. Ove akcije obuhvataju prioritetne mere u okviru politika, pružanja usluga i podsticajnih elemenata sistema, uključujući troslojni pristup pružanju minimalnog paketa usluga radi izgradnje snažnog i otpornog sistema MZPSP-a za decu i adolescente. Ovaj pristup osmišljen je kao odgovor na rastuće potrebe u oblasti mentalnog zdravlja, uz istovremeni doprinos širem razvoju ljudskog kapitala Kosova i dugoročnom društvenom i ekonomskom prosperitetu.

Uspostaviti jedinstvenog nacionalnog “doma” za upravljanje MZPSP-om dece i adolescenata i Mehanizam koordinacije više zainteresovanih strana. Ovlastiti jedno vodeće nacionalno telo, sa jasnim ovlašćenjima i članstvom iz svih sektora, da utvrđuje prioritete, rešava preklapanja mandata i obezbeđuje sistematsku koordinaciju, razmenu informacija i zajedničko delovanje radi unapređenja programa i usluga MZPSP-a za decu i adolescente.

Usvojiti Minimalni paket MZPSP usluga i izraditi Nacionalni multisektorski akcioni plan. Odobriti paket kao nacionalnu polaznu osnovu i integrisati ga u osnovne sektorske planove i zahteve opštinskog planiranja, tako da implementacija ne bude opcionalna niti isključivo zasnovana na projektima. Usvojiti multisektorski akcioni plan kako bi se obezbedio jasan okvir sa definisanim prioritetima, odgovornostima i rokovima za implementaciju i praćenje programa i usluga MZPSP-a.

Razjasniti mandate, ovlašćenja za donošenje odluka i odgovornost u svim sektorima i na svim nivoima. Doneti međuministarski akt za sprovođenje ili zajedničke administrativne smernice kojima se definiše ko je odgovoran za koje poslove na nacionalnom i opštinskom, kao i sektorskom nivou, uključujući minimalne putanje koordinacije i eskalacije kada rešavanje slučajeva zastane.

Uspostaviti održivu strukturu finansiranja. Izračunati troškove Minimalnog paketa i pretvoriti ih u višegodišnje budžetske linije odgovornih institucija, uključujući predvidiva opštinska izdvajanja, uz jasna pravila o sufinansiranju i obuhvatu prioriternih usluga, čime se smanjuje oslanjanje na kratkoročne donatorske cikluse.

Standardizovati nacionalno ugovaranje i regulisanje nejavnih pružalaca. Uvesti jednostavan nacionalni okvir za ugovaranje OCD-a i pružalaca iz privatnog sektora tamo gde je pružanje javnih usluga ograničeno, uključujući kriterijume prihvatljivosti, zahteve u pogledu zaštite, očekivanja u vezi sa izveštavanjem i obrasce ugovora kako bi se obezbedili kontinuitet i odgovornost.

Ojačati pravne i proceduralne garancije koje se posebno odnose na decu i adolescente. Uskladiti i razjasniti pravila o saglasnosti/pristanku, poverljivosti, razmeni informacija između institucija i odgovornostima u pogledu dužnosti brige u slučajevima koji se odnose na decu, kako bi osoblje na prvoj liniji moglo odlučno da postupa bez pravne nesigurnosti.

Uspostaviti nacionalnu podršku implementaciji radi smanjenja nejednakosti među opštinama. Uspostaviti osnovnu nacionalnu funkciju podrške, tehničku pomoć i periodične preglede kako bi se opštinama pomoglo da dosledno operacionalizuju politike, posebno tamo gde su kapaciteti najslabiji, i sprečio postojeći obrazac neujednačenog geografskog pristupa.

Unaprediti generisanje pouzdanih i međunarodno uporedivih podataka o mentalnom zdravlju radi donošenja odluka o politikama i budžetiranju. Povećati kapacitete Agencije za statistiku Kosova i akademske zajednice za integrisanje globalnih instrumenata za prikupljanje podataka, kao što je “Merenje mentalnog zdravlja adolescenata na nivou populacije (MMAPP)“, u nacionalne planove podataka, čime se omogućava izrada pouzdanih, međunarodno uporedivih procena mentalnog zdravlja zasnovanih na istraživanjima. Istovremeno povećati kapacitete relevantnih resornih ministarstava za održavanje prikupljanja podataka povezanih sa mentalnim zdravljem u okviru administrativnih podataka, definisanjem jasnih pokazatelja i njihovim integrisanjem u odgovarajuće informacione sisteme za upravljanje.

Integrisati intervencije povezane sa MZPSP-om u nacionalne strategije i politike. Delotvorno integrisati MZPSP usluge u nacionalne strategije i politike i za njih izdvojiti budžet kako bi se obezbedilo održivo finansiranje i dugoročno pružanje MZPSP usluga deci i adolescentima. Ovo treba da obuhvati i sektorske i međusektorske strategije.

Troslojni pristup pružanju minimalnog paketa usluga za decu i adolescente na Kosovu, prilagođenog kontekstu, obuhvata: **višeslojni okvir za akciju: od univerzalne prevencije do specijalizovane nege.** U sledećem odeljku izložene su preporuke u skladu sa piramidom intervencije IASC-a, kojom je MZPSP strukturiran kao povezani kontinuitet, a ne kao odvojene usluge. **Nivo 1: Univerzalna promocija i prevencija** odnosi se na aktivnosti za celokupnu populaciju koje pomažu u izgradnji znanja o mentalnom zdravlju i smanjenju rizika za svu decu i adolescente. **Nivo 2: Fokusirana, nespecijalizovana podrška** odnosi se na decu koja pokazuju rane znake patnje ili povećanog rizika, putem strukturisanih grupnih i porodičnih intervencija u zajednici, uz mogućnosti koje pružaju obučeni nespecijalisti. **Nivo 3: Specijalizovana klinička nega** pruža individualizovano lečenje deci

sa dijagnostikovanim stanjima ili složenim potrebama, koje prvenstveno pružaju stručnjaci za mentalno zdravlje. Ovi nivoi su međuzavisni: snažna univerzalna promocija smanjuje potražnju na druga dva nivoa, dok funkcionalne putanje upućivanja omogućavaju deci da prelaze između nivoa u skladu sa promenama njihovih potreba. Dete takođe može istovremeno da prima podršku na više nivoa, na primer putem univerzalnog programa u školi zajedno sa specijalizovanim lečenjem za onu decu kojoj je ono potrebno ili koja su prepoznata kroz univerzalni program.

Nivo 1 – Univerzalna promocija i prevencija

Podizanje svesti i smanjenje stigme vezane za mentalno zdravlje

Redovne komunikacione aktivnosti o mentalnom zdravlju, primerene uzrastu, treba sprovoditi u školama, primarnoj zdravstvenoj zaštiti, socijalnim službama, centrima za mlade i na digitalnim platformama. Osnovni ciljevi su izgradnja osnovnih znanja o mentalnom zdravlju, normalizovanje traženja pomoći, smanjenje “sramote” i diskriminacije i rešavanje ključnih rizika, kao što su vršnjačko nasilje, štetne pojave na internetu, upotreba supstanci i samopovređivanje, uz inkluzivne poruke za decu sa invaliditetom, nevećinske zajednice i rodno raznolike mlade. Ove aktivnosti mogu se zasnivati na Zakonu o zdravstvu i odgovarajućim sektorskim strategijama za zdravstvo i mlade, kojima su promovisanje i prevencija prepoznati kao obaveze države. Promovisanje mentalnog zdravlja može se vremenom formalizovati u godišnjim kalendarima zdravstva i obrazovanja, pri čemu bi zdravstveni i obrazovni sektor, sektor za mlade, opštinski organi i civilno društvo zajednički planirali kampanje i zajedno izrađivali materijale prilagođene deci i adolescentima.

Uspostavljanje Nacionalne telefonske linije za decu

Zakonom o zaštiti dece (br. 06/L-084) izričito se nalaže uspostavljanje nacionalne telefonske linije za decu, ali Kosovo ovu uslugu još nije funkcionalizovalo, što predstavlja prazninu koja je više puta navedena u izveštajima EU-a o napretku. Telefonsku liniju za decu treba uspostaviti kao prioritetnu akciju, kojom bi se pružala besplatna, poverljiva telefonska i chat podrška, dostupna 24/7, a kojom bi upravljali obučeni savetnici. Ona treba da služi kao primarni kontakt na prvoj liniji za decu koja doživljavaju patnju, zlostavljanje, nasilje ili teškoće u oblasti mentalnog zdravlja, sa jasnim putanjama upućivanja socijalnim, zdravstvenim i hitnim službama. Telefonska linija mora se široko promovisati i biti dostupna svoj deci, uključujući decu iz manjinskih zajednica i decu sa invaliditetom.

Digitalna psihoedukacija i niskointenzivna samopomoć

Zajednička digitalna platforma obrazovnog i zdravstvenog sektora (veb-sajt i aplikacija) pružala bi module primerene uzrastu o stresu, anksioznosti, niskom raspoloženju, vršnjačkom nasilju, samopoštovanju i regulisanju emocija, kombinujući psihoedukaciju, vođenu samopomoć i jednostavne instrumente za prevladavanje teškoća. Anonimne samoprocene mogu rano ukazati na patnju i usmeriti decu i adolescente ka neposrednoj podršci u školama, primarnoj zdravstvenoj zaštiti, centrima za socijalni rad ili pouzdanim NVO-ima. Platforma bi se zasnivala na postojećim strategijama digitalnog obrazovanja, zdravstva i mentalnog zdravlja, kojima se prepoznaje pravo na informacije i preventivne usluge. Buduće administrativne smernice mogu formalizovati digitalne instrumente za MZPSP kao standardne preventivne usluge, pri čemu bi obrazovni i zdravstveni sektor, opštine, NVO-i i partneri u oblasti informacionih tehnologija zajednički bili odgovorni za bezbedan sadržaj, privatnost, pristupačnost i veze sa sistemom upućivanja. Pored toga, platforma

bi mogla da služi kao praktična orijentaciona tačka za roditelje, decu, adolescente i mlade, jasno ukazujući na to gde i kako mogu pravovremeno da potraže podršku zbog problema u oblasti mentalnog zdravlja.

Kontrola pristupa i rano otkrivanje u školama

Mreža školskih psihologa predstavlja snažnu ulaznu tačku za proširenje promovisanja mentalnog zdravlja i podrške na prvoj liniji za decu i adolescente. Ostvarivanje ovog potencijala zahteva kako širenje mreže škola koje imaju pristup školskim psiholozima, postepenim poboljšavanjem odnosa obuhvata, tako i ulaganje u kontinuirani profesionalni razvoj, budući da nalazi ukazuju na ograničene mogućnosti obuke za školske psihologe. Uz dovoljan broj zaposlenih, superviziju i obuku, školski psiholozi mogu predvoditi kontrolu pristupa, skrining i rane intervencije. U školama bez psihologa, obučeni zaposleni koji obavljaju funkciju “kontrole pristupa” treba da budu osposobljeni za prepoznavanje ranih znakova patnje, pružanje kratkih odgovora podrške i aktiviranje jasnih putanja upućivanja pomoću jednostavnih instrumenata za trijažu po principu “semafora”. Škole takođe treba da sprovedu redovne skrininge zdravlja i mentalnog zdravlja korišćenjem digitalnih instrumenata, kao što su kratki upitnici uz učešće roditelja, čime se školskim timovima omogućava da prepoznaju novonastale potrebe i osmisle odgovarajuće intervencije. Ove prakse treba integrisati u školske politike, Kontinuirani profesionalni razvoj nastavnika i procedure zaštite dece, na osnovu postojećih pravnih okvira kojima se već zahtevaju bezbedna školska okruženja i pravovremeni odgovori u oblasti zaštite. Administrativnim uputstvima može se definisati minimalni standard obuhvata osobljem koje obavlja funkciju kontrole pristupa, standardne procedure trijaže i upućivanja i zahtevi u pogledu supervizije i zaštite podataka, pri čemu bi obrazovni sektor predvodio izradu, a zdravstveni i socijalni sektor validirali kriterijume rizika i putanje.

