

Mentalno zdravlje i vezane javnozdravstvene politike i prakse - perspektiva djelatnika Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "dr. Andrija Štampar"

Stupar, Anastazija

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:194639>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](#)/[Imenovanje-Nekomercijalno-Dijeli pod istim uvjetima 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-25**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ETNOLOGIJU I KULTURNU ANTROPOLOGIJU
Ak. god. 2019./ 2020.

Anastazija Stupar

**Mentalno zdravlje i vezane javnozdravstvene politike i prakse –
perspektiva djelatnika Nastavnog zavoda za javno zdravstvo “dr.
Andrija Štampar”**

Integrirani diplomski rad

Mentori: dr. sc. Tanja Bukovčan, doc., prof.prim.dr.sc. Branko Kolarić, dr.med. i dr. sc. Tihana
Rubić, doc.

Zagreb, srpanj 2020. godine

Izjava o autorstvu

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad na temu "Mentalno zdravlje i vezane javnozdravstvene politike i prakse – perspektiva djelatnika Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "dr. Andrija Štampar"" izradila potpuno samostalno uz stručno vodstvo mentorica i mentora dr. sc. Tanje Bukovčan, doc., prof.prim.dr.sc. Branka Kolarića, dr.med. i dr. sc. Tihane Rubić, doc. Svi podaci navedeni u radu su istiniti i prikupljeni u skladu s etičkim standardom struke. Rad je pisan u duhu dobre akademske prakse koja izričito podržava nepovredivost autorskog prava te ispravno citiranje i referenciranje radova drugih autora.



vlastoručni potpis autorice

2. Ciljevi, svrha i hipoteze	3
3. Metodologija	6
4. Izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti i poremećaja	9
4.1. Razvoj pristupa izvanbolničkog liječenja	9
4.2. Izvanbolničko liječenje u okviru Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti	14
5. Politike izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje u Hrvatskoj	19
5.1. Arhitektura nacionalne politike izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje	19
5.2. Analiza zakonskog okvira	20
5.2. Analiza strateških dokumenata	28
5.3. Twinning projekt "Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja"	32
6. Analiza uzroka postojećeg stanja	35
6.1. Politički uzroci i procesi stvaranja politika	36
6.2. Opozicija u struci	40
6.3. Financijski aspekt	43
7. Zaključak	45
8. Literatura	48
9. Sažetak/ Summary	52

1. Uvod

Iako svijest o problemima narušenog mentalnog zdravlja i važnosti pružanja adekvatne skrbi onima kojima je to potrebno raste, osobe koje se suočavaju s mentalnim bolestima i poremećajima i dalje se susreću sa stigmatizacijom, nedostatkom odgovarajuće zdravstvene skrbi, lošim iskustvima i ishodima liječenja, kao i često zanemarivanom povezanošću fizičkih s mentalnim poteškoćama (The European Mental Health Action Plan 2013-2020, 2015:2).

Mentalni poremećaji danas pogađaju oko trećinu populacije Europske Unije na godišnjoj razini, što ih čini jednim od glavnih europskih javnozdravstvenih prioriteta (The European Mental Health Action Plan 2013-2020, 2015:13). Njihova složenost je značajna jer ih oblikuju ne samo biološki, nego i socioekonomski, kulturološki, politički i povijesni uvjeti života. Hrvatski zavod za javno zdravstvo u publikaciji "Mentalne bolesti u Republici Hrvatskoj" ističe da njihova pervazivnost raste s neimaštinom, a kompleksnosti može pridonijeti međusobna povezanost s fizičkim zdravstvenim problemima. Osobama kojima je mentalno zdravlje narušeno, ali i njihovim bližnjima, često je potrebna dugotrajna dostupnost odgovarajuće skrbi jer takvi poremećaji mogu biti kronični, a javljaju se relativno rano u životnom vijeku. Kvaliteta života osoba koje se bore s mentalnim bolestima i poremećajima je narušena zbog patnje koju proživljavaju, društvene stigme kojoj su izloženi, veće izloženosti tjelesnim bolestima koja rezultira kraćim životnim vijekom i veće vjerojatnosti samoubojstva (2018). Ta se složenost odražava i u specifičnostima tereta mentalnih poremećaja i ovisnosti u zemljama centralne i istočne Europe, u koje se ubraja i Hrvatska, gdje je pojavnost problema vezanih uz mentalno zdravlje među najvećima na svijetu (Winkler i sur., 2017). Takva je slika velikim dijelom posljedica nižeg životnog standarda u odnosu na druge europske zemlje te nedavnih sukoba i ratova. Visoka prisutnost posttraumatskog stresnog poremećaja, ekscesivna konzumacija alkohola i stope samoubojstva više od europskog prosjeka neke su od posljedica tog konteksta. Međutim, iako je stanovništvo tih zemalja pogođeno problemima mentalnih bolesti i ovisnosti više od drugih zemalja Unije, njihovi zdravstveni sustavi financijski podupiru programe skrbi o mentalnom zdravlju u znatno manjoj mjeri od prosjeka Unije. Nerazvijenosti programa zdravstvene zaštite pridonosi i to što cijelu regiju

obilježava nedostatak nekliničkih i nebioloških istraživanja i analiza javnozdravstvenih politika vezanih uz mentalno zdravlje, kao i podrazvijenost istraživanja ekonomije mentalnog zdravlja, psihijatrijske epidemiologije i socijalne psihijatrije u odnosu na biološku. Rezultat je još uvijek prisutna dominacija biološke medicine i velikih psihijatrijskih bolnica u pristupu pružanja zdravstvene skrbi vezane uz mentalno zdravlje (Winkler i sur., 2017). Ovi podaci upućuju na važnost financiranja i provođenja istraživanja zdravstvenih sustava i politika izvan okvira medicinskih i bioloških struka, te podupiranja interdisciplinarnih pristupa u informiranju javnozdravstvenih politika vezanih uz mentalno zdravlje, organizaciju skrbi i pružanje zdravstvenih usluga.

Međunarodni akteri poput Svjetske zdravstvene organizacije i Europske unije kroz brojne su deklaracije, akcijske planove i druge dokumente prepoznali činjenicu da je očuvanje i pružanje odgovarajuće skrbi za mentalno zdravlje od iznimne važnosti za pojedince, njihove obitelji i zajednice zbog snažnog utjecaja koji ono ima na njihovu kvalitetu života, kao i šire društvo i ekonomiju. U periodu od 1975. godine, kada je važnost mentalnog zdravlja deklarativno prepoznata na svjetskoj i europskoj razini (Mental Health Declaration for Europe 2005), do danas, kada se aktualni Europski akcijski plan za mentalno zdravlje od 2013. do 2020. privodi kraju, iskristalizirao se niz praktičnih preporuka za organizaciju skrbi za mentalno zdravlje koja osnažuje korisnike i štiti njihova ljudska i građanska prava. Osnova preporuka koje za cilj imaju humaniju i kvalitetniju skrb je deinstucionalizacija skrbi za mentalno zdravlje i prelazak s modela liječenja u velikim psihijatrijskim bolnicama na model skrbi u zajednici. Takva je skrb u najvećoj mjeri organizirana lokalno, multidisciplinarno umjesto isključivo medicinski i na način koji podupire korisnika i njegove bližnje. Osim toga, usmjerena je na to da korisniku omogući normalan život u zajednici umjesto da ga izolira i izlaže dodatnoj stigmatizaciji, a hospitalizaciju vidi kao posljednju opciju kod teških mentalnih poremećaja (The European Mental Health Action Plan 2013-2020, 2015:7-8).