Funkcionalizacija timova za Intervenciju u ranom detinjstvu (IRD)

Strateški dokument i Akcioni plan za IRD 2025–2030, koje su institucije Kosova usvojile 21. marta 2025. godine (Odluka Vlade br. 05/253), uspostavljaju nacionalni okvir za intervenciju u ranom detinjstvu usmerenu na decu uzrasta 0–6 godina sa kašnjenjem u razvoju, invaliditetom ili visokim razvojnim rizikom. Plan, koji predvodi Ministarstvo zdravlja u koordinaciji sa Ministarstvom obrazovanja i nauke i Ministarstvom rada, porodice i vrednosti oslobodilačkog rata, predviđa 48 transdisciplinarnih timova za IRD u centrima PZZ u svim opštinama, od kojih svaki čine psiholog, logoped, fizioterapeut/radni terapeut, socijalni radnik i vaspitač. U dokumentu su ukupni troškovi implementacije procenjeni na 18,9 miliona evra, a identifikovano je i 7,9 miliona evra dodatnih budžetskih troškova za period 2025–2027, uglavnom povezanih sa zapošljavanjem 240 dodatnih stručnjaka na lokalnom nivou, uključujući psihologe, logopede, fizioterapeute, socijalne radnike i vaspitače. Okvir za IRD neposredno je relevantan za MZPSP jer psiholozi u svakom timu obezbeđuju prvu sistematsku platformu za rano otkrivanje psihosocijalnih potreba male dece, a ovaj kapacitet trenutno gotovo u potpunosti nedostaje u formalnim MZPSP uslugama. Prioritetne akcije obuhvataju obuku psihologa u timovima za IRD za primenu validiranih instrumenata za psihosocijalni skrining, uspostavljanje putanja upućivanja školskim psiholozima, službama za mentalno zdravlje dece i adolescenata i centrima za socijalni rad, nadovezivanje na sada odobreno revidirano Administrativno uputstvo o primarnoj zdravstvenoj zaštiti (AU MZ br. 01/2026) kako bi se završilo zapošljavanje i raspoređivanje timova za IRD, integrisanje podataka o IRD-u u praćenje MZPSP-a i proširenje domašaja na romsku, aškalijску i egipćansku zajednicu i druge nedovoljno obuhvaćene grupe.

Nivo 2 – Ciljane i rane MZPSP intervencije

Programi podrške roditeljstvu zasnovani na porodici

Starateljima, posebno u ranjivim porodicama, treba pružiti strukturisane grupe za roditeljstvo i kratku podršku kako bi se ojačali pozitivno roditeljstvo, komunikacija, nenasilna disciplina i rano prepoznavanje emocionalnih i poteškoća u ponašanju. Programi treba da budu dostupni na albanskom, srpskom, turskom i romskom jeziku i prilagođeni porodicama koje se suočavaju sa siromaštvom, invaliditetom i preprekama povezanim sa pripadnošću manjini. Oni treba da se zasnivaju na odredbama o socijalnim i porodičnim uslugama, promovisanju zdravlja i zaštiti dece kojima se prepoznaje centralna uloga porodica u dobrobiti deteta. Smernicama se može razjasniti način na koji zdravstveni, obrazovni i socijalni sektor zajednički podržavaju intervencije u oblasti mentalnog zdravlja dece i adolescenata zasnovane na porodici i utvrđuju minimalne standarde inkluzije i kvaliteta, uz saradnju resornih ministarstava, opština i NVO-a na njihovoj izradi i pružanju.

Savetovanje zasnovano na školi i usluge upućivanja

Učenicima kod kojih se javljaju psihosocijalne poteškoće treba da bude dostupno kratko, strukturisano savetovanje koje pružaju školski psiholozi, uz jasne pragove i procedure za neposredno upućivanje zdravstvenim i socijalnim službama uz neposredno povezivanje kada je to potrebno. Jednostavni instrumenti za upućivanje i povratne informacije i supervizija organizovana po klasterima mogu pomoći u upravljanju brojem predmeta i obezbeđivanju doslednih veza sa porodičnom medicinom, službama za MZDA i CSR-om, uključujući ruralna područja. Ove usluge se regulišu administrativnim uputstvima na osnovu Zakona o preduniverzitetskom obrazovanju, Zakona o socijalnim i porodičnim uslugama i Zakona o vaspitanju u ranom detinjstvu (br. 08/L-153), kojima se razjašnjavaju saradnja i upućivanje između škola, zdravstvenih i socijalnih službi. Podzakonskim aktima se vremenom mogu utvrditi osnovne norme u pogledu broja predmeta, uz smanjenje sa norme od 1 školskog psihologa na 1.000 učenika na normu od jednog psihologa na 500 učenika, kao i standardi supervizije i upućivanja, pri čemu bi obrazovni, zdravstveni i socijalni sektor i opštine zajednički podržavali implementaciju.

MZPSP intervencije u školama zasnovane na dokazima

Škole treba redovno da pružaju kratke, strukturisane intervencije zasnovane na dokazima, individualno i grupno, učenicima koji se suočavaju sa stresom, anksioznošću, niskim raspoloženjem, poteškoćama u ponašanju i problemima povezanim sa ADHD-om, koristeći jednostavne instrumente za skrining i praćenje ishoda tamo gde je to izvodljivo. Validirani programi, kao što je “Pomoć adolescentima da napreduju” (HAT),^{107 108} ili “Emocionalne veštine u ranoj adolescenciji” (EASE),¹⁰⁹ grupna intervencija za adolescente koji se suočavaju sa anksioznošću i depresijom, pružaju gotove okvire zasnovane na dokazima koji se mogu prilagoditi kontekstu Kosova. Oba programa mogu se prilagoditi i povezati sa promovisanjem životnih veština na nivou cele škole, prevencijom nasilja, inkluzijom i zaštitom dece. Školsko osoblje može prilagoditi i sprovoditi i druge intervencije Kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) zasnovane na dokazima. Ovi programi mogu se zasnivati na zakonodavstvu u oblasti obrazovanja, Strategiji obrazovanja i Administrativnom uputstvu o funkcionisanju pedagoško-psihološke službe u školama. Budućim izmenama podzakonskih akata treba formalizovati standardizovanje školskih protokola i instrumenata za procenu u oblasti MZPSP-a, pri čemu bi obrazovni sektor obezbeđivao usmeravanje

i obuku, škole sprovodile intervencije, a zdravstveni i socijalni sektor, opštine, razvojni partneri, akademska zajednica i NVO-i podržavali usklađivanje, izgradnju kapaciteta i praćenje.

Skrining mentalnog zdravlja adolescenata zasnovan na primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Timovi primarne zdravstvene zaštite treba da koriste kratke, standardizovane instrumente za skrining adolescenata (uzrasta 12–18 godina) na simptome depresije i anksioznosti i psihosocijalne poteškoće, pružaju osnovne savete i složenije slučajeve upućuju kliničkim psiholozima, Centru za mentalno zdravlje dece i adolescenata (CMZDA), službama zasnovanim na školama ili CSR-u. Postepenim proširenjem sa pilot-projekata na nacionalni obuhvat psihosocijalni skrining biće ugrađen u rutinske kontakte sa adolescentima, posebno tamo gde su školske usluge/usluge NVO-a ograničene. Na osnovu Zakona o zdravstvu i Zakona o mentalnom zdravlju, odredbama o primarnoj zdravstvenoj zaštiti mentalno zdravlje treba predvideti kao deo primarne zdravstvene zaštite. Stoga u zakonu i podzakonskim aktima treba jasno predvideti i podsticati zapošljavanje kliničkih psihologa u timovima primarne zdravstvene zaštite, kako bi psihološka procena i kratke intervencije bile dostupne na nivou primarne zdravstvene zaštite. Ovo bi u početku zahtevalo da Ministarstvo zdravlja reguliše skrining i upućivanje putem smernica i administrativnih uputstava, a zatim da se periodični psihosocijalni skrining formalizuje u zakonu i podzakonskim aktima, uz saradnju sa obrazovnim i socijalnim sektorom i opštinama kako bi se obezbedili funkcionalno upućivanje i naknadno praćenje.

Socijalna i porodična podrška i usluge stabilizacije

CSR treba da pruži strukturisane usluge deci kod koje su utvrđeni umereni ili visoki rizici u pogledu zaštite i mentalnog zdravlja, sa naglaskom na brz kontakt, plan bezbednosti usmeren na dete i kratak, ciljno usmeren rad sa porodicom, u koordinaciji sa školama, primarnom zdravstvenom zaštitom i Centrom za mentalno zdravlje dece i adolescenata (CMZDA), kao i sa akterima u pravosuđu kada je to potrebno. Jednostavni instrumenti i osnovno praćenje mogu se integrisati u zajednički sistem upućivanja i povratnih informacija. Ove usluge treba da se zasnivaju na zakonodavstvu o zaštiti dece i socijalnoj zaštiti, nasilju u porodici, mentalnom zdravlju i obrazovanju, kojim se nalažu odgovor države i međusektorska saradnja za decu izloženu riziku. Smernicama se mogu definisati minimalni standardi odgovora CSR-a, zahtevi u pogledu plana bezbednosti, zajedničko upravljanje slučajevima i protokoli zaštite podataka, pri čemu bi CSR imao vodeću ulogu, a obrazovni, zdravstveni i pravosudni sektor, opštine i NVO-i doprinosili u okviru svojih mandata.

NVO-i - premošćuju MZPSP usluge

Organizacije civilnog društva mogu da pružaju podršku “premošćavanja” za decu i adolescente sa neurorazvojnim stanjima (uključujući stanja iz spektra autizma, Daunov sindrom, cerebralnu paralizu, intelektualni invaliditet i druge razvojne poremećaje), složenim psihosocijalnim potrebama ili višestrukim ranjivostima koje se preklapaju i trajnim psihosocijalnim potrebama, pružajući multidisciplinarnu procenu, individualni i grupni rad, obuku roditelja i praktičnu podršku, kao što su pratnja, prevođenje i pomoć u ostvarivanju prava na naknade. Prioritet treba dati smanjenju vremena čekanja, obezbeđivanju dugoročnog naknadnog praćenja i obuhvatanju ruralnih porodica, porodica sa niskim prihodima i manjinskih porodica inkluzivnim, dvojezičnim materijalima. Ove usluge treba da se zasnivaju na zakonodavstvu i politikama o zdravstvu, mentalnom zdravlju, socijalnim i porodičnim uslugama, zaštiti dece i preduniverzitetskom obrazovanju, kojima se prepoznaju specijalizovana podrška i uloga nedržavnih aktera. Administrativnim smernicama mogu se razjasniti

delokrug rada OCD-a, zaštita, minimalni skupovi podataka i očekivanja u pogledu saradnje, pri čemu bi zdravstveni, obrazovni i socijalni sektor i opštine obezbeđivali usmeravanje i osiguranje kvaliteta, dok bi akreditovane organizacije civilnog društva pružale pakete usluga koje služe kao “premošćavanje” i izveštavale o ishodima.

Nivo 3 – Specijalizovane / kliničke usluge i usluge odgovora na krize

Putanje za odgovor na krize u školama

Standardna putanja za krizne situacije treba da usmerava škole u rešavanju akutnih situacija, kao što su rizik od samoubistva, samopovređivanje, teški napadi panike, nasilje i otkrivanje zlostavljanja putem brze trijaže, neposrednog planiranja bezbednosti, psihološke prve pomoći i neposrednog upućivanja školskim psiholozima, primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Centru za mentalno zdravlje dece i adolescenata (CMZDA), hitnim službama i CSR-u. Jednostavne instrumente, kao što su kontrolne liste, spiskovi telefonskih brojeva, scenariji i osnovne vežbe, treba ugraditi u školske politike i Kontinuirani profesionalni razvoj i povezati ih sa naknadnim praćenjem i podrškom za povratak učenju. Ova putanja treba da se zasniva na zakonima i politikama o obrazovanju, zaštiti dece, socijalnim i porodičnim uslugama i mentalnom zdravlju, kojima se zahtevaju bezbedna školska okruženja i pravovremeni odgovori. Administrativnim smernicama mogu se formalizovati obavezne SOP-e za krizne situacije, minimalni obuhvat, procedure nakon krize i garancije razmene informacija, pri čemu bi obrazovni sektor predvodio izradu putanje, a zdravstveni i socijalni sektor, opštine i partneri iz OCD-a podržavali standarde rizika, obuku i implementaciju.

Specijalizovana procena složenih slučajeva od strane multidisciplinarnog tima (MDT)

Specijalizovani MDT treba da pruža koordinisanu procenu i zajedničko planiranje nege za decu i adolescente sa umerenim do visokim nivoom potreba koje upućuju škole, primarna zdravstvena zaštita, CSR-i ili službe za mentalno zdravlje dece i adolescenata (MZDA). MDT-i okupljaju relevantne stručnjake iz obrazovanja, zdravstva i socijalne zaštite, kao i stručnjake za posebne obrazovne potrebe (POP), Govornu i jezičku terapiju/Profesionalnu terapiju (SLT/OT), prema potrebi, kako bi zajedno sa detetom i porodicom izradili jedinstvenu integrisanu procenu i zajednički plan nege, koristeći dvojezične instrumente prilagođene osobama sa invaliditetom i romskoj, aškalijskoj i egipćanskoj zajednici. Ova usluga treba da se zasniva na postojećem zakonodavstvu u oblasti zdravstva, obrazovanja, socijalne zaštite i zaštite dece, kojim se predviđaju međusektorska saradnja i specijalistička podrška. Smernicama treba definisati kriterijume za pokretanje procene MDT-a, minimalni sastav tima i standarde dokumentovanja, razmene informacija i zaštite, pri čemu bi zdravstveni sektor predvodio kliničke standarde, a obrazovni i socijalni sektor, opštine i NVO-i obezbeđivali dimenzije koje se odnose na školu, porodicu i naknadno praćenje.

Telefonska linija i chat 24/7 za mlade u kriznim situacijama

Nacionalna telefonska linija i chat 24/7 za mlade u kriznim situacijama pružali bi neposrednu, poverljivu podršku deci i adolescentima u akutnoj patnji, uključujući samopovređivanje/suicidalne misli, nasilje i druge krizne situacije. Putem besplatnog telefonskog broja i digitalnih kanala, obučeni savetnici pružali bi psihološku prvu pomoć, kratku stabilizaciju, osnovnu trijažu rizika, planiranje bezbednosti i strukturisano upućivanje (upućivanje uz neposredno povezivanje: neposredni, podržani prelazi tokom kojih radnik koji upućuje kontaktira službu koja prima slučaj i lično

predstavlja dete/porodicu) školskim psiholozima, primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Centru za mentalno zdravlje dece i adolescenata (CMZDA), CSR-u i hitnim službama, uz dvojezične mogućnosti pristupačne osobama sa invaliditetom i prilagođene nevećinskim zajednicama. Ove usluge se zasnivaju na zakonodavstvu i strategijama o zaštiti dece, mentalnom zdravlju, socijalnim i porodičnim uslugama, obrazovanju, nasilju u porodici i digitalnim uslugama/teleuslugama, kojima se garantuju zaštita i pravovremena pomoć. Administrativnim smernicama mogu se definisati dužnost brige, obavezno prijavljivanje, zaštita podataka i razmena informacija sa osnovnim sektorima, pri čemu bi zdravstveni sektor predvodio kliničko upravljanje, obrazovni i socijalni sektor podržavali promovisanje i naknadno praćenje, a opštine, hitne službe, NVO-i i partneri u oblasti informacionih tehnologija doprinosili funkcionisanju i bezbednoj infrastrukturi.

Međusektorski sistemski facilitatori

Kako bi se omogućio koherentan, celovit i multisektorski odgovor u oblasti MZPSP-a, potrebni su ključni međusektorski facilitatori kojima se obezbeđuje delotvorno funkcionisanje sistema i holistički odgovor na različite potrebe dece i adolescenata u oblasti mentalnog zdravlja.

Zajednički mehanizmi upućivanja i povratnih informacija između sektora

Potreban je zajednički mehanizam upućivanja i povratnih informacija sa utvrđenim rokovima kako bi se standardizovalo koje informacije se šalju, ko postupa, u kom roku i kako se povratne informacije vraćaju između škola, CSR-a, primarne zdravstvene zaštite i Centra za mentalno zdravlje dece i adolescenata (CMZDA). Jedinstven obrazac, jedinstveni identifikacioni brojevi slučajeva i jednostavno praćenje (na papiru ili elektronski) mogu obezbediti da se prijem upućivanja potvrdi, da se po njemu postupi i da se slučaj zaključi uz jasne informacije za one koji su izvršili upućivanje i za porodice. Ovaj mehanizam treba da se zasniva na okvirima za obrazovanje, zaštitu dece i socijalnu zaštitu, mentalno zdravlje i digitalno upravljanje, kojima se predviđaju međuinstitucionalna saradnja i zaštita podataka. Administrativnim smernicama treba formalizovati obrazac, minimalni skup podataka, osnovna očekivanja u pogledu nivoa usluga i garancije, pri čemu bi obrazovni sektor predvodio integraciju u školsku praksu, a zdravstveni i socijalni sektor, opštine i partneri iz organizacija civilnog društva zajednički primenjivali i preispitali sistem.

Obuka o nezi zasnovanoj na razumevanju traume i psihološkoj podršci za socijalne usluge

Socijalni radnici i psiholozi u CSR-u treba da prođu strukturisani program izgradnje kapaciteta za praksu zasnovanu na razumevanju traume i primenu osnovnih intervencija zasnovanih na dokazima za decu i adolescente, uz praktične instrumente, jasne putanje upućivanja i redovnu superviziju. To će pomoći da se obezbede bezbedni odgovori usmereni na dete, smanji ponovna traumatizacija i prošire kapaciteti za kratku psihosocijalnu podršku u okviru socijalne zaštite, uključujući nedovoljno obuhvaćene opštine. Ova obuka treba da se zasniva na Zakonu o socijalnim i porodičnim uslugama i povezanim propisima o zaštiti dece kojima se definišu dužnosti u vezi sa psihosocijalnim potrebama dece. Smernice treba utvrditi minimalne kompetencije i ugraditi kontinuiranu obuku i superviziju u profesionalni razvoj, pri čemu bi Ministarstvo rada, porodice i vrednosti oslobodilačkog rata predvodilo izradu i koordinaciju, a zdravstveni i obrazovni sektor, opštine, razvojni partneri, akademska zajednica i OCD-i usklađivali sadržaj sa nacionalnim standardima mentalnog zdravlja i podržavali postepeno uvođenje na nivou celog Kosova.

Zaključci i strateški prioriteti

Deca i adolescenti na Kosovu suočavaju se sa sve većim teretom problema mentalnog zdravlja, podstaknutih siromaštvom, nejednakošću, nasiljem u kući i školama, štetnim pojavama u digitalnom okruženju, stigmom i dugoročnim posledicama traume povezane sa sukobom. Istovremeno, zaštitni resursi, podržavajuća porodična okruženja, posvećeni nastavnici i vaspitači, angažovanje mladih i snažan identitet zajednice i dalje su nedovoljno iskorišćeni. Ovo mapiranje potvrđuje da usluge mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške postoje u zdravstvu, obrazovanju, socijalnim službama, sektoru NVO-a i među privatnim pružaocima, ali funkcionišu kao odvojena ostrva, a ne kao koherentan sistem. Pristup je izrazito nejednak među opštinama, pri čemu su usluge koncentrisane u Prištini. Prevencija i rano otkrivanje su slabi, putanje upućivanja i dalje su neformalne i zavise od pojedinaca, a sistemi podataka ne prate potrebe, korišćenje usluga ili ishode na način koji omogućava planiranje ili odgovornost.

Kosovo ima čvrstu pravnu osnovu zasnovanu na pravima i sve veću političku posvećenost, što ukazuje na to da mentalno zdravlje dece i adolescenata postaje nacionalni prioritet. Ovaj zamah je značajan i mora se iskoristiti. Ključni izazov nije odsustvo aktivnosti, već odsustvo koherentnog, finansiranog i koordinisanog sistema. Prelazak sa postojećeg okruženja koje je usmereno na krizne situacije i zasnovano na projektima ka funkcionalnom, višeslojnom i na decu usmerenom sistemu istovremeno je neophodan i ostvariv. On zahteva kontinuirano delovanje u okviru sedam međusobno povezanih strateških prioriteta.

1. Uspostavljanje nacionalne arhitekture upravljanja i koordinacije.

Kosovu nedostaje određen organ za koordinaciju mentalnog zdravlja dece i adolescenata. Treba uspostaviti nacionalni mehanizam koordinacije za MZDA sa jasnim institucionalnim središtem i mandatom za usklađivanje delovanja u zdravstvu, obrazovanju, socijalnim službama i pravosuđu. Ovaj mehanizam treba da utvrđuje nacionalnu agendu, usklađuje protokole upućivanja i povratnih informacija, sprečava dupliranje usluga između državnih i nedržavnih pružalaca i saziva stalnu tehničku radnu grupu radi periodičnog ažuriranja standarda, instrumenata i obuke. Bez arhitekture koordinacije, sve druge reforme ostaće fragmentisane.

2. Izrada posebne nacionalne strategije i akcionog plana za MZDA.

Iako postojeće zakonodavstvo pruža snažnu osnovu, Kosovo nema posebnu nacionalnu strategiju za MZDA ili višegodišnji akcioni plan. Posebnu strategiju treba izraditi u skladu sa Strateškim dokumentom i Akcionim planom za IRD 2025–2030, Zakonom o zaštiti dece, Zakonom o mentalnom zdravlju i širim strategijama zdravstvenog i obrazovnog sektora. Njome treba definisati standarde usluga i minimalne pakete, utvrditi odgovornosti za koordinaciju između sektora, postaviti merljive ciljeve u pogledu obuhvata, kvaliteta i pravednosti i obuhvatiti plan implementacije sa predviđenim troškovima i jasnom odgovornošću na nacionalnom i opštinskom nivou.

3. Implementacija Prioritetnog paketa MZPSP akcija kroz fazni i skalabilni pristup.

Prethodno detaljno opisani višeslojni Prioritetni paket MZPSP akcija treba implementirati kroz fazni pristup, počevši od pilot-opština, a zatim ga proširiti na nacionalni nivo. Implementaciju treba

usmeravati zajedničkim protokolima upućivanja i povratnih informacija, omogućiti je digitalnim instrumentima i podržati strukturisanom supervizijom na svakom nivou, uz jasne uloge zdravstvenog i obrazovnog sektora, socijalne zaštite, opština i civilnog društva, tako da nijedan sektor samostalno ne snosi teret.

4. Izgradnja održive i supervizirane radne snage za MZDA.

Kosovo trenutno nema plan radne snage za MZDA, norme o broju zaposlenih kojima se broj stručnjaka povezuje sa veličinom populacije ili složenošću slučajeva niti strukturisan sistem supervizije ili licenciranja školskih psihologa ili socijalnih radnika koji pružaju psihosocijalne usluge. Nacionalnom strategijom radne snage za MZDA treba definisati potrebne stručne profile i minimalne standarde broja zaposlenih, uspostaviti putanje obuke pre stupanja u službu i tokom službe, uključujući obuku o nezi zasnovanoj na razumevanju traume i intervencijama zasnovanim na dokazima, i uvesti redovnu kliničku superviziju u svim sektorima. Modelima podele zadataka treba jasno definisati šta nespecijalisti, kao što su nastavnici, radnici u zajednici i osoblje NVO-a, mogu bezbedno da rade, kao i kada i na koji način treba eskalirati slučaj.

5. Uspostavljanje zajedničkog sistema podataka i monitoringa.

Nijedan sektor trenutno sistematski ne prati potrebe u oblasti mentalnog zdravlja dece i adolescenata, korišćenje usluga ili ishoda. Treba definisati mali, usaglašeni skup nacionalnih pokazatelja MZPSP-a i integrisati ga u postojeće informacione sisteme, zdravstveni informacioni sistem, SUOI i upravljanje slučajevima u socijalnim službama, kako bi se omogućilo rutinsko praćenje prevalencije, pristupa, završetka postupka upućivanja, vremena čekanja i ishoda. Zajednički mehanizam upućivanja i povratnih informacija sa jedinstvenim identifikacionim brojevima treba da poveže sektore i omogući kontinuitet nege. Nacionalno reprezentativno istraživanje o mentalnom zdravlju dece i mladih utvrdilo bi polazne vrednosti i ciljeve na nivou populacije koji trenutno nedostaju sistemu. Bez ove infrastrukture podataka, planiranje, odgovornost i unapređenje kvaliteta ostaju strukturno nemogući.

6. Obezbeđivanje namenskog, predvidivog i višegodišnjeg finansiranja.

Usluge za MZDA na Kosovu u ogromnoj meri zavise od kratkoročnih projekata koje finansiraju donatori i koji se završavaju kada se okončaju ciklusi finansiranja, što dovodi do fragmentacije i prekida kontinuiteta. Održivi napredak zahteva namenske budžetske linije za MZDA u budžetima zdravstva, obrazovanja i socijalnih službi na centralnom i opštinskom nivou, zajedno sa stabilnim mehanizmima za nabavku usluga od NVO-a i privatnih pružalaca putem višegodišnjih aranžmana, a ne ad hoc grantova. Finansiranje treba povezati sa faznim planom implementacije, uz zaštićena izdvajanja za radnu snagu, superviziju, infrastrukturu i digitalne funkcije. Bez predvidivog finansiranja, minimalni paket ostaće pilot-projekat, a neće postati sistem.