Usprkos činjenici da je Republika Hrvatska potpisnica ne samo deklarativnih, nego i dokumenata u kojima se obvezuje slijediti relevantne suvremene smjernice za organizaciju skrbi mentalnog zdravlja, potrebne reforme do danas su u velikoj mjeri izostale. Pa ipak, neke su institucije u Hrvatskoj organizatori izvanbolničke skrbi za

mentalno zdravlje. Najveći pružatelj takve skrbi je Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti pri Nastavnom zavodu za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar” (u daljnjem tekstu: Služba) čija je djelatnost usmjerena na zaštitu mentalnog zdravlja i izvanbolničko liječenje ovisnosti. U okviru rada Službe, koja djeluje na tri lokacije u gradu Zagrebu, provode se preventivne aktivnosti i pruža skrb korisnicima kroz savjetovanje ili psihoterapiju putem individualnog, obiteljskog, partnerskog ili grupnog rada. Sudjelovanje u tretmanu je besplatno, a termini se dogovaraju bez uputnica. Služba se oslanja na multidisciplinarnе timove koji se sastoje od psihijatra kao voditelja tima, medicinske sestre ili tehničara, psihologa, socijalnog radnika ili socijalnog pedagoga. Služba bilježi kontinuirani porast korisnika, pa je tako devetnaest djelatnika službe u 2019. godini skrb pružilo 3.451 korisniku, što predstavlja rast od 20,4% korisnika u odnosu na 2018. godinu (Zdravstveno-statistički ljetopis Grada Zagreba 2019). Iako je radu Službe, uz već postojeće izvanbolničko liječenje ovisnosti, pripojena i skrb za mentalno zdravlje temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine (čl. 101, Narodne novine¹ 150/2008), u trenutku pisanja ovog rada ne postoje javno dostupne studije slučaja, znanstvena literatura, analize rada Službe ni druge publikacije koje bi ocijenile dosadašnji rad Službe u lokalnom i nacionalnom kontekstu, njen značaj za zajednicu ili usporedile izvanbolničko liječenje i preventivne djelatnosti Službe s dominantnim modelom bolničkog liječenja. Smatram da je jedan od ključnih nedostataka i to što su u potpunosti izostala istraživanja usmjerena na iskustva djelatnika Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti koji, zbog svog broja i više od desetljeća kontinuiranog rada Službe, predstavljaju nositelje izvanbolničke i multidisciplinarnе skrbi za mentalno zdravlje u Hrvatskoj.

2. Ciljevi, svrha i hipoteze

Ovo istraživanje za cilj ima ispitati i kontekstualizirati stavove djelatnika Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti pri Nastavnom zavodu za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar” o postojećim javnozdravstvenim politikama vezanim uz područje

¹ U daljnjem tekstu: NN.

mentalnog zdravlja u Hrvatskoj. Nekoliko je razloga zbog kojih sam za fokus istraživanja odabrala upravo navedenu Službu.

Prije svega, Služba je ustrojena tako da provodi djelatnosti prevencije i liječenja ovisnosti te zaštite mentalnog zdravlja u izvanbolničkom okruženju uz personaliziran i multidisciplinarni pristup korisnicima (Zdravstveno-statistički ljetopis Grada Zagreba za 2019. godinu, 2020:215). Djelovanje Službe je specifično utoliko što u bitno većoj mjeri odgovara smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije i Europske Unije za organizaciju zaštite mentalnog zdravlja u usporedbi s drugim institucijama u Hrvatskoj koje za cilj imaju brigu o mentalnom zdravlju. Konkretnije, većina skrbi vezane uz mentalno zdravlje i ovisnost u Hrvatskoj još uvijek se ostvaruje kroz bolničko liječenje, što je praksa u suprotnosti s dugogodišnjim i aktualnim smjernicama vodećih međunarodnih tijela (Štrkalj Ivezić i sur., 2010:2). U tom kontekstu djelovanje Službe predstavlja značajan iskorak prema humanijoj i učinkovitijoj skrbi. Osim Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti u Zagrebu, i ostali Zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave moraju, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine (čl. 101, NN 150/2008), između ostalog, organizirati i zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti na području jedinice područne (regionalne) samouprave. Međutim, budući da Služba provodi najdugovječniji takav program te obuhvaća najviše djelatnika i korisnika, ovo istraživanje će se zadržati u tom okviru.

Složenost ovog rada proizlazi iz njegovih osnovnih postavki, ali i specifičnih uvjeta u kojima je istraživanje zamišljeno, provedeno i opisano. Prije svega, da bih mogla interpretirati kazivanja djelatnika Službe o hrvatskim politikama mentalnog zdravlja, moralo je biti jasno o kojim se točno politikama radi. Mentalno zdravlje uvjetovano je, u svojoj prisutnosti i u svojoj definiciji, socioekonomskim, kulturološkim, političkim, povijesnim, biološkim i drugim čimbenicima i njihovih međusobnim interakcijama, pa su politike i kritike politika koje ga adresiraju nužno jednako složene. Budući da se radi o području koje je u Hrvatskoj gotovo u potpunosti neistraženo, morala sam rekonstruirati razvoj i trenutni status tih politika iz relevantnih dokumenata od kojih su neki bili izravno dostupni, dok sam za pristup nekima podnosila zahtjeve Središnjoj agenciji za financiranje i ugovaranje programa i projekata Europske unije i službeniku za informiranje

pri Hrvatskom saboru. Sama analiza dokumenata nije dovoljna da bi se stvorila cjelovita slika o politikama mentalnog zdravlja pa bi i eventualna buduća istraživanja trebala uključiti *insajdere*, osobe koje sudjeluju u procesima njihova donošenja i provođenja. Nadalje, neistraženost područja samo je jedan od simptoma šire nacionalne problematike formiranja tih politika. Manjak interdisciplinarnosti opstaje kao problem ne samo u liječenju mentalnih bolesti i poremećaja, nego i u strukturiranju institucija i mjera koje se njima bave, gdje je u oba slučaja prisutna dominacija psihijatrijske struke. Ti su razlozi ono što, s jedne strane, interdisciplinarno ustrojenu Službu u inače prilično monolitnom krajoliku skrbi za mentalno zdravlje unutar javnog zdravstvenog sustava čini zanimljivom istraživačkom temom. S druge strane, proces provođenja ovog istraživanja otkrio mi je svojevrsnu ograničenost u načinu na koji se interdisciplinarnost ostvaruje čak i u područjima poput mentalnog zdravlja, koja su na biologiju ograničena manje od bilo kojeg drugog aspekta ljudskog zdravlja i, osim bioloških, uključuju i psihološke i društvene uzroke (usp. Lehtinen i sur., 2007:127). Specifično, iako je Služba interdisciplinarna, discipline koje zastupa i kontekst u kojem djeluje visoko su usmjerene na biološke i individualne determinante mentalnog zdravlja. Ta se usmjerenost manifestirala na dva meni uočljiva načina. Prvo, vrlo je mali broj kazivača koji su u okviru naših razgovora bili dublje zainteresirani za političke, pravne i druge institucionalne okvire koji oblikuju prostor njihovog rada, dok je većina njih bila deklarirano nezainteresirana i, najčešće, orijentirana na svoje korisnike na individualnoj razini. Drugo, gotovo su svi kazivači moj interes za javnozdravstvene politike mentalnog zdravlja smatrali neobičnim i u većini sam slučajeva osjećala određenu razinu otpora prema kvalitativnom istraživanju i, posebno, polustrukturiranom intervjuu kao relevantnoj istraživačkoj metodi. Taj bi se otpor najčešće smanjivao što smo duže razgovarali pa smatram da je velikim dijelom bio uvjetovan nepoznavanjem metodologije i činjenicom da se slična istraživanja u istim ili usporedivim okruženjima jednostavno ne provode. Zbog svega je navedenog opseg ovog rada morao biti dovoljno širok da obuhvati prostor od stvaranja politika mentalnog zdravlja do provedbe dijela njihovog izvanbolničkog aspekta na području Zagreba, dok istovremeno nikako nije mogao jednako detaljno pristupiti svakom aspektu tog prostora. Potrebno je provesti još istraživanja, od kojih bi samo ona etnografska trebala obuhvatiti iskustva donositelja odluka, djelatnika javnozdravstvenih ustanova, stručnjaka za mentalno

zdravlje u drugim županijskim Zavodima za javno zdravstvo, kao i u općim i specijalnim bolnicama i domovima zdravlja. Neophodna su istraživanja iskustava osoba koje s mentalnim bolestima i poremećajima, kao i iskustava djelatnika udruga usmjerenih na mentalno zdravlje, a koja bi predstavljala temelj za formiranje politika mentalnog zdravlja koje uistinu mogu odgovoriti na potrebe korisnika.