7. Institucionalizacija značajnog učešća dece, adolescenata i porodica.

Deca, adolescenti i staratelji ne smeju biti prepoznati samo kao primaoci usluga, već i kao aktivni učesnici u osmišljavanju, pružanju i praćenju usluga za MZDA. Mehanizme učešća, uključujući kanale za povratne informacije, modele vršnjačke podrške, savetodavne uloge u planiranju na nivou škole i učešće u izradi nacionalne strategije, treba ugraditi u sve nivoe sistema. Kontinuirane,

institucionalizovane napore za podizanje svesti i smanjenje stigme, uključujući korišćenje digitalnih instrumenata za obezbeđivanje lako dostupnih ulaznih tačaka za mlade, treba smatrati osnovnom funkcijom sistema, a ne dodatkom komunikacionim aktivnostima.

Posmatrano zajedno, ovih sedam prioriteta predstavlja realnu putanju zasnovanu na dokazima od postojećeg fragmentisanog okruženja ka jedinstvenom nacionalnom sistemu koji deca i porodice mogu da pronađu, kojem mogu da veruju i koji mogu da koriste. Nadovezujući se na postojeće sisteme i mehanizme, naredna faza napora treba da se usmeri na jačanje institucionalne arhitekture, održivo finansiranje i međusektorsku saradnju kako bi se postojeće okruženje preobrazilo u koherentan, integrisan i na dete usmeren sistem MZPSP-a. Ulaganje u mentalno zdravlje dece i adolescenata nije diskrecioni program, već temeljna obaveza prema najmlađim i najranjivijim građanima Kosova.

Prilozi

Prilog 1: Lista institucija i predstavnika intervjuisanih putem Intervjua sa ključnim informatorima

U sledećoj tabeli predstavljene su institucije i pojedinačni predstavnici koji su učestvovali u Intervjuima sa ključnim informatorima sprovedenim u okviru ovog mapiranja.

Sektor	Institucija / uloga	Ime
Zdravstveni sektor		
Zdravstvo	Centar porodične medicine (CPM), Priština (zamenik direktora)	g. Rrezart Halili
Zdravstvo	Centar za mentalno zdravlje dece i adolescenata (direktor)	dr Adelina Ahmeti
Zdravstvo	Centar za mentalno zdravlje dece i adolescenata	gđa Vjollca Berisha
Zdravstvo	Ministarstvo zdravlja	gđa Merita Vuthaj
Zdravstvo	Psihijatar za decu i adolescente, privatni sektor	prof. Fitim Uka
Zdravstvo	Psihijatar za decu i adolescente, privatni sektor	gđa Aferdita Goci
Zdravstvo	Psihijatar za decu i adolescente, privatni sektor	g. Visar Sadiku
Zdravstvo	Psihijatar za decu i adolescente, javni sektor	gđa Henrijeta Pula
Zdravstvo	Psihijatar / stručnjak za mentalno zdravlje	g. Naim Fanaj
Sektor obrazovanja		
Obrazovanje	Ministarstvo obrazovanja i nauke	gđa Merita Jonuzi
Obrazovanje	Ministarstvo obrazovanja i nauke	gđa Leonora Shala
Obrazovanje	Školski psiholog iz prakse	gđa Erona Mjekiqi
Obrazovanje	Školski psiholog iz prakse	gđa Erblina Vrbroci
Obrazovanje	Školski psiholog iz prakse	gđa Nora Shehu
Obrazovanje	Direktor škole (škola sa psihologom) — ONSŠ	g. Zekria Rexha
Obrazovanje	Direktor škole (škola sa psihologom)	g. Pleurat Rudi
Obrazovanje	Direktor škole (škola bez psihologa) — ONSŠ “Bajram Curri“	g. Fidan Hasani
Sektor socijalne zaštite i pravosuđa		
Pravosuđe	Ministarstvo pravde, Odeljenje za politike socijalnih i porodičnih usluga	gđa Adile Shaqiri
Pravosuđe	Ministarstvo pravde, Odeljenje za politike socijalnih i porodičnih usluga	g. Blerim Shabani

Sektor	Institucija / uloga	Ime
Socijalna zaštita	Centar za socijalni rad (direktor)	g. Bajram Shala
Socijalna zaštita	Centar za socijalni rad (psiholog)	gđa Filloreta Bokshi
Civilno društvo		
Civilno društvo	Linja e Jetës (Linija života)	gđa Yllza Nikqi
Civilno društvo	Linja e Jetës (Linija života) / QIPS	g. Bind Skeja

Prilog 2: Sprovedene diskusije u fokus grupama

U sledećoj tabeli predstavljene su diskusije u fokus grupama sprovedene u okviru ovog mapiranja, uključujući grupu učesnika, facilitatora i datum završetka.

Br.	Fokus grupa
Deca i adolescenti	
1	Deca, učenici 6–9. razreda (urbano područje)
2	Deca, učenici 6–9. razreda (ruralno područje)
3	Deca, učenici 10–12. razreda (urbano područje)
4	Deca, učenici 10–12. razreda (ruralno područje)
5	Deca iz romske, aškaljske i egipćanske zajednice
6	Mladi iz srpske zajednice
Roditelji i staratelji	
7	Roditelji (urbano područje)
8	Roditelji (ruralno područje)
9	Roditelji iz srpske zajednice i NVO-i
10	Roditelji iz romske, aškaljske i egipćanske zajednice i NVO-i
Stručnjaci	
11	Pružaoци MZPSP usluga
12	Školski psiholozi

Napomena: Sve diskusije u fokus grupama su završene. Istraživači sa Univerziteta u Prištini facilitirali su ukupno 12 fokus grupa sprovedenih između jula i oktobra 2025. godine.

Prilog 3: Članovi Tehničkog komiteta

Tehničkim komitetom za vežbu mapiranja MZPSP-a kopredsedavali su Kancelarija premijera/Kancelarija za dobro upravljanje i UNICEF na Kosovu. Komitet je pružao strateške smernice, pregledao i odobrio metodologiju i validirao nalaze tokom celokupnog istraživačkog procesa.

Ime	Institucija
Državne institucije	
g. Habit Hajredini	Kancelarija za dobro upravljanje/Kancelarija premijera
gđa Djellza Mujaj	Kancelarija predsednika
gđa Kaltrina Ajeti	Kancelarija predsednika
gđa Armenda Berani	Kancelarija za strateško planiranje Kancelarije premijera
gđa Laura Shehu	Ministarstvo zdravlja
gđa Leonora Shala	Ministarstvo obrazovanja i nauke
gđa Luljeta Ibishi	Ministarstvo administracije lokalne samouprave
gđa Qendresa Ibra Zariqi	Kancelarija za dobro upravljanje, Kancelarija premijera
gđa Naime Rexhepi	Agencija za statistiku Kosova
Institucije javnog i mentalnog zdravlja	
dr Adelina Ahmeti	Centar za mentalno zdravlje dece i adolescenata
gđa Kaltrina Ajeti	Nacionalni institut za javno zdravlje Kosova
Akadska zajednica	
gđa Diadora Cërmjani	Fakultet za obrazovanje, Univerzitet u Prištini
g. Aliriza Arënlju	Fakultet za obrazovanje, Univerzitet u Prištini
gđa Kaltrina Kelmendi	Fakultet za obrazovanje, Univerzitet u Prištini
Civilno društvo i nezavisne institucije	
gđa Donjeta Kelmendi	Koalicija NVO-a za zaštitu dece (KOMF)
gđa Arbnore Shehu	Udruženje školskih psihologa Kosova
g. Petrit Tahiri	Klubovi vršnjačke medijacije Kosovskog obrazovnog centra (KEC)
g. Bind Skeja	Centar za informisanje i socijalno unapređenje (QIPS)
UNICEF na Kosovu	
g. Benjamin Samuel Fisher	UNICEF na Kosovu
gđa Teuta Halimi	UNICEF na Kosovu
g. Laurat Raca	UNICEF na Kosovu
gđa Hane Ilazi	UNICEF na Kosovu
gđa Arjeta Gjickolli	UNICEF na Kosovu

Prilog 4: Ključni faktori rizika i zaštite za mentalno zdravlje dece i adolescenata na Kosovu, prema socio-ekološkom nivou — zasnovano na uvidu u literaturu

Ekološki nivo	Vrsta	Faktor	Kratak opis	Ključni izvori
Dete / pojedinac	Rizik	Međugeneracijska trauma	Deca roditelja sa PTSP-om izložena su većem riziku od anksioznosti, depresije i PTSP-a.	Schick et al., 2023; Duraku et al., 2023
Dete / pojedinac	Rizik	Biološki prenos	Povišen nivo kortizola i promene u metilaciji DNK kod dece čije su majke tokom trudnoće doživele traumu povezanu sa ratom.	Muench et al., 2022
Dete / pojedinac	Rizik	Internalizovani problemi	Oko 25–40% adolescenata pokazuje kliničke nivoe emocionalnih problema i problema u ponašanju; devojčice su više pogođene.	Shahini et al., 2015
Dete / pojedinac	Rizik	Rani / uznapredovali pubertet	Uznapredovali pubertetski razvoj povezan je sa višim nivoima anksioznosti, depresije i somatskih tegoba.	Krasniqi, Vazsonyi, & Cakirpaloglu, 2024
Dete / pojedinac	Rizik	Psihološki korelati / bihevijoralni korelati	Loš san, strahovi pred spavanje, prekomerna upotreba elektronskih uređaja i nisko samopoštovanje povezani su sa većom psihološkom patnjom.	Hyseni Duraku et al., 2018; Fanaj & Melonashi, 2014; Fanaj & Shkëmbi, 2024
Dete / pojedinac	Rizik	Upotreba supstanci – trendovi	Stabilni nivoi svakodnevnog pušenja i upotrebe alkohola, ali sve veća nemedicinska	Arënlju et al., 2025

			upotreba lekova za smirenje među 15-godišnjacima. Podaci ESPAD-a za Kosovo (2019, 2024) među učenicima uzrasta 15–16 godina pokazuju: upotreba alkohola tokom života 29% u 2024. godini (najniža u Evropi; dečaci 37%, devojčice 23%); trenutna upotreba alkohola 14%; rani početak pušenja pre 13. godine 23% (među najvišima u Evropi); upotreba kanabisa tokom života među najnižima (trenutna upotreba 1,4% u 2019. godini); upotreba inhalanata tokom života 1,3% (najniža); štetno kockanje 22% (najviše među svim zemljama ESPAD-a); učešće u programima prevencije među najnižima (31% bilo koji događaj, 18% događaji povezani sa alkoholom, 9,4% događaji povezani sa kockanjem/igranjem igara). [Izvori: Grupa ESPAD (2020). Izveštaj ESPAD 2019; Grupa ESPAD (2025). Izveštaj ESPAD 2024.]	
Dete / pojedinac	Rizik	Upotreba supstanci – visokorizični obrasci	Viši nivoi svakodnevnog pušenja, štetne upotrebe alkohola i upotrebe nezakonitih droga, posebno među dečacima; povezani su sa slabijim akademskim ishodima.	Tahiraj et al., 2016
Dete / pojedinac	Rizik	Društveni mediji i onlajn rizici	Sajber vršnjačko nasilje, uznemiravanje onlajn, izloženost štetnom sadržaju i nebezbedni susreti oflajn nakon kontakta na internetu.	Saliu et al., 2021; Arënliu et al., 2020; Tovërlani & Muhaxheri, 2024
Porodica / staratelj	Rizik	Roditeljski PTSP	Roditeljski PTSP povezan je sa izraženijim emocionalnim	Schick et al., 2023

			bihevijoralnim problemima kod dece.	
Porodica / staratelj	Rizik	Nepovoljno porodično okruženje	Nisko zadovoljstvo porodicom i teško porodično okruženje povezani su sa većom patnjom adolescenata.	Shahini et al., 2015
Porodica / staratelj	Rizik	Nezaposlenost majke	Nezaposlenost majke povezana je sa povećanom psihološkom patnjom među adolescentima.	Shahini et al., 2015
Porodica / staratelj	Rizik	Siromaštvo i socijalna pomoć	Mladi u domaćinstvima koja primaju socijalnu pomoć pokazuju naročito visoke nivoe teške psihološke patnje.	Arënlju et al., 2024
Porodica / staratelj	Rizik	Migracija roditelja (opterećenje)	Ograničen kontakt i neredovne novčane doznake povezane su sa poteškoćama u školi i većom patnjom među decom roditelja migranata.	Arënlju et al., 2018; Arënlju et al., 2023
Porodica / staratelj	Rizik	Postporođajna depresija	Gotovo polovina žena koje su nedavno postale majke doživljava postporođajnu depresiju, sa mogućim negativnim uticajem na rani razvoj deteta.	Jemini Gashi et al., 2025
Porodica / staratelj	Rizik	Nasilna disciplina i poliviktimizacija	Oko 72% dece izloženo je nasilnoj disciplini kod kuće; mnoga doživljavaju višestruke oblike nasilja.	UNICEF–MICS, 2020; Kelmendi et al., 2019
Porodica / staratelj	Zaštitni	Porodična podrška i komunikacija	Viši nivoi zadovoljstva porodicom, kohezije i otvorene komunikacije povezani su sa manjom psihološkom patnjom među adolescentima.	Arënlju et al., 2025

Škola	Rizik	Vršnjačka viktimizacija	Oko 77% učenika navodi viktimizaciju (uglavnom verbalnu i fizičku); ona je snažan prediktor psihološke patnje.	Kelmendi et al., 2023; Arënlju et al., 2025
Škola	Rizik	Viktimizacija od strane školskog osoblja	Više od četvrtine učenika navodi emocionalnu ili fizičku viktimizaciju od strane školskog osoblja.	Arënlju, Benbenishty, Astor, et al., 2022
Škola	Zaštitni	Pozitivna školska klima	Podrška nastavnika, jasna pravila protiv nasilja i učešće učenika štite od viktimizacije i patnje.	Kelmendi et al., 2023
Zajednica	Rizik	Repatrišana deca	Repatrišana deca suočavaju se sa socijalnom izolacijom, diskriminacijom i lošim životnim uslovima, što povećava rizike po mentalno zdravlje.	Kienzler et al., 2018
Zajednica	Rizik	Status seksualne i rodne manjine	Mladi iz seksualnih i rodnih manjina navode povišene nivoe depresije, anksioznosti i stresa usled stigme i diskriminacije.	Llullaku, Selimi, Roest, & Van Der Helm, 2023
Zajednica	Rizik	Marginalizacija i dečji brakovi	Dečji brakovi i dalje su veoma rasprostranjeni među devojčicama iz romske, aškaljske i egipćanske zajednice, uprkos ukupnom smanjenju.	UNICEF, 2023; MICS, 2020; CRPM, 2024
Zajednica	Rizik	Negativna percepcija obrazovanja	U marginalizovanim zajednicama obrazovanje se često percipira kao prepreka, a ne podrška razvoju dece.	Terre des Hommes, 2022

Zajednica	Rizik	Ograničene informacije i stigma	Mnoga deca ne znaju gde da potraže pomoć zbog depresije ili nakon uznemirujućih događaja; stigma povezana sa mentalnim zdravljem i traženjem pomoći je visoka.	Save the Children, 2024; Hyseni-Duraku et al., 2025; Shkëmbi et al., 2025
Zajednica	Rizik	Tradicionalne rodne norme	Snažne tradicionalne rodne norme i uloge ograničavaju mogućnosti i doprinose rodno uslovljenoj izloženosti riziku.	UNDP, 2022; UN Women, 2023
Podsticajno okruženje	Rizik	Trendovi suicidalnosti	Prevalencija suicidalnih ideja povećala se sa 8% (2011) na 20% (2024); prevalencija pokušaja samoubistva više se nego udvostručila u istom periodu.	Arënlju et al., 2014; ESPAD, 2019; Haskuka et al., 2024
Podsticajno okruženje	Rizik	Rizična ponašanja	Visoka prevalencija pušenja (71%), upotrebe alkohola (20%), kockanja (12%) i nošenja oružja (15%) među mladima.	UNDP, 2021
Podsticajno okruženje	Rizik	Niska ulaganja u mentalno zdravlje	Za mentalno zdravlje izdvaja se manje od 1,5% zdravstvenog budžeta (naspram 3,6% u Evropskom regionu SZO-a), što doprinosi prazninama u uslugama.	Arënlju et al., 2024; SZO, 2023
Podsticajno okruženje	Zaštitni	Pozitivan nacionalni identitet	Snažan kolektivni nacionalni identitet povezan je sa višim nivoima dobrobiti i zadovoljstva životom među mladima.	Dimitrova et al., 2017

Prilog 5: Međusektorski nalazi

Sektor / grupa	Koordinacija i upućivanje	Pristup i pravednost	Prevenција naspram kriznih situacija / rano otkrivanje	Radna snaga i supervizija	Stigma i traženje pomoći	Podaci i upravljanje	Ulazna tačka / percepcija uloge
Zdravstvo	Neformalno, zasnovano na odnosima; bez standardnih protokola	Centralizovano u Prištini/UKCK-u; praznine u ruralnim područjima i manjinskim zajednicama	Uglavnom usmereno na krizne situacije; rano otkrivanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je slabo	Ozbiljan nedostatak (psihijatar za decu i adolescente, psihologa, logopeda); bez supervizije	Porodice odlažu traženje nege; alternativni iscelitelji; mitovi (npr. vakcine i autizam)	Nema razvrstanih pokazatelja MZDA; slabo izveštavanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	Očekuje se da porodična medicina i DAP budu ulazne tačke, ali je putanja porodicama nejasna
Obrazovanje	Ad hoc saradnja sa CSR-om/zdravstvom; škole često samostalno rešavaju probleme	Nejednaka pokrivenost psiholozima; u mnogim područjima neokliko škola imaju istog psihologa, a neke nemaju uopšte psihologa	Prevenција tamo gde postoje psiholozi; u suprotnom reaktivni odgovor na incidente	Neujednačena raspodela psihologa; bez strukturisane supervizije/KPR-a; veliko opterećenje brojem slučajeva	Otvorenost se poboljšava; u pojedinim školama psiholog = kazna	SUOI ne sadrži pokazatelje mentalnog zdravlja; ograničeno korišćenje podataka za planiranje	De facto prva tačka kontakta za mnoge probleme dece
Zaštita dece / CSR	Slabe povratne informacije sa DAP, školama i NVO-ima; SOP se primenjuju neujednačeno	Po jedan CSR u svakoj opštini; veoma malo stručnjaka; praznine između urbanih i ruralnih područja	Uglavnom reaktivno; kratkoročno obuzdavanje, a ne prevenција	Socijalni radnici su preopterećeni; malo psihologa; nizak profesionalni status	Porodice se plaše da će biti evidentirane; radije se obraćaju neurolozima nego psihijatriji	Ručna evidencija; psihosocijalni slučajevi se ne prate jasno	Zakonom utvrđen prijem radi zaštite, ali ograničeni terapijski kapaciteti

Civilno društvo / privatni sektor	Neformalna upućivanja; retke povratne informacije; sektori kao "odvojena ostrva"	Proširuju obuhvat izvan Prištine, ali ih ograničavaju naknade i obim projekata	Organizuju grupe, podizanje svesti i radionice u školama; obuhvat je neujednačen	Veliko opterećenje brojem slučajeva; različiti nivoi obuke; ograničena supervizija	Prilagođeniji mladima; rade na normalizovanju traženja pomoći	Sopstvena evidencija; nije povezana sa nacionalnim sistemima	Pristupačni pojedinim mladima; nisu univerzalna ulazna tačka
Porodice i staratelji	Putanje doživljavaju kao zbunjujuće; uloge u upućivanju su nejasne	Troškovi, prevoz i praznine u informacijama; nega se smatra "luksuzom"	Pomoć se traži uglavnom u kriznom trenutku; malo proaktivne podrške	Uočavaju fluktuaciju zaposlenih i nedoslednost među pružiocima; poverenje se lako narušava	Sramota/marre; strah od ogovaranja i etiketiranja; oslanjanje na versku pomoć	Uočavaju nedostatak transparentnosti i naknadnog praćenja	Žele jednostavne, lokalne ulazne tačke (škola, psiholozi pri GCPM-u)
Deca i adolescenti	Usluge doživljavaju kao fragmentisane; "ne znaju gde da se obrate"	Centralizovana specijalistička nega; zavisnost od roditelja/prevoza	Pojedini časovi medijacije/grupe NVO-a; u ostalim slučajevima kasno otkrivanje	Cene dobre psihologe; žale se kada ih nema ili nisu dostupni	"Odlazak kod psihologa = ludilo"; daju prednost vršnjacima i internetu	Sistem im kao takav nije vidljiv	Više koriste vršnjake, internet i pojedine NVO-e nego formalne usluge

ZAVRŠNE NAPOMENE:

¹ Svetska zdravstvena organizacija. (2021). *Mentalno zdravlje dece i adolescenata*. [World Health Organization. (2021). *Mental health of children and adolescents*] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-children-and-adolescents>

² UNICEF. (2021). *Stanje dece u svetu 2021: U mojim mislima – promovisanje, zaštita i briga o mentalnom zdravlju dece*. [UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*] <https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/>

³ Svetska zdravstvena organizacija. (2025). *Samoubistva u svetu 2021. godine: Globalne zdravstvene procene*. Svetska zdravstvena organizacija. [World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*. World Health Organization]

⁴ Svetska zdravstvena organizacija. (2023, 15. jun). Pružanje delotvorne i odgovorne podrške za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku (MZPSP) tokom hitnih situacija i nakon njih. [World Health Organization. (2023, June 15). *Delivering effective and accountable mental health and psychosocial support (MHPSS) during emergencies and beyond*] <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/delivering-effective-and-accountable-mental-health-and-psychosocial-support-%28mhpss%29-during-emergencies-and-beyond>

⁵ Zhou, W., Ouyang, F., Nergui, O. E., et al. (2020). Politika mentalnog zdravlja dece i adolescenata u zemljama sa niskim i srednjim prihodima: izazovi i pouke za izradu i sprovođenje politika. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 150. [Zhou, W., Ouyang, F., Nergui, O. E., et al. (2020). Child and adolescent mental health policy in low- and middle-income countries: Challenges and lessons for policy development and implementation. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 150.] <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00150>

⁶ Shinde, S., Harling, G., Assefa, N., et al. (2023). Uključivanje adolescenata u statistiku: izrada okvira pokazatelja zdravlja adolescenata za okruženja sa osnovom na populaciju. *EClinicalMedicine*, 61, 102067. [Shinde, S., Harling, G., Assefa, N., et al. (2023). Counting adolescents in: The development of an adolescent health indicator framework for population-based settings. *EClinicalMedicine*, 61, 102067.]

⁷ Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). Komisija časopisa Lancet za globalno mentalno zdravlje i održivi razvoj. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598.] [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

⁸ Agencija za statistiku Kosova. (2025). *Popis stanovništva, domaćinstava i stanova na Kosovu 2024*. [Statistički izveštaj]. Agencija za statistiku Kosova. [Kosovo Agency of Statistics. (2025). *Population and Housing Census in Kosovo 2024* [Statistical report]. Kosovo Agency of Statistics.]

⁹ Saadah, F., & Gashi, K. (2023, 16. mart). *Zašto je ulaganje u prve godine života dece od ključnog značaja na Kosovu*. Blogovi Svetske banke. [Saadah, F., & Gashi, K. (2023, March 16). *Why investing in the early years of children's lives is critical in Kosovo*. World Bank Blogs.]