Jedna od premisa ovog rada je da su mentalni poremećaji i poteškoće jedan od vodećih javnozdravstvenih problema, što je u skladu s procjenama Svjetske zdravstvene organizacije na koje se pozivaju europske i hrvatske institucije. U tom smislu, propitivanje modela i učestalosti dijagnosticiranja navedenih poremećaja i moguće prekomjerne medikalizacije pitanja mentalnog zdravlja (usp. Bracken, 2012:2) nalazi se izvan okvira ovog istraživanja, iako predstavlja izrazito važnu istraživačku temu. Osim toga, istraživanje je ograničeno na Službu za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti pri Nastavnom zavodu za javno zdravstvo "dr. Andrija Štampar" u Zagrebu, te kao takvo ne obuhvaća ostale službe ili odjele nadležne za djelatnosti vezane uz mentalno zdravlje i ovisnost pri Zavodima za javno zdravstvo u drugim dijelovima Hrvatske. Istraživanje ne uključuje ni iskustva djelatnika koji skrb za mentalno zdravlje provode u okvirima drugih javnih institucija, poput psihijatrijskih bolnica, kliničkih bolničkih odjela ili domova zdravlja, ali uključuje usporedbe rada u Službi i drugim javnim institucijama kao ključna iskustva kazivača koji su prije rada u Službi bili djelatnici tih institucija.

3. Metodologija

Osnovna metoda korištena u istraživanju je polustrukturirani intervju koji Kvale i Brinkmann (prema Potkonjak, 2014:72) opisuju kao intervju pomoću kojega istraživač s kazivačem razgovara o nizu tema kako bi zabilježio značenje predmeta tog razgovora iz pozicije kazivača. Štoviše, Bell (ibid.) ističe da je takav intervju usporediv s razgovorom, odnosno da ne podrazumijeva nužno razvijen set pitanja. Osim toga, Geertz (prema Potkonjak, 2014:85-86) postulira da korištenje etnografskih metoda poput polustrukturiranog intervjua omogućava istraživaču prikupljanje "gustih podataka", odnosno zahvaćanje šireg smisla onoga što je u istraživanju iskazano u odnosu na

jednostavno bilježenje, kao i interpretaciju iskazanoga. Drugim riječima, etnografski pristup omogućava istraživaču da zabilježi ne samo što, nego i kako je nešto izrečeno, i pritom interpretira značenje izrečenog u danom okruženju. Ovakav pristup smatram osobito važnim budući da je sadržaj ovog istraživanja vezan uz političke strukture, donošenje političkih odluka i rad u javnim institucijama, elemente uz koje se često vežu pojave poput korupcije, pritisaka različitih interesnih skupina i njima uvjetovanih ograničenja u radu, što predstavlja kontekst u kojem korištenje polustrukturiranog intervjua kao glavne istraživačke metode omogućava bliže propitivanje osjetljivih tema.

Od presudne važnosti za kontekstualizaciju stavova djelatnika Službe je i sama nacionalna politika mentalnog zdravlja. Budući da je razvoj te politike u Hrvatskoj gotovo u potpunosti neistražen, bilo ga je potrebno opisati. Rekonstrukcija je temeljena na analizi relevantnih dokumenata, uključujući strateške dokumente, zakone, saborske rasprave, dopise, projektnu dokumentaciju i objave na internetskim stranicama institucija uključenih u kreiranje politike mentalnog zdravlja.

Na sudjelovanje u istraživanju pristalo je ukupno četrnaest od devetnaest djelatnika Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti pri Nastavnom zavodu za javno zdravstvo "dr. Andrija Štampar". Dva intervjua nisu održana zbog bolovanja². Intervjuirani djelatnici razlikovali su se po zaposlenju, pa sam tako imala priliku intervjuirati pet psihijataru, četiri psihologinje, dvije socijalne radnice i jednu socijalnu pedagoginju. Djelatnici su imali između jedne i petnaest godina iskustva rada u Službi za mentalno zdravlje. Većina ih je, njih devetero, u Službu došlo nakon višegodišnjeg iskustva rada u bolnicama, uključujući psihijatrijske bolnice, jedna je osoba došla iz privatne prakse, jedna iz odjela za ljudske resurse, a jedna iz civilnog sektora. Od dvanaest intervjuiranih djelatnika dvojica su muškarci, obojica psihijatri. Svi su sudionici pristali na sudjelovanje u istraživanju uz uvjet anonimnosti. Iskustva kazivača nadopunjena su analizom literature koja uključuje znanstvene članke i druge publikacije, ali i relevantan zakonski okvir te

² Iz tog razloga rad ne sadrži iskustva medicinskih sestara, odnosno tehničara. Problematika pozicije medicinskih sestara i tehničara u liječenju, pa tako i liječenju mentalnih bolesti i poremećaja, važno je i sustavno zanemarivano pitanje koje je potrebno istraživački pokriti, ali zbog svoje specifičnosti nadilazi okvire ovog istraživanja.

strateške dokumente koji oblikuju javne politike vezane uz mentalno zdravlje i zdravstvenu skrb na svjetskoj, europskoj, nacionalnoj i lokalnoj razini.

Pregled dostupne literature vezane uz stavove provoditelja politika mentalnog zdravlja u Hrvatskoj ukazuje na gotovo potpuni izostanak korištenja kvalitativnih metoda u njihovom istraživanju. Primjeri istraživanja koja ih koriste ograničena su, koliko mi je poznato, na otvorena pitanja u online upitnicima (Novak i Petek 2015, Novak i Petek 2018) koja mogu predstavljati dobru polazišnu točku za daljnja istraživanja, ali ne mogu istraživaču omogućiti fleksibilnost u dinamici razgovora ni sudioniku dati priliku da objasni značenje svojih stavova. Navedeno ocrta potrebu za provedbom kvalitativnih istraživanja kojima bi se ispitala iskustva pružatelja skrbi za mentalno zdravlje i njihovi stavovi prema postojećim politikama koje uvjetuju njihov rad, dokumentirale njihove preporuke za unaprijeđenje politika mentalnog zdravlja i stekao uvid u interakcije između donositelja odluka i njihovih izvršitelja. Svrha ovog rada je ponuditi početnu točku za upravo takva istraživanja i doprinijeti pluralnosti disciplina i pozicija koje za interes imaju poboljšanje politika mentalnog zdravlja u Hrvatskoj. Sudionike sam intervjuirala kako bih dobila njihove odgovore na sljedeća pitanja: razlikuje li se rad u Službi za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti od rada u drugim institucijama ili pružateljima skrbi za mentalno zdravlje, koja je njihova motivacija za rad u Službi, smatraju li način na koji je Služba ustrojena primjerom dobre prakse i, ako smatraju, zašto se takav tip skrbi za mentalno zdravlje ne primjenjuje u širem opsegu, jesu li osobno zainteresirani za javne politike vezane uz mentalno zdravlje, koji je njihov stav o trenutnom obliku tih politika u Hrvatskoj, do koje mjere sudjeluju i žele li uopće sudjelovati u njihovom oblikovanju, što vide kao prepreke u postojećoj organizaciji skrbi za mentalno zdravlje, koje su njihove preporuke za eventualne promjene i što prepoznaju kao prepreke uvođenju tih promjena.

4. Izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti i poremećaja

4.1. Razvoj pristupa izvanbolničkog liječenja

U posljednjih je nekoliko desetljeća široko prepoznata potreba zamjenom modela liječenja mentalnih bolesti i poremećaja u psihijatrijskim bolnicama modelom u kojem dominira sveobuhvatno izvanbolničko liječenje. Štoviše, implementacija tog pristupa je više od 20 godina osnovna preporuka međunarodnih aktera poput Svjetske zdravstvene organizacije i Europske unije. Pritom suvremeni modeli skrbi za mentalno zdravlje i dalje podrazumijevaju postojanje bolničke skrbi za osobe kojima je ona potrebna, ali je takva skrb organizirana u okviru odjela u općim, umjesto specijalnim psihijatrijskim bolnicama (Long-term mental health care for people with severe mental disorders, 2011:1-2). Navedene su promjene motivirane nepovoljnim ishodima koncentriranja skrbi za mentalno zdravlje u sanatorijima i psihijatrijskim bolnicama koje je u industrijaliziranim zemljama uglavnom bilo dominantno od 19. do polovice 20. stoljeća. Hospitalizirani pacijenti, čiji se broj u tom razdoblju kontinuirano povećavao, bili su smješteni u institucije udaljene od svojih obitelji i zajednica, neovisno o njihovoj dijagnozi, a ishodi liječenja često nisu bili zadovoljavajući. Pojava boljih tretmana, izrazito visoki troškovi održavanja sanatorija i velikih bolnica, kao i razmatranje pitanja prava pacijenata i humanosti skrbi koja im je dostupna, u pedesetim su godinama 20. stoljeća u mnogim zemljama služili kao početne točke za uvođenje reformi u sustave skrbi za mentalno zdravlje i njihovo postepeno usmjeravanje prema izvanbolničkoj organizaciji skrbi i, naposljetku, organizaciji tretmana u zajednici (Ravelli, 2006:1-2).

Iako izvanbolničko liječenje prate određeni problemi, poput i dalje nedostatne podloge u vidu znanstvenih istraživanja postojećih modela skrbi i intervencija, ograničene dostupnosti skrbi, nedovoljnog ulaganja u razvoj usluga, poteškoća u integraciji izvanbolničkih modela s postojećim zdravstvenim sustavima i koordinacijom s drugim socijalnim uslugama i slično, danas prevladava stav da je potrebno težiti prema pružanju tretmana u zajednici (Drake, 2003; Long-term mental health care for people with severe mental disorders, 2011:1-2). Sam tretman u zajednici teško je definirati zbog velikog broja

različitih modela koji su u različitim zemljama nastali kao odgovor na specifične nacionalne, regionalne i lokalne potrebe. Ugrubo, tretman u zajednici oblik je izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje koji se temelji na principima pristupačnosti i prihvatljivosti korisnicima, kreiranja skrbi koja se temelji na iskustvima i ciljevima korisnika, osiguravanja široke lepeze usluga i resursa te kombiniranju znanstvenih spoznaja s pristupima orijentiranim na oporavak korisnika. Neke od dominantnih ideja u organizaciji skrbi u zajednici su osiguravanje prava osoba koje boluju od mentalnih bolesti i poremećaja istovjetnih pravima drugih, uključujući pravo na tretman koji ograničava njihove slobode u najmanjoj mogućoj mjeri i pravo na donošenje samostalnih odluka, stav da je i teške mentalne bolesti u velikoj mjeri moguće liječiti u izvanbolničkom okruženju, važnost uključivanja obiteljske, socijalne i lokalne zajednice u liječenje, važnost podrške drugih osoba koje imaju iskustvo suočavanja s mentalnim bolestima i poremećajima, kao i potreba za premošćivanjem jaza između postojećih istraživanja i nedostataka u pružanju skrbi u praksi (Oxford Textbook of Community Mental Health, 2011:4-5). Većina je kazivača u ovom istraživanju kao osnovno obilježje tretmana u zajednici navela postojanje mobilnih interdisciplinarnih timova stručnjaka koji dolaze raditi s korisnicima, a ne obrnuto: “to spuštanje liječenja među zajednicu, a i izvan bolnica, bolničkih kreveta” (anonimni kazivač³ 2, 14, 11.2009.). U tom su pogledu kazivači Službu u kojoj rade svrstali u izvanbolnički sustav skrbi, ali ne nužno i vid tretmana u zajednici, budući da Služba ne podrazumijeva pružanje usluga u, na primjer, domovima korisnika.

Izvanbolnička skrb za mentalno zdravlje se na području Europe razvija već više od pedeset godina. U tom su smislu značajne reforme provedene u Engleskoj i Walesu počevši s Bolničkim planom (Hospital Plan) iz 1962. koji je predviđao zatvaranje polovice psihijatrijskih bolnica do 1975. godine, te dokumentom o bolničkoj skrbi za mentalno bolesne iz 1971. godine (Hospital Services for the Mentally Ill) prema kojemu je predviđeno zatvaranje svih psihijatrijskih bolnica. Tim je dokumentom predviđeno i nadomještanje ukinutih kapaciteta, i to kroz organizaciju liječenja u općim bolnicama praćenu sustavom socijalne skrbi i skrbi za mentalno zdravlje integrirane u primarnu zdravstvenu zaštitu. U narednim su se godinama povećavala državna ulaganja u modele

³ U daljnjem tekstu a.k.

skrbi u zajednici, što uključuje financiranje mobilnih timova koji korisnicima pružaju skrb u njihovim domovima. Nešto kasnije, 1978. godine, značajne su reforme provedene i u Italiji. Temeljem Zakona 180 propisano je postepeno zatvaranje psihijatrijskih bolnica uz paralelno uspostavljanje centara za mentalno zdravlje u zajednici s ciljem osiguravanja regionalne dostupnosti. Zakon je predvidio i postojanje potrebe za bolničkom skrbi za manji dio populacije koja se susreće s mentalnim bolestima, ali je tu skrb osigurana u okviru općih bolnica, uz ograničeno trajanje i tjednu reevaluaciju potrebe za hospitalizacijom. U kontekstu reforme u Italiji primjer Trsta navodi se kao primjer dobre prakse, budući da se radi o sustavu koji uključuje manji broj kreveta u općim bolnicama i lokalnim centrima za mentalno zdravlje, ali i stambene objekte za korisnike programa i širok spektar specifičnih programa za rehabilitaciju modeliranih prema regionalnim potrebama (Long-term mental health care for people with severe mental disorders, 2011:5-6). Jedan je od kazivača u ovom istraživanju imao priliku posjetiti sustav skrbi u Trstu i usporediti ga s hrvatskim sustavom, ističući da se radi o za njega fascinantnom primjeru pružanja skrbi kod kojeg su centri za mentalno zdravlje dostupni na razini gradskih četvrti, “ali ne ovo ko zdravstvena ustanova, nego obiteljska kuća”, s nastojanjem da se moć pružatelja tretmana dekonstruira i da pružatelj tretmana i korisnik zajedno koriste prostor (a.k. 7, 18.11.2019.).