<https://blogs.worldbank.org/en/europeandcentralasia/why-investing-early-years-childrens-lives-critical-kosovo>

¹⁰ Svetska banka. (2024). *Makro-perspektiva siromaštva za Kosovo* (Redovni ekonomski izveštaj za Zapadni Balkan, jesen 2024). Grupa Svetske banke. [World Bank. (2024). *Macro poverty outlook for Kosovo* (Western Balkans Regular Economic Report, Fall 2024). World Bank Group.] <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/087ac9676504da51d7532b8e22a49e2f-0080012025/original/WB-FC-EN-Kosovo.pdf>

¹¹ Agencija za statistiku Kosova. (2023). *Anketa o radnoj snazi 2023*. Agencija za statistiku Kosova. [Kosovo Agency of Statistics. (2023). *Labour force survey 2023*. Kosovo Agency of Statistics.] <https://ask.rks-gov.net>

¹² UNICEF. (bez datuma). *Objašnjenje mentalnog zdravlja*. Regionalna kancelarija UNICEF-a za Latinsku Ameriku i Karibe. Pristupljeno 9. aprila 2025. godine iz [UNICEF. (n.d.). *Mental health explained*. UNICEF Latin America and Caribbean. Retrieved April 9, 2025, from]: <https://www.unicef.org/lac/en/parenting-lac/security-protection/mental-health-explained>

¹³ Regionalna kancelarija UNICEF-a za Istočnu Aziju i Pacifik. (2022). *Jačanje sistema i usluga mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške za decu i adolescente u regionu Istočne Azije i Pacifika*. UNICEF. [UNICEF East Asia and Pacific Regional Office. (2022). *Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in the East Asia and Pacific region*. UNICEF] <https://www.unicef.org/eap/reports/strengthening-mental-health-and-psychosocial-support-systems-and-services>

¹⁴ UNICEF (2021). *Stanje dece u svetu 2021: U mojim mislima — promovisanje, zaštita i briga o mentalnom zdravlju dece*. Njujork: UNICEF. Dostupno na: [UNICEF (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind — Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health*. New York: UNICEF. Available at:] <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

¹⁵ Videti UNICEF. (2021)

¹⁶ UNICEF. (2021). *Globalni multisektorski operativni okvir za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku dece, adolescenata i staratelja u različitim okruženjima* (Verzija za terensku demonstraciju). UNICEF. [UNICEF. (2021). *Global multisectoral operational framework for mental health and psychosocial support of children, adolescents and caregivers across settings* (Field demonstration version). UNICEF.] <https://www.unicef.org/reports/global-multisectoral-operational-framework>

¹⁷ Svetska zdravstvena organizacija i UNICEF. (2021). *Komplet alata Pomoć adolescentima da napreduju: Strategije za promovisanje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata i smanjenje samopovređivanja i drugih rizičnih ponašanja*. SZO. [World Health Organization & UNICEF. (2021). *Helping adolescents thrive toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours*. WHO.] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025554>

¹⁸ Agencija za statistiku Kosova i UNICEF. (2020). *Istraživanje višestrukih pokazatelja Kosovo (MICS) 2019–2020: Izveštaj o nalazima istraživanja*. Agencija za statistiku Kosova. [Kosovo Agency of Statistics & UNICEF. (2020). *Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2019-2020: Survey*

findings report. Kosovo Agency of Statistics.]

<https://www.unicef.org/kosovoprogramme/reports/kosovo-mics-2019-2020>

¹⁹ UNICEF. (2021). *Globalni multisektorski operativni okvir za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku dece, adolescenata i staratelja u različitim okruženjima* (Verzija za terensku demonstraciju). UNICEF. [UNICEF. (2021). *Global multisectoral operational framework for mental health and psychosocial support of children, adolescents and caregivers across settings* (Field demonstration version). UNICEF.]

<https://www.unicef.org/media/109086/file/Global%20multisectorial%20operational%20framework.pdf>

²⁰ Međuagencijski stalni komitet. (2007). *Smernice IASC-a o mentalnom zdravlju i psihosocijalnoj podršci u vanrednim situacijama*. IASC. [Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. IASC.]

<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>

²¹ Svetska zdravstvena organizacija i Dečji fond Ujedinjenih nacija. (2021). *Komplet alata Pomoć adolescentima da napreduju: Strategije za promovisanje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata i smanjenje samopovređivanja i drugih rizičnih ponašanja*. SZO i UNICEF. [World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2021). *Helping adolescents thrive toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours*. WHO & UNICEF.]

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025554>

²² Schick, M., Morina, N., Klaghofer, R., Schnyder, U., & Müller, J. (2023). Trauma, mentalno zdravlje i međugeneracijske povezanosti u porodicama na Kosovu 11 godina nakon rata. *Frontiers in Psychology*, 14. [Schick, M., Morina, N., Klaghofer, R., Schnyder, U., & Müller, J. (2023). Trauma, mental health, and intergenerational associations in Kosovar families 11 years after the war. *Frontiers in Psychology*, 14.] <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1195649>

²³ Morina, N., Maier, T., & Schmittke, A. (2010). Prevalencija depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja u populacijama pogođenim ratom na Kosovu: sistematski pregled i metaanaliza. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 377–385. [Morina, N., Maier, T., & Schmittke, A. (2010). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in war-affected populations in Kosovo: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 377–385.]

<https://doi.org/10.1002/jts.20552>

²⁴ Muench et al., (2022).

²⁵ Shahini, M., Rescorla, L., Wancata, J., & Ahmeti, A. (2015). Problemi mentalnog zdravlja kod adolescenata na Kosovu: rezultati nacionalnog istraživanja mentalnog zdravlja. *Neuropsychiatry*, 29(3), 125–132. [Shahini, M., Rescorla, L., Wancata, J., & Ahmeti, A. (2015). Mental health problems in Kosovar adolescents: Results from a national mental health survey. *Neuropsychiatry*, 29(3), 125–132.] <https://doi.org/10.1007/s40211-015-0155-9>

²⁶ Isto kao gore

-
- ²⁷ Krasniqi, E., Vazsonyi, A. T., & Cakirpaloglu, P. (2024). Internalizovani simptomi među adolescentima na Kosovu: pubertetski korelati kod dečaka i devojčica. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 1–16. [Krasniqi, E., Vazsonyi, A. T., & Cakirpaloglu, P. (2024). Internalizing symptoms among Kosovar adolescents: Pubertal correlates in boys and girls. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 1–16.]
- ²⁸ Hyseni Duraku, Z., Kelmendi, K., & Jemini-Gashi, L. (2018). Povezanost psihološke patnje, sna i samopoštovanja među adolescentima na Kosovu. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(4), 511–519. [Hyseni Duraku, Z., Kelmendi, K., & Jemini-Gashi, L. (2018). Associations of psychological distress, sleep, and self-esteem among Kosovar adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(4), 511–519.] <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1450272>
- ²⁹ Fanaj, N., & Melonashi, E. (2014). Sistematski pregled literature o samopoštovanju i psihološkoj dobrobiti na Kosovu. *Human and Social Sciences at the Common Conference*, 17–21. novembar 2014. [Fanaj, N., & Melonashi, E. (2014). A systematic literature review on self-esteem and psychological wellbeing in Kosovo. *Human and Social Sciences at the Common Conference*, November 17–21, 2014.]
- ³⁰ Fanaj, N., Melonashi, E., & Shkëmbi, F. (2014). Samopoštovanje i beznade kao prediktori emocionalnih teškoća: studija preseka među adolescentima na Kosovu. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 464–470. [Fanaj, N., Melonashi, E., & Shkëmbi, F. (2014). Self-esteem and hopelessness as predictors of emotional difficulties: A cross-sectional study among adolescents in Kosovo. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 464–470] <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.407>
- ³¹ Arenliu, A., Kelmendi, K., Haskuka, M., Halimi, T., & Canhasi, E. (2014). Upotreba droga i prijavljene suicidalne ideje i pokušaji među adolescentima na Kosovu. *Journal of Substance Use*, 19(5), 358–363. [Arenliu, A., Kelmendi, K., Haskuka, M., Halimi, T., & Canhasi, E. (2014). Drug use and reported suicide ideation and attempt among Kosovar adolescents. *Journal of Substance Use*, 19(5), 358–363.]
- ³² Arënlju, A., Haskuka, M., Kelmendi, K., & Konjufca, J. (u štampi). Vremenski obrasci suicidalnih ideja i pokušaja i njihova povezanost sa upotrebom psihoaktivnih supstanci među adolescentima na Kosovu. *Journal of Child & Adolescent Substance Use*. [Arënlju, A., Haskuka, M., Kelmendi, K., & Konjufca, J. (in press). Temporal patterns of suicide ideation and attempts and their association with psychoactive substance use among Kosovar adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Use*.]
- ³³ ESPAD grupa. (2025). *Izveštaj ESPAD-a za 2024. godinu: Rezultati Evropskog projekta istraživanja o alkoholu i ostalim drogama u školama*. Zajedničke publikacije EUDA-e, Kancelarija za publikacije Evropske unije. [ESPAD Group. (2025). *ESPAD report 2024: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EUDA Joint Publications, Publications Office of the European Union.] <https://www.espad.org/sites/default/files/espad-report-2024.pdf>
- ³⁴ Kosovo 2.0. (2022, 12. septembar). Alarmanantne stope samoubistava. [Kosovo 2.0. (2022, September 12). *Alarming suicide rates*.] <https://kosovotwopointzero.com/en/alarming-suicide-rates/>
- ³⁵ Fanaj, N., & Melonashi, E. (2014). Sistematski pregled literature o samopoštovanju i psihološkoj dobrobiti na Kosovu. *Human and Social Sciences at the Common Conference*, 17–21. novembar

2014. [Fanaj, N., & Melonashi, E. (2014). A systematic literature review on self-esteem and psychological wellbeing in Kosovo. *Human and Social Sciences at the Common Conference*, November 17–21, 2014.]

³⁶ Zhjeqi, V., Ramadani, N., Gashi, S., Mucaj, S., Berisha, M., Neziri, L., ... & Shahini, M. (2010). Prevalencija samoubistava na Kosovu u periodu 2007–2008. *Med Arh*, 64(1), 44–7. [Zhjeqi, V., Ramadani, N., Gashi, S., Mucaj, S., Berisha, M., Neziri, L., ... & Shahini, M. (2010). Suicide prevalence in Kosova for the period 2007-2008. *Med Arh*, 64(1), 44-7.]

³⁷ *Izvor (C42): UNICEF Filipini/Istočna Azija i Pacifik (2023). Mentalno zdravlje i psihosocijalna podrška za decu i adolescente – Regionalni okvir. [Source (C42): UNICEF Philippines/East Asia Pacific (2023). Mental Health and Psychosocial Support for Children and Adolescents - Regional Framework.]*

³⁸ UNICEF. (2021). *Stanje dece u svetu 2021: U mojim mislima — promovisanje, zaštita i briga o mentalnom zdravlju dece*. UNICEF. [UNICEF. (2021). *The state of the world's children 2021: On my mind — Promoting, protecting and caring for children's mental health*. UNICEF] <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

³⁹ Svetska zdravstvena organizacija, Dečji fond Ujedinjenih nacija i Grupa Svetske banke. (2018). *Negujuća briga za rani razvoj deteta: Okvir za pomoć deci da prežive i napreduju radi transformisanja zdravlja i ljudskog potencijala*. Svetska zdravstvena organizacija. [World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. World Health Organization.] <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/781de51d-4cef-482e-bb3b-c2b3becf3c9f/content>

⁴⁰ Agencija za statistiku Kosova i UNICEF. (2020). *Istraživanje višestrukih pokazatelja Kosovo 2019–2020: Izveštaj o nalazima istraživanja*. Agencija za statistiku Kosova. [Kosovo Agency of Statistics, & UNICEF. (2020). *Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey 2019–2020: Survey findings report*. Kosovo Agency of Statistics.] <https://www.unicef.org/kosovoprogramme/reports/kosovo-mics-2019-2020>

⁴¹ Isto kao gore

⁴³ Shahini, M., Rescorla, L., Wancata, J., & Ahmeti, A. (2015). Problemi mentalnog zdravlja kod adolescenata na Kosovu: rezultati nacionalnog istraživanja mentalnog zdravlja. *Neuropsychiatrie*, 29(3), 125–132. [Shahini, M., Rescorla, L., Wancata, J., & Ahmeti, A. (2015). Mental health problems in Kosovar adolescents: Results from a national mental health survey. *Neuropsychiatrie*, 29(3), 125–132.] <https://doi.org/10.1007/s40211-015-0155-9>

⁴³ Isto kao gore

⁴³ Krasniqi, E., Vazsonyi, A. T., & Cakirpaloglu, P. (2024). Internalizovani simptomi među adolescentima na Kosovu: pubertetski korelati kod dečaka i devojčica. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 1–16. [Krasniqi, E., Vazsonyi, A. T., & Cakirpaloglu, P. (2024). Internalizing symptoms among Kosovar adolescents: Pubertal correlates in boys and girls. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 1-16.]

⁴³ Hyseni Duraku, Z., Kelmendi, K., & Jemini-Gashi, L. (2018). Povezanost psihološke patnje, sna i samopoštovanja među adolescentima na Kosovu. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(4), 511–519. [Hyseni Duraku, Z., Kelmendi, K., & Jemini-Gashi, L. (2018). Associations of psychological distress, sleep, and self-esteem among Kosovar adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(4), 511–519.] <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1450272>

⁴³ Fanaj, N., & Melonashi, E. (2014). Sistematski pregled literature o samopoštovanju i psihološkoj dobrobiti na Kosovu. *Human and Social Sciences at the Common Conference*, 17–21. novembar 2014. godine. [Fanaj, N., & Melonashi, E. (2014). A systematic literature review on self-esteem and psychological wellbeing in Kosovo. *Human and Social Sciences at the Common Conference*, November 17–21, 2014.]

⁴³ Fanaj, N., Melonashi, E., & Shkëmbi, F. (2014). Samopoštovanje i beznade kao prediktori emocionalnih teškoća: studija preseka među adolescentima na Kosovu. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 464–470. [Fanaj, N., Melonashi, E., & Shkëmbi, F. (2014). Self-esteem and hopelessness as predictors of emotional difficulties: A cross-sectional study among adolescents in Kosovo. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 464–470.] <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.407>

⁴³ Agencija za statistiku Kosova i UNICEF. (2020). *Istraživanje višestrukih pokazatelja Kosovo 2019–2020: Izveštaj o nalazima istraživanja*. Agencija za statistiku Kosova. [Kosovo Agency of Statistics & UNICEF. (2020). *Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey 2019–2020: Survey findings report*. Kosovo Agency of Statistics.] <https://www.unicef.org/kosovoprogramme/reports/kosovo-mics-2019-2020>

⁴³ Arenliu, A., Kelmendi, K., Hyseni Duraku, Z., & Konjufca, B. (2025). Razumevanje psihološke patnje među školskom decom: međusobno delovanje nasilja u školi, porodične dinamike i školske klime u kontekstima sa visokim stopama nasilja (Neobjavljeni rukopis). Univerzitet u Prištini. [Arenliu, A., Kelmendi, K., Hyseni Duraku, Z., & Konjufca, B. (2025). Understanding psychological distress among schoolchildren: The interplay of school violence, family dynamics, and school climate in contexts with high rates of violence (Unpublished manuscript). University of Prishtina.]

⁴⁴ Agencija za statistiku Kosova (ASK) i Dečji fond Ujedinjenih nacija (UNICEF). (2020, novembar). *Istraživanje višestrukih pokazatelja Kosovo 2019–2020. i Istraživanje višestrukih pokazatelja za romsku, aškalijšku i egipćansku zajednicu na Kosovu 2019–2020: Izveštaj o nalazima istraživanja*. Priština, Kosovo: ASK i UNICEF. [Kosovo Agency of Statistics (KAS), & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020, November). *2019–2020 Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey and 2019–2020 Roma, Ashkali and Egyptian Communities in Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey: Survey findings report*. Prishtina, Kosovo: KAS & UNICEF.]

⁴⁵ Kelmendi, K., Duraku, Z. H., & Jemini-Gashi, L. (2019). Koegzistencija partnerskog nasilja i zlostavljanja dece među adolescentima na Kosovu. *Journal of Family Violence*, 34, 411–421. [Kelmendi, K., Duraku, Z. H., & Jemini-Gashi, L. (2019). Coexistence of intimate partner violence and child maltreatment among adolescents in Kosovo. *Journal of Family Violence*, 34, 411–421.] <https://doi.org/10.1007/s10896-018-00034-y>

⁴⁶ Arënliu et al., 2023

⁴⁷ Arënlju, A., Hoxha, L., Gashi, L. J., & Weine, S. M. (2018). Simptomi depresije i školski ishodi kod dece koju su očevi migranti ostavili na Kosovu: da li roditeljski stilovi staratelja koji su ostali kod kuće posreduju u ishodima? *International Journal of Education & Psychology in the Community*, 8(½), 62. [Arënlju, A., Hoxha, L., Gashi, L. J., & Weine, S. M. (2018). Depressive symptoms and school outcomes among children left behind by migrant fathers in Kosovo: Do parental styles of caretakers back at home mediate the outcomes? *International Journal of Education & Psychology in the Community*, 8(½), 62]

⁴⁸ Isto kao 32

⁴⁹ Isto kao 33

⁵⁰ Isto kao 34

⁵¹ Arenliu, A., Haskuka, M., & Kelmendi, K. (2025). Vremenski obrasci suicidalnih ideja i pokušaja i njihova povezanost sa upotrebom psihoaktivnih supstanci među adolescentima na Kosovu. [Rukopis u postupku recenzije.] [Arenliu, A., Haskuka, M., & Kelmendi, K. (2025). Temporal patterns of suicide ideation and attempts and their association with psychoactive substance use among Kosovar adolescents. [Manuscript under review.]]

⁵² ESPAD grupa. (2025). *Izveštaj ESPAD-a za 2024. godinu: Rezultati Evropskog projekta istraživanja o alkoholu i ostalim drogama u školama*. Zajedničke publikacije EUDA-e, Kancelarija za publikacije Evropske unije. [ESPAD Group. (2025). *ESPAD report 2024: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EUDA Joint Publications, Publications Office of the European Union.] <https://www.espad.org/sites/default/files/espad-report-2024.pdf>

⁵³ Tovërlani, N., & Muhaxheri, B. (2024). Upotreba novih medija među mladima na Kosovu. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (iJET)*, 19(5), 57–79. [Tovërlani, N., & Muhaxheri, B. (2024). The use of new media by young people in Kosovo. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (iJET)*, 19(5), 57–79.] <https://doi.org/10.3991/ijet.v19i05.47341>

⁵⁴ Saliu, H., Rexhepi, Z., Shatri, S., & Kamberi, M. (2022). Iskustva i rizici upotrebe interneta među decom na Kosovu. *Journal of Elementary Education*, 15(2), 145–164. [Saliu, H., Rexhepi, Z., Shatri, S., & Kamberi, M. (2022). Experiences with and risks of internet use among children in Kosovo. *Journal of Elementary Education*, 15(2), 145–164.] <https://doi.org/10.18690/rei.15.2.145-164.2022>

⁵⁵ Arënlju, A., Kelmendi K., Hyseni-Duraku, Z. & Konjufca, K. (2021). *Višeslojna kontekstualna analiza nasilja u školama na Kosovu: Praktične preporuke za prevenciju*. Univerzitet u Prištini, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju. ISBN: 978-9951-00-285-1 [Arënlju, A., Kelmendi K., Hyseni-Duraku, Z. & Konjufca, K. (2021). *Multilevel Contextual Analysis of School Violence in Kosovo: Practical Recommendations for Prevention*. Universiteti i Prishtines, Fakulteti Filozofik, Departamenti i Psikologjise. ISBN: 978-9951-00-285-1]

-
- ⁵⁶ Tovërlani, N., & Muhaxheri, B. (2024). *Upotreba novih medija među mladima na Kosovu. International Journal of Emerging Technologies in Learning (iJET)*, 19(5), 57–79. [Tovërlani, N., & Muhaxheri, B. (2024). The use of new media by young people in Kosovo. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (iJET)*, 19(5), 57–79.] <https://doi.org/10.3991/ijet.v19i05.47341>
- ⁵⁷ Viner, R. M., Gireesh, A., Stiglic, N., Hudson, L. D., Goddings, A. L., Ward, J. L., & Nicholls, D. E. (2019). Uloge sajber vršnjačkog nasilja, sna i fizičke aktivnosti u posredovanju uticaja upotrebe društvenih medija na mentalno zdravlje i dobrobit mladih u Engleskoj: sekundarna analiza longitudinalnih podataka. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(10), 685–696. [Viner, R. M., Gireesh, A., Stiglic, N., Hudson, L. D., Goddings, A. L., Ward, J. L., & Nicholls, D. E. (2019). Roles of cyberbullying, sleep, and physical activity in mediating the effects of social media use on mental health and wellbeing among young people in England: A secondary analysis of longitudinal data. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(10), 685–696.]
- ⁵⁸ Saliu, H., Rexhepi, Z., Shatri, S., & Kamberi, M. (2022). Iskustva i rizici upotrebe interneta među decom na Kosovu. *Journal of Elementary Education*, 15(2), 145–164. [Saliu, H., Rexhepi, Z., Shatri, S., & Kamberi, M. (2022). Experiences with and risks of internet use among children in Kosovo. *Journal of Elementary Education*, 15(2), 145–164.] <https://doi.org/10.18690/rei.15.2.145-164.2022>
- ⁵⁹ Arënlju, A., & Kelmendi, K. (2025). Istraživanje mentalnog zdravlja i dobrobiti dece u ruralnim područjima i sredinama niskog socio-ekonomskog statusa na Kosovu [Istraživački izveštaj]. Institut za psihologiju, Univerzitet u Prištini; TOKA. https://www.researchgate.net/publication/397926880_Eksplorimi_i_Shendetit_Mendor_dhe_Mireqenies_se_Femijeve_ne_Zonat_Rurale_dhe_ne_Mjedise_me_Status_te_Ulet_Socio-Ekonomik_ne_Kosove
- ⁶⁰ Arenliu et al., 2024
- ⁶¹ Jemini Gashi, L., Fetahu, D., Sutaj, B., Sahatqija, M., & Selimi, X. (2025). Prevalencija i prediktori postporođajne depresije kod žena na Kosovu. *Women's Health*, 21, 17455057251325944. [Jemini Gashi, L., Fetahu, D., Sutaj, B., Sahatqija, M., & Selimi, X. (2025). Prevalence and predictors of postpartum depression in women in Kosovo. *Women's Health*, 21, 17455057251325944.]
- ⁶² Isto kao 45
- ⁶³ Agencija za statistiku Kosova i UNICEF. (2020). *Istraživanje višestrukih pokazatelja Kosovo 2019–2020: Izveštaj o nalazima istraživanja*. Agencija za statistiku Kosova. [Kosovo Agency of Statistics, & UNICEF. (2020). *Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey 2019–2020: Survey findings report*. Kosovo Agency of Statistics.] <https://www.unicef.org/kosovoprogramme/reports/kosovo-mics-2019-2020>
- ⁶⁴ Agencija za statistiku Kosova. (2023). *Anketa o radnoj snazi 2023*. Agencija za statistiku Kosova. [Kosovo Agency of Statistics. (2023). *Labour force survey 2023*. Kosovo Agency of Statistics.] <https://ask.rks-gov.net>
-

⁶⁵ Kelmendi, K., Arënlju, A., Benbenishty, R., Astor, R. A., Hyseni Duraku, Z., & Konjufca, J. (2023). Eksplorativna studija o viktimizaciji učenika srednjih škola na Kosovu i njenim korelatima. *Journal of School Violence*, 22(4), 459–473. [Kelmendi, K., Arënlju, A., Benbenishty, R., Astor, R. A., Hyseni Duraku, Z., & Konjufca, J. (2023). An exploratory study of secondary school student victimization in Kosovo and its correlates. *Journal of School Violence*, 22(4), 459–473.] <https://doi.org/10.1080/15388220.2023.2214736>

⁶⁶ Isto kao 61

⁶⁷ Arënlju, A., Benbenishty, R., Kelmendi, K., Duraku, Z. H., Konjufca, J., & Astor, R. A. (2022). Prevalencija i prediktori viktimizacije učenika koju vrši školsko osoblje na Kosovu. *School Psychology International*, 43(3), 296–317. [Arënlju, A., Benbenishty, R., Kelmendi, K., Duraku, Z. H., Konjufca, J., & Astor, R. A. (2022). Prevalence and predictors of staff victimization of students in Kosovo. *School Psychology International*, 43(3), 296–317.] <https://doi.org/10.1177/01430343221081994>

⁶⁸ Arënlju, A., Benbenishty, R., Kelmendi, K., Duraku, Z. H., Konjufca, J., & Astor, R. A. (2022). Prevalencija i prediktori viktimizacije učenika koju vrši školsko osoblje na Kosovu. *School Psychology International*, 43(3), 296–317. [Arënlju, A., Benbenishty, R., Kelmendi, K., Duraku, Z. H., Konjufca, J., & Astor, R. A. (2022). Prevalence and predictors of staff victimization of students in Kosovo. *School Psychology International*, 43(3), 296–317.] <https://doi.org/10.1177/01430343221081994>

⁶⁹ Ministarstvo obrazovanja, nauke, tehnologije i inovacija. (2024). *Statistika obrazovanja na Kosovu 2024–2025*. MONTI. [Ministry of Education, Science, Technology and Innovation. (2024). *Education statistics in Kosovo 2024–2025*. MASHTI.] <https://masht.rks-gov.net>

⁷⁰ Shehu, A. (2026, 10. april). Lična komunikacija [direktor, Udruženje školskih psihologa Kosova]. [Shehu, A. (2026, April 10). Personal communication [Director, School Psychology Association of Kosovo].]