Usljedile su i promjene u drugim europskim zemljama, poput Španjolske i Francuske (Long-term mental health care for people with severe mental disorders, 2011:5-6). Budući da je Republika Hrvatska kao nova članica Europske unije bila korisnica Twinning projekta “Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s problemima mentalnog zdravlja” u okviru kojeg je ostvarena suradnja između relevantnih hrvatskih i nizozemskih institucija s ciljem unaprjeđenja ovdašnje kvalitete skrbi za mentalno zdravlje i jačanja izvanbolničkih kapaciteta⁴, u kontekstu ovog rada važan je primjer nizozemskog modela skrbi. Za razliku od ranije navedenih Engleske, Walesa, Italije i Španjolske, koje sve od reda obilježava znatno manji broj kreveta u psihijatrijskim bolnicama po glavi stanovnika od europskog prosjeka, nizozemski su bolnički kapaciteti,

⁴ Detaljnije opisano drugdje u ovom radu.

poput hrvatskih, iznad prosjeka Unije⁵. Međutim, za razliku od Hrvatske u kojoj je broj psihijatrijskih bolničkih kreveta posljednjih 20 godina gotovo konstantan, u Nizozemskoj se on u posljednjih 10 godina smanjio za više od 30 kreveta na 100 000 stanovnika (Eurostat, 2020). To je rezultat niza reformi od kojih su prve uvedene osamdesetih godina prošlog stoljeća. Uz mnoge izmjene, okosnica reformi bilo je otvaranje regionalnih instituta za mentalno zdravlje u koje su postepeno integrirane i psihijatrijske bolnice. Na taj je način nastalo 80 regionalnih centara koji nude sveobuhvatnu skrb za mentalno zdravlje, osiguravaju veću pristupačnost, regionalnu dostupnost i kontinuitet skrbi (Ravelli 2006:2-7).

Iako je u nizozemskom modelu još uvijek prisutan niz problema, poput nesrazmjera između kapaciteta postojećih centara, pogotovo u velikim gradovima, i neprestano rastućih populacijskih potreba za tretmanom (ibid.), model je značajno kompleksniji i razvijeniji od hrvatskog. Osim dostupnosti multidisciplinarno organizirane skrbi za znatno veći broj stanovnika, takva skrb postiže i bolje ishode. Jedna je od kazivačica koja je sudjelovala u Twinning projektu s nizozemskim Trimbos Institutom rekla je svjedočila “puno humanijoj skrbi i boljoj razini oporavka za pacijente” koji se postižu organizacijom mobilnih timova koji se sastoje od po deset članova, uključujući psihijatre, psihologe, socijalne radnike, medicinske sestre, radne terapeute i druge struke (a.k. 10, 19.11.2019.). Ista je kazivačica opisala sudjelovanje u posjetu Nizozemskoj kao iznimno vrijedno iskustvo: “ako nisi vidio ono što sam ja vidjela, za mene je to bilo emocionalno iskustvo, ja sam bila fascinirana, tužna, zašto mi to ne možemo tu implementirati, i fascinirana koju razinu oporavka imaju njihovi pacijenti”. Kao ključnu je razliku navela činjenicu da “to nije bolnica, to vam je bolnica pretvorena u dom za kronične pacijente, znači, to postaje socijalna ustanova, zdravstvena ustanova je prenamijenjena u socijalnu”, što za rezultat ima veću kvalitetu života za korisnika tretmana:

“Mi smo išli kod različitih, osoba koje imaju različite poremećaje - jedan bračni par, autistični spektar ima, jedan bračni par, oboje su, imaju

⁵ Prema podacima iz 2017. godine, u Italiji je zabilježen prosjek od 9,19, u Španjolskoj 36,05, u Ujedinjenom Kraljevstvu 38,45, u Nizozemskoj 90,72, a u Hrvatskoj 94,02 kreveta u psihijatrijskim bolnicama na 100 000 stanovnika. Prosjek Europske unije (28 članica) u 2017. godini iznosio je 68,82 kreveta na 100 000 stanovnika (Eurostat, 2020).

intelektualnu nesposobnost, mentalnu retardaciju - to kod nas je nespojivo sa samostalnim življenjem. Nespojivo, ovdje. To vam je tužno.” (ibid.)

Njeno iskustvo podcrtava važnost dostupnosti tretmana u zajednici za osobe koje se suočavaju s mentalnim bolestima, ali i kontrast između razvijenijih modela takve skrbi i onog tek mjestimično dostupnog u Hrvatskoj.

U Republici Hrvatskoj mentalni poremećaji su 2016. godine predstavljali četvrtu po redu skupinu prema procjeni opterećenja bolestima. U toj su skupini vodeći depresivni poremećaji s 25,9%, poremećaji uzrokovani alkoholom sa 17,1% i anksiozni poremećaji s 14,6% (Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj 2018:2). Zbog dugotrajnosti liječenja i tendencije da se osobe koje se susreću s mentalnim poremećajima hospitalizira, pa čak i kad se radi o osobama čiji se poremećaji standardno ne liječe u bolničkim uvjetima, mentalni poremećaji u Hrvatskoj čine oko četvrtine ukupnog broja dana provedenih u bolničkom liječenju i kontinuirano zauzimaju prvo mjesto po broju korištenih dana bolničkog liječenja (Štrkalj Ivezic i sur. 2010:2; Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj 2018:26). To su ujedno i razlozi zbog kojih se može pretpostaviti da trenutno dominantan model zdravstvene skrbi za osobe s mentalnim poremećajima i ovisnostima u Hrvatskoj predstavlja značajno financijsko opterećenje zdravstvenog sustava. Međutim, relevantne reforme, uključujući i jačanje kapaciteta za provedbu tretmana u zajednici, do danas su u najvećoj mjeri izostale. Na primjer, pišući o organizaciji zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, Štrkalj Ivezic i suradnici ističu da su preporuke za prelazak na model tretmana u zajednici poduprli hrvatski psihijatrijski krugovi koji od devedesetih godina 20. stoljeća rade na razvoju nacionalnog programa reforme organizacije zaštite mentalnog zdravlja. Međutim, sveobuhvatne promjene nisu uvedene, i to unatoč nominalnoj potpori najmanje tri ministra zdravstva (2010). Osim toga, izostala su i istraživanja razvoja hrvatske politike mentalnog zdravlja (Novak i Petek 2015:5), kao i istraživanja koja bi se bavila problematikom utjecaja različitih interesnih skupina na procese oblikovanja politike mentalnog zdravlja. Novak i Petek u tom smislu ističu kako je neophodno “podrobno intervjuiranje različitih značajnih aktera, državnih i nedržavnih” kako bi se stekao uvid u te procese, kao i da je metoda analize dostupnih dokumenata nedovoljna da bi se objasnili takvi utjecaji (2015:21).

4.2. Izvanbolničko liječenje u okviru Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti

I dok većina kazivača ne smatra da je skrb koju Služba u ovom trenutku pruža ekvivalentna tretmanu u zajednici, ipak ju smatraju najbližom relevantnim međunarodnim smjernicama za organizaciju skrbi za mentalno zdravlje u hrvatskom kontekstu:

“Ja moram sad reći jednu stvar koja je meni jako važna (...), u našoj službi se kroz sve ove godine zaista pokušalo napraviti najbolje što se može, slijedeći što milom, što silom, baš ove stvari, dakle, zajednica, itd. (...). K nama čovjek može doći, nazvati i reći "Halo, osjećam se loše, mogu li doći malo na razgovor?", može doći, obaviti tretman, obaviti sve što može i dobiti pravovremenu pomoć onda kad ju on treba, kako ju treba, kroz vrijeme koje mu treba, bez nekakvih spektakularnih odlazaka negdje, bez uputnica, bez, ne znam, lijepljenja etikete na nešto. Ja mislim da je to puno. Ja mislim da to strašno puno znači ako može mama, kao što je jučer, doći i reći: "Ja imam klinca koji ide u šesti razred osnovne škole i skužila sam da se reže, šta da radim?" - "Dođite k nama.". K nama, prije nego što odete u Kukuljevićevu i dijete stavite u bolnički sustav ili ne znam što." (a.k. 12, 5.12.2019.)

Svi su kazivači svoje iskustvo rada u Službi opisali kao iznimno pozitivno i vrijedno, za korisnike i osobno, ističući pritom elemente pristupa skrbi u zajednici kao temelj tog iskustva: “fakat je ovo super sustav, besplatno je, trebate samo naći nekog tko je na raspolaganju, ljudi koji rade tu su baš dobri stručnjaci u tom svemu” (a.k. 3, 14.11.2019.), “ovo je zapravo, realno i objektivno, apsolutno najbolji posao u području mentalnog zdravlja u Hrvatskoj” (a.k. 7, 18.11.2019.). Budući da su svi sudionici istraživanja na svoja trenutna radna mjesta došli iz drugih javnih ili privatnih ustanova, a najveći broj njih iz općih ili specijalnih psihijatrijskih bolnica, svoj su rad u Službi mogli usporediti s drugim modelima pružanja skrbi. Isticali su kako na svom sadašnjem radnom mjestu “u biti više vremena mogu posvetiti klijentima” (a.k. 1, 14.11.2019.), “ovdje se dobije dovoljno vremena za pacijenta” (a.k. 9, 19.11.2019.), imaju veću slobodu: “koliko ću imati taj dan

terapija, koje vrste terapija, koje vrste intervencija, dok u nekom drugom sustavu to baš i niste sposobni u potpunosti sami strukturirati” (a.k. 1, 14.11.2019.), “to je čak i jedna ljepota, da ti možeš bit kreativan i da možeš individualno pristupat pacijentu” (a.k. 10, 19.11.2019.), “prednost je da ja stvarno na sat vremena naručim osobu, ja fakat s njima mogu raditi, dok će ustanove koje naplaćuju po uputnici će očekivati od psihijataru da dva-tri puta više ljudi stavi” (a.k. 7, 18.11.2019.), “imamo i slobodu neku da stvarno procijenimo, nekom pacijentu je stvarno pola sata ono, uvrh glave, nekome je potrebno sat vremena, nekome je potrebno sat i pol” (a.k. 9, 19.11.2019.). Isticali su i da je za njih važno zadovoljstvo koje dobivaju kroz svoj rad: “za mene je gratifikacija (...) ako nisam toliko preopterećena da imam 30 pacijenata koliko sam imala u bolnici, da mogu odgovorit na mail, da mogu suportirat, da mogu dovest priču do kraja” (a.k. 2, 14.11.2019.), kao i osjećaj da zbog provođenja ranih intervencija mogu puno postići: “obzirom na to što smo u mogućnosti pružiti, na koji način, smo efikasni, rekla bih inovativni” (a.k. 1, 14.11.2019.), “na ovakvoj razini zbrinjavati mentalne poremećaje znači brzo radit i imat dobre rezultate (...), jedna pozitivna perspektiva ovog radnog mjesta, ti nisi na kraju nečega nego si na početku” (a.k. 10, 19.11.2019.), “to je zašto sam otišla isto iz bolnice - ja ovdje imam drukčiju gratifikaciju mog rada (...), ako se mi nakon četiri godine stabiliziramo, ako ta osoba završi fakultet, zaposli se, ljudi upišu doktorate” (a.k. 2, 14.11.2019.). Dakle, svi kazivači smatrali su kako kroz svoj rad u Službi mogu u većoj mjeri unaprijediti kvalitetu života svojih korisnika nego što bi im to bilo moguće kroz druge oblike skrbi dostupne u Hrvatskoj.

Nekoliko je kazivača kao jednu od najvažnijih razlika između rada u drugim institucijama i rada u Službi istaknulo samo ustrojstvo Službe, odnosno činjenicu da su svi djelatnici razvrstani u interdisciplinarne timove, što im omogućuje da svakom korisniku pruže skrb bližu njegovim potrebama: “ovdje u javnom zdravstvu imam neku širinu, širok spektar kolega (...), imaš cijeli lanac neki, koji možeš uvijek potražiti savjet, konzultirat se, što mislim da je silno vrijedno” (a.k. 9, 19.11.2019.), “zato imamo takve timove kakve imamo, i mislim da smo dobro ekipirani, imamo psihologa koji radi svoju obradu, psihijatra koji radi svoju, defektologa svoju, socijalnog radnika, pokušavamo pokrit mentalno zdravlje na najbolji mogući način” (a.k. 12, 5.12.2019.).

Govorili su i o važnosti izvanbolničke organizacije skrbi za smanjivanje stigmatizacije osoba s mentalnim bolestima i uklanjanje prepreka pri traženju pomoći: “bolničke ustanove koje se bave mentalnim problemima su poprilično stigmatizirane, zamislite jednog studenta koji je došao iz manje sredine ovdje (...), sigurna sam da taj student ne bi otišao niti na Jankomir ni u Vrapče” (a.k. 10, 19.11.2019.), “anti-stigma pristup i što nismo velika institucija, ludnica, e, to je puno jednostavnije (...), sam dolazak mu ima drugu perspektivu” (ibid.), “ti ljudi nikad neće otići u Jankomir i Vrapče tražit pomoć, neće, zbog stigme neće otići, a pomoć im treba, i gledano, ako ju pružiš, osobito za mlade ljude, si napravio posao” (a.k. 2, 14.11.2019.), “jako puno ljudi, kad dođu u ovaj prostor, začude se i kažu: “Pa ovo stvarno ne izgleda ko nekakva zdravstvena ustanova”, i tako, mislim da je to važno, pogotovo kod ove mlađe populacije” (a.k. 8, 19.11.2019.). Ta su iskustva podcrtala važnost razumijevanja stigme vezane uz liječenje od mentalnih poremećaja kao jedne od glavnih prepreka oporavku. Neki su mi kazivači skrenuli pozornost na to da je jedan od važnih elemenata izvanbolničke organizacije skrbi njen utjecaj na uspostavljanje suradnje s korisnikom, a ne stručnog autoriteta: “mislim da bi bilo bolje ljudima doć u ovak nekakav *setting* koji nije bolnica, što se tiče mentalnog zdravlja, ovo znaš, ideš doktoru, neke kute moraju bit (...) al ovo... treba ti samo soba, mir, tišina” (a.k. 5, 15.11.2019.) i izbjegavanje stvaranja hijerarhije moći između korisnika i pružatelja skrbi:

“Uopće me ne smeta da me netko smatra poludebilom zato što sam s pacijentima na ti ili zato što ja s njima zapravo razvijam odnose koji su malo drukčiji od onoga kako su oni navikli da se dogodi u ostatku kliničke medicine. To naprosto nije takav posao. Zato ja jesam u civilki, zato čak mi je smetnja to, zato ovaj namještaj tako izgleda, to je poruka te priče (...), on je potpuno neobavezan, malen, ja sam ga zato birao takvog, da ne izgleda kao stol između mene i nekoga i da dominira zapravo ta neka pisarska priča. Dovoljno je papira i svega, ali ovo je zapravo vrlo mala soba, u biti, ali nekako... po prilici sam nastojao da barem malo to izgleda više na prostor gdje ljudi razgovaraju nego na prostor gdje si došao da se nešto piše.” (a.k. 7, 18.11.2019.).

Odnos između korisnika i pružatelja usluga nije jedini odnos koji obilježava hijerarhijsko pitanje. Gotovo svi sudionici koji nisu psihijatri, kao i neki od psihijatara, istaknuli su da postojeća hijerarhija djelatnosti u području mentalnog zdravlja psihijatre pozicionira kao najvažniju struku, čak i u interdisciplinarno zamišljenoj Službi: “pitanje je ovdje zašto je nama psihijatar nositelj tima, evo, između ostalog, ako je to javnozdravstvena ustanova, to komotno može biti bilo koji neliječnik” (a.k. 3, 14.11.2019.), “doktor je voditelj tima, on ti je, kao, šef, njemu šalješ jel ideš na godišnji, na bolovanje, znači on ti je nužno nadređen, dakle, tu je već hijerarhija, odnosno odnos moći prisutan” (a.k. 5, 15.11.2019.). Više je kazivača koji nisu liječnici istaknulo da smatraju da je liječnicima općenito, ali i u okviru Službe, lakše dobiti sredstva za edukacije, pa da i u tom smislu “psihijatri imaju neku prednost ovdje, u javnom zdravstvenom uopće sustavu” (a.k. 9, 19.11.2019.). Štoviše, ustrojstvo interdisciplinarnih timova same Službe za voditelje timova postavlja isključivo psihijatre, koji su zbog toga jedini zaduženi za inicijalnu evaluaciju svakog korisnika, iako djelatnici koji nisu psihijatri smatraju da to nije potrebno: “osobno dobro znam procijenit između, dal postoji neka patologija zbog koje bi klijent trebao dobiti lijek, pa ću ga, normalno, poslat psihijatru da taj dio vidi” (a.k. 3, 14.11.2019.). Više je kazivača spominjalo i pitanje dominantne medicinske paradigme u pristupu suočavanja s mentalnim bolestima i poremećajima:

“Ono što ja mislim da bi trebalo isto mijenjat je pitanje kada će se to mijenjati... jedan isključivo medicinski pristup problemu mentalnog zdravlja i ovisnosti koji još uvijek kod nas prevladava (...). Kod nas je koncipirano tako da je jedan psihijatar i jedan nezdravstveni djelatnik i medicinske sestre ili tehničar, što znači da smo daleko od toga i da još uvijek probleme te shvaćamo isključivo iz medicinske, medicinskog aspekta. To je recimo nešto što ja mislim da bi se trebalo mijenjati.” (a.k. 11, 20.11.2019.).

Takva su opažanja u skladu s paradigmatском razlikom između biopsihosocijalnog pristupa mentalnim bolestima, koji uporište ima u neurologiji, i nebiološkog, psihosocijalnog pristupa koji je karakterističan za modele tretmana u zajednici (Drake, 2003:2). Međutim, budući da Hrvatska spada u zemlje u kojima je model psihijatrijskog liječenja mentalnih bolesti i dalje dominantan, dok je interdisciplinarnost

rijetka (Winkler i sur. 2017) i relativno nova pojava, izvjesno je da je i u izvanbolničkom liječenju značaj nemedicinskih struka još uvijek podcijenjen, odnosno, da prevladava biopsihosocijalna paradigma u liječenju. Kazivanja prikupljena u okviru ovog istraživanja dodatno naglašavaju širinu i važnost tog problema. Ipak, jedna je od kazivačica, koja nije psihijatrica, rekla kako je “ovdje jedna možda i specifična atmosfera u odnosu koliko čujem od drugih kolega u ostalim javnozdravstvenim i općenito zdravstvenim okružjima” (a.k. 9, 19.11.2019.) i dodala da je u usporedbi “nekad stvarno teško uspostaviti suradnju između različitih, znači, mi sa psihijatrima i tako” (ibid.).

Neki kazivači smatraju kako je postojeći kapacitet Službe u ovom trenutku dovoljan da bi odgovorio na potrebe građana: “za sad možemo to sve hendlat” (a.k. 5, 15.11.2019.), uz napomenu da su Službi nepunih godinu dana prije održavanja intervjua pridodana još tri interdisciplinarna tima: “pa s ovim što smo dobili još tri tima definitivno možemo” (a.k. 1, 14.11.2019.). Međutim, broj korisnika je u kontinuiranom porastu, pa je za pružanje usluga sve većem broju korisnika potrebno stalno povećavati kapacitete: “obično kad se doda neki novi tim onda se čini da odgovara potrebama, međutim, sudeći po broju ljudi koje dobivamo svakodnevno, mislim da nam tim ili dva ne bi škodili” (a.k. 12, 5.12.2019.), “sad već radimo liste čekanja, prije je bilo: “Primi svakog pošto-poto”, sad se vidi da to ne možeš” (a.k. 5, 15.11.2019.). Nekoliko kazivača spomenulo je i da njihov posao ne uključuje samo izravan rad s korisnicima, “nego istovremeno trebamo raditi na preventivnim aktivnostima” (a.k. 11, 20.11.2019.). Za neke je kazivače opterećenje u trenutku u kojem smo razgovarali, bez obzira na nedavno proširenje Službe, predstavljalo izrazito negativan utjecaj na rad:

“Ova Služba je zaista različita jer tu postoji stanovita borba da se zbilja posao za koji smo namijenjeni radi. Međutim, presija je jako velika i mene je dovela do ruba da više ne mogu pružiti usluge koje bi trebao onom broju ljudi koji dođu, jer naprosto mi vlastiti pacijenti dovode još i još, tako da mi svaki dovede dva-tri, ja sam gotov, ja naprosto više... s velikom teškoćom mogu isplanirati skrb.” (a.k. 7, 18.11.2019.)

Rastući broj korisnika ne upućuje samo na prisutnost populacijske potrebe za izvanbolničkim sustavom adresiranja problema mentalnog zdravlja, nego implicira i da je

iskustvo korisnika Službe iznimno pozitivno. Prema dostupnim podacima, broj korisnika Službe porastao je za nešto više od 18% u 2018. (Zdravstveno-statistički ljetopis Grada Zagreba za 2018. godinu, 2019:238), odnosno nešto više od 20% u 2019. godini u odnosu na prethodnu (Zdravstveno-statistički ljetopis Grada Zagreba za 2019. godinu, 2020:216). Prema iskustvima djelatnika, do povećanja korisnika nije došlo zbog kampanje podizanja vidljivosti, nego uglavnom zbog iskustva korisnika koji Službu preporučuju drugima, pa je tako jedna od kazivačica ustvrdila da je mehanizam kojim građani saznaju za rad Službe "čista usmena predaja (a.k. 2, 14.11.2019.).

Iskustva svih kazivača o radu u Službi kao mjestu pružanja izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje, usporedbe rada u Službi s radom u drugim tipovima institucija, kao i činjenica da su naši razgovori snažno upućivali na to da su i korisnici programa zadovoljni takvim oblikom skrbi, potvrđuju tezu da je izvanbolnička organizacija liječenja mentalnih bolesti i poremećaja učinkovita, pristupačna i potrebna, kao i to da su problemi koji se uz nju pojavljuju uglavnom provedbene prirode⁶. Poglavlja koja slijede usmjerena su na pozicioniranje izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje u suvremenim hrvatskim politikama mentalnog zdravlja, kao i silama koje tu poziciju uvjetuju.

5. Politike izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje u Hrvatskoj

5.1. Arhitektura nacionalne politike izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje

Analiza dostupne literature u okviru ovog istraživanja potvrđuje stanje koje su opisale autorice Novak i Petek (2015:5), odnosno potpuni nedostatak istraživanja razvoja

⁶ Značajan problem koji se ne može nazvati provedbenim, nego paradigmatiskim, onaj je dominacije medicinske struke u pitanjima mentalnog zdravlja. Problem su istaknuli gotovo svi kazivači, od kojih većina nisu bili liječnici, a zbog svoje kompleksnosti predstavlja važno i široko područje za buduća istraživanja.

politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, osim u okviru navedenog članka. Sličan zaključak donosi i Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja (2010:18, 2010:23) koja navodi da su “projekti usmjereni na napredak i evaluaciju sustava zaštite mentalnog zdravlja posebno rijetki”. Zbog toga sam se u rekonstruiranju tog razvoja, a posebno u vremenskom periodu nakon onog obuhvaćenog člankom, oslanjala na relevantne dokumente i osvrte prikupljene u intervjuima sa zaposlenicima Službe. Osim nepostojanja istraživanja koja bi pratila, analizirala i ocijenila razvoj politike mentalnog zdravlja, primjetila sam i nedostatak drugih publikacija koje bi opisale razvoj pojedinih institucija uključenih u pružanje skrbi za mentalno zdravlje. Budući da je fokus ovog rada Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti pri Nastavnom zavodu za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar” kao pružatelj izvanbolničke zaštite mentalnog zdravlja u Zagrebu, analizirala sam postojeće politike i zakone u tom okviru. U tom su pogledu ključni Zakoni o zdravstvenoj zaštiti iz 2003., 2008. i 2018. godine, Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine, Nacionalna strategija razvoja zdravstva od 2012. do 2020. godine i Twinning projekt “Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja” između Republike Hrvatske i Kraljevine Nizozemske koji je započeo 2015., a zaključen 2017. godine.

5.2. Analiza zakonskog okvira

U posljednjih dvadeset godina važno je istaknuti nekoliko promjena u načinu na koji je organizacija skrbi za mentalno zdravlje na razini županijskih Zavoda za javno zdravstvo, jedan od kojih je i Nastavni zavod za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar”, uređena zakonom.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine propisano je osnivanje Hrvatskog zavoda za mentalno zdravlje (čl. 105., 106.) unutar tri mjeseca od dana stupanja zakona na snagu (čl. 210, NN, 121/2003.). Međutim, kako pišu Novak i Petek (usp. 2015:5), to tijelo, koje je trebalo biti nositelj razvoja strategije zaštite mentalnog zdravlja na nacionalnoj razini, nikada nije zaživjelo. Isti zakon zaštitu mentalnog zdravlja smješta u domenu primarne zdravstvene zaštite (čl. 25) i obvezuje Domete zdravlja na organizaciju

zaštite mentalnog zdravlja (čl. 69, NN, 121/2003.). Idući Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine zaštitu mentalnog zdravlja izmješta iz Domova zdravlja (čl. 78) i propisuje obvezom Zavoda za javno zdravstvo područne (regionalne) samouprave, gdje konkretna djelatnost Zavoda u okviru zaštite mentalnog zdravlja nije dalje elaborirana (čl. 101, NN, 150/2008.). Ipak, navedeni članak predstavlja pravnu osnovu temeljem koje je organizirana zaštita mentalnog zdravlja pri Zavodima za javno zdravstvo, uključujući i Službu kao organizacijsku jedinicu unutar Nastavnog zavoda za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar” koja objedinjuje djelatnosti vezane za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju ovisnosti. Tek dvije godine kasnije je Hrvatski zavod za mentalno zdravlje, institucija predviđena zakonom iz 2003. godine za koju se čini da nikada nije počela provoditi propisanu djelatnost, pripojen Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo temeljem Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz lipnja 2010. godine (usp. Novak i Petek, 2015:5).

Zakonske promjene koje su uslijedile i način na koji su donesene detaljno sam opisala kako bih prikazala tu dosad neopisanu etapu u razvoju hrvatskih politika vezanih uz organizaciju izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti. Ministarstvo zdravstva je u travnju 2018. godine objavilo Nacrt prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Nacrt prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Prijedlog iskaza o procjeni učinaka propisa, 2018) temeljem kojeg je, nakon predstavljanja Prijedloga zakona o zdravstvenoj zaštiti u lipnju 2018. godine, Vlada Republike Hrvatske u listopadu 2018. godine zastupnicima u Hrvatskom saboru te predsjednicima radnih tijela uputila Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se “usklađuje zakonodavstvo Republike Hrvatske sa zakonodavstvom Europske Unije”. U kontekstu ovog istraživanja od najvećeg je značaja članak 134., stavak 3., podstavak 9. navedenih prijedloga, odnosno članak 131., stavak 3., podstavak 9. Nacrta, koji navodi da Zavod za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba:

“provodi zaštitu mentalnog zdravlja, izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti i poremećaja uključujući ovisnosti, što obuhvaća prevenciju, rano otkrivanje, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju mentalnih

bolesti i poremećaja uključujući ovisnosti kao i mjere očuvanja mentalnog zdravlja u zajednici” (Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, 2018)

Iz tog je podstavka vidljivo da su svi navedeni dokumenti eksplicitno predvidjeli organizaciju izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja u okviru djelovanja županijskih Zavoda za javno zdravstvo. Formalizacija takvog pristupa pružanju skrbi za mentalno zdravlje, iako ne odgovara u potpunosti smjernicama za organizaciju tretmana u zajednici, predstavljala bi važan iskorak prema proširenju usluga izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja u skladu s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i Akcijskog plana za Europu (The European Mental Health Action Plan 2013-2020, 2015:7-8), kao i domaćih stručnjaka (Štrkalj Ivezić i sur., 2010:1-3).

Međutim, Zakon o zdravstvenoj zaštiti kojeg je Hrvatski sabor donio na sjednici 31. listopada sadrži drugačiju formulaciju istaknutog podstavka. Navedeni zakon, na snazi u trenutku pisanja ovog rada, sadrži 281 zakonski članak. Na Konačni prijedlog zakona su prije usvajanja podnesena sedamdeset i tri amandmana (Pregled amandmana, 2018), a prihvaćeno ih je pet (Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugo čitanje, 2018), među kojima je bio i amandman na članak 134., stavak 3., podstavak 9., nakon kojeg podstavak navodi da Zavod za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba:

“provodi zaštitu mentalnog zdravlja i izvanbolničko liječenje ovisnosti, što obuhvaća prevenciju i rano otkrivanje svih psihičkih poremećaja, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju svih oblika ovisnosti, kao i mjere očuvanja mentalnog zdravlja u zajednici” (čl. 134, NN, 100/2018)

Drugim riječima, podstavak je preformuliran tako da u ingerenciju županijskih Zavoda za javno zdravstvo smješta izvanbolničko liječenje ovisnosti, ali ne i mentalnih bolesti i poremećaja. U dopisu koji je Predsjednik kluba zastupnika Hrvatske demokratske zajednice i predlagatelj amandmana Branko Bačić uputio Predsjedniku Hrvatskog sabora Goranu Jandrokoviću sadržano je i obrazloženje navedenog amandmana:

“Zavodi za javno zdravstvo bi se, prije svega, trebali baviti prevencijom i ranom detekcijom psihičkih poremećaja, a koji su prema suvremenim

medicinskim paradigmama osnova svih programa unaprijeđenja zdravlja (...). Javno zdravstvo bavi se znanjima o prevenciji bolesti, promicanju zdravlja te organizaciji zdravstvenog sustava, posve je jasno kako je riječ o vrlo složenom i obimnom poslu, pa se ne čini razumnim tom poslu pridodavati i posao liječenja i rehabilitacije koje se provodi u ustanovama sekundarne i tercijarne prevencije” (Amandmani na Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugo čitanje, P.Z.E. br. 379, 2018)

Ovo obrazloženje sadrži nekoliko logičkih i sadržajnih propusta. Prije svega, ono pretpostavlja da je radno opterećenje Zavoda za javno zdravstvo i, implicitno, njihovih organizacijskih jedinica zaduženih za pitanja mentalnog zdravlja i ovisnosti, zbog kompleksnosti bavljenja “znanjima o prevenciji bolesti, promicanju zdravlja te organizaciji zdravstvenog sustava” preveliko da bi mu se pridodalo i izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti. Međutim, nužnost institucionalnog razdvajanja poslova liječenja od onih javnozdravstvene prirode nije prepoznata kad su u pitanju ovisnosti, za koje su Zavodi za javno zdravstvo i dalje organizatori izvanbolničkog liječenja. Iz te činjenice proizlazi da ipak postoje poslovi liječenja koje, čak i prema predlagatelju amandmana