⁷¹ Nacionalno udruženje školskih psihologa. (2020). *Profesionalni standardi Nacionalnog udruženja školskih psihologa*. NASP. [National Association of School Psychologists. (2020). *The professional standards of the National Association of School Psychologists*. NASP] <https://www.nasponline.org/standards-and-certification/nasp-2020-professional-standards-adopted>

⁷² Ministarstvo obrazovanja, nauke, tehnologije i inovacija (2013). Administrativno uputstvo br. 26/2013 o Izboru službenika za pružanje profesionalnih usluga u preduniverzitetskim edukativno-obrazovnim institucijama, Službeni list Republike Kosovo. [Ministry of Education, Science, Technology and Innovation (2013). Administrative Instruction No. 26/2013 on Selection of Employees for the Provision of Professional Services in Pre-university Educational Institutions, Official Gazette of the Republic of Kosovo.] <https://gzk.rks-gov.net/ActDetail.aspx?ActID=2770&langid=2>

⁷³ Institut za psihologiju i Udruženje školskih psihologa. (2023). *Studija o zahtevima i potrebama za psihološkim uslugama i mentalnim zdravljem studenata Univerziteta u Prištini* [Istraživački izveštaj]. Filozofski fakultet, Univerzitet u Prištini. <https://filozofiku.uni-pr.edu/desk/inc/media/A8D33F2E-1822-4C57-91F3-6671CEB365AF.pdf>

⁷⁴ Koha.net. (2026, 25. mart). *U 1.035 škola ima samo 107 nastavnika i 192 psihologa*. Koha. [Koha.net. (2026, March 25). *In 1,035 schools, there are only 107 teachers and 192 psychologists*. Koha.] <https://www.koha.net/en/arberi/ne-1035-shkolla-ka-vec-107-pedagoge-e-192-psikologe>

⁷⁵ Shehu, A., Arënlju, A., Kelmendi, K., & Vllasa Basha, R. (2023). *Procena profesionalnih potreba školskih psihologa Kosova*. Udruženje školskih psihologa Kosova; Institut za psihologiju, Odeljenje za psihologiju, Univerzitet u Prištini "Hasan Priština".

⁷⁶ Terre des hommes. (2022). *Izveštaj o proceni položaja romske, aškalijske i egipćanske zajednice na Kosovu*. [Terre des hommes. (2022). *Assessment report on the situation of Roma, Ashkali and Egyptian communities in Kosovo*] <https://tdh-europe.org/sites/default/files/2022-10/Report%20on%20AG%20-%20ENG.pdf>

⁷⁷ Tim za analizu situacije IRD-a, Perolli Shehu, B., Kelmendi, K., Arenliu, A., Diehl, K., Kakabadze, N., & Vargas-Barón, E. (2023). *Analiza situacije o ranoj intervenciji u detinjstvu na Kosovu*. Program UNICEF-a na Kosovu. [ECI Situation Analysis Team, Perolli Shehu, B., Kelmendi, K., Arenliu, A., Diehl, K., Kakabadze, N., & Vargas-Barón, E. (2023). *Situation analysis on early childhood intervention in Kosovo*. UNICEF Kosovo Programme.] <https://www.unicef.org/kosovoprogramme/media/4421/file/English.pdf>

⁷⁸ Agencija za statistiku Kosova i UNICEF. (2020). *Istraživanje višestrukih pokazatelja Kosovo (MICS) 2019–2020: Izveštaj o nalazima istraživanja*. Program UNICEF-a na Kosovu. [Kosovo Agency of Statistics & UNICEF. (2020). *Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey 2019–2020: Survey findings report*. UNICEF Kosovo Programme.] <https://www.unicef.org/kosovoprogramme/reports/multiple-indicator-cluster-survey-2019-2020>

⁷⁹ Arënlju, A., Kelmendi, K., Hyseni Duraku, Z., & Konjufca, J. (2026). *Nasilje u školi i psihološka patnja učenika: razumevanje međusobnog delovanja viktimizacije, porodične dinamike i školske klime*. *Child & Youth Care Forum*. Unapred objavljeno onlajn. [Arënlju, A., Kelmendi, K., Hyseni Duraku, Z., & Konjufca, J. (2026). *School violence and student psychological distress: Understanding the interplay of victimization, family dynamics, and school climate*. *Child & Youth Care Forum*. Advance online publication.] <https://doi.org/10.1007/s10566-026-09932-5>

⁸⁰ Koalicija NVO-a za zaštitu dece – KOMF i UNICEF na Kosovu. (2025). *Procena delotvornosti mera za zaštitu dece žrtava ili svedoka nasilja*. UNICEF na Kosovu. [Coalition of NGOs for Child Protection – KOMF & UNICEF Kosovo Programme. (2025). *Assessment of the effectiveness of measures for the protection of child victims or witnesses of violence*. UNICEF Kosovo.] <https://www.unicef.org/kosovoprogramme/media/7031/file>

⁸¹ Kienzler, H., Wenzel, T., & Shaini, M. (2019). *Ranjivost i psihosocijalno zdravlje koje doživljavaju repatrirana deca na Kosovu*. *Transcultural Psychiatry*, 56(1), 267–286. [Kienzler, H., Wenzel, T., &

Shaini, M. (2019). Vulnerability and psychosocial health experienced by repatriated children in Kosovo. *Transcultural Psychiatry*, 56(1), 267–286.] <https://doi.org/10.1177/1363461518802992>

⁸² Ministarstvo rada SAD-a. (2020–2024). *Nalazi o najgorim oblicima dečjeg rada: Kosovo*. [U.S. Department of Labor. (2020–2024). *Findings on the Worst Forms of Child Labor: Kosovo*.]

⁸³ Program UNICEF-a na Kosovu. (2023, maj). *Godišnji izveštaj za 2022. godinu*. UNICEF. [UNICEF Kosovo Programme. (2023, May). *Annual report 2022*. UNICEF.] <https://www.unicef.org/kosovoprogramme/reports/annual-report-2022>

⁸⁴ Agencija za statistiku Kosova (ASK) i Dečji fond Ujedinjenih nacija (UNICEF). (2020, novembar). *Istraživanje višestrukih pokazatelja Kosovo 2019–2020. i Istraživanje višestrukih pokazatelja za romsku, aškalijsku i egipćansku zajednicu na Kosovu 2019–2020: Izveštaj o nalazima istraživanja*. Priština, Kosovo: ASK i UNICEF. [Kosovo Agency of Statistics (KAS), & United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2020, November). *2019–2020 Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey and 2019–2020 Roma, Ashkali and Egyptian Communities in Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey: Survey findings report*. Prishtina, Kosovo: KAS & UNICEF.]

⁸⁵ Centar za istraživanje i kreiranje politika. (2024). *Strategija koncepcije na Kosovu*. [Center for Research and Policy Making. (2024). *Conception Strategy in Kosovo*] <https://crpkosovo.org/wp-content/uploads/2024/02/CS-Child-marriage.pdf>

⁸⁶ Program UNICEF-a na Kosovu. (bez datuma). *Deca na Kosovu*. UNICEF. Pristupljeno 17. aprila 2026. godine iz [UNICEF Kosovo Programme. (n.d.). *Children in Kosovo*. UNICEF. Retrieved April 17, 2026, from]: <https://www.unicef.org/kosovoprogramme/children-kosovo>

⁹⁰ Isto kao 85

⁹¹ Hyseni Duraku, Z., Davis, H., Blakaj, A., Ahmedi Seferi, A., Mullaj, K., & Greiçevci, V. (2024). Svest o mentalnom zdravlju, stigma i stavovi prema traženju pomoći među albanskim studentima u zemljama Zapadnog Balkana: kvalitativna studija. *Frontiers in Public Health*, 12, 1434389. [Hyseni Duraku, Z., Davis, H., Blakaj, A., Ahmedi Seferi, A., Mullaj, K., & Greiçevci, V. (2024). Mental health awareness, stigma, and help-seeking attitudes among Albanian university students in the Western Balkans: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1434389.]

⁹² Shkembj, F., Melonashi, E., & Fanaj, N. (2015, maj). Lični i javni stavovi prema traženju pomoći zbog mentalnih problema među studentima na Kosovu. 6. *svetska konferencija o psihologiji, savetovanju i usmeravanju*, 14–16. maj 2015. godine. [Shkembj, F., Melonashi, E., & Fanaj, N. (2015, May). Personal and public attitudes regarding help-seeking for mental problems among Kosovo students. *6th World Conference on Psychology, Counseling and Guidance*, 14–16 May 2015.]

⁹³ Llullaku, N., Selimi, R., Roest, J., & Van Der Helm, G. H. P. (2023). Seksualne manjine na Kosovu: Kriza mentalnog zdravlja. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(4), 549–567. [Llullaku, N., Selimi, R., Roest, J., & Van Der Helm, G. H. P. (2023). Kosovo sexual minorities: A mental health

crisis. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(4), 549–567.]
<https://doi.org/10.1080/19359705.2023.2213217>

⁹⁴ Svetska zdravstvena organizacija. (2023, 15. jun). *Pružanje delotvorne i odgovorne podrške u oblasti mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške (MZPSP) tokom vanrednih situacija i izvan njih*. [World Health Organization. (2023, June 15). *Delivering effective and accountable mental health and psychosocial support (MHPSS) during emergencies and beyond*.] <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/delivering-effective-and-accountable-mental-health-and-psychosocial-support-%28mhpss%29-during-emergencies-and-beyond>

⁹⁵ Koalicija NVO-a za zaštitu dece (KOMF). (2024). *Izveštaj: Kakav je ukupni rezultat Kosova za brigu o deci?* [Coalition of NGOs for Child Protection (KOMF). (2024). *Report card: What is Kosovo's overall score for child care?*] https://komfkosova.org/wp-content/uploads/2024/10/Report-Card_ENG-KOMF.pdf

⁹⁶ Isto kao 24

⁹⁷ Kosovski obrazovni centar. (2023). *Izveštaj o radu za 2022. godinu*. Kosovski obrazovni centar. [Kosovo Education Center. (2023). *Work report 2022*. Kosovo Education Center.] https://kecs.org/wp-content/uploads/2023/11/KEC_Report_2022.pdf

⁹⁸ TV Dukagjini, 2024.

⁹⁹ Koalicija NVO-a za zaštitu dece (KOMF). (2023). *Analiza centara za socijalni rad: Izazovi u pravnom, institucionalnom i funkcionalnom aspektu* [Istraživački izveštaj]. KOMF. [Coalition of NGOs for Child Protection (KOMF). (2023). *Analysis of the Centers for Social Work: Challenges in the legal, institutional and functional aspect* [Research report]. KOMF.] <https://komfkosova.org/wp-content/uploads/2023/12/Analiza-anglisht-1.pdf>

¹⁰⁰ Isto kao 34

¹⁰¹ Koalicija NVO-a za zaštitu dece (KOMF). (2024). *Izveštaj: Kakav je ukupni rezultat Kosova za brigu o deci?* https://komfkosova.org/wp-content/uploads/2024/10/Report-Card_ENG-KOMF.pdf

¹⁰² Isto kao 34

¹⁰⁵ Isto kao 36

¹⁰⁶ TV Dukagjini, 2024

¹⁰⁷ Svetska zdravstvena organizacija i Dečji fond Ujedinjenih nacija. (2021). *Komplet alata Pomoć adolescentima da napreduju: Strategije za promovisanje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata i smanjenje samopovređivanja i drugih rizičnih ponašanja*. SZO i UNICEF. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025554>

¹⁰⁸ Svetska zdravstvena organizacija i Dečji fond Ujedinjenih nacija. (2021). *Komplet alata Pomoć adolescentima da napreduju: Strategije za promovisanje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata i smanjenje samopovređivanja i drugih rizičnih ponašanja*. SZO i UNICEF. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025554>

¹⁰⁹ Svetska zdravstvena organizacija i Dečji fond Ujedinjenih nacija. (2023). *Emocionalne veštine u ranoj adolescenciji (EASE): Grupna psihološka intervencija za mlađe adolescente pogođene patnjom*. SZO i UNICEF. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240082755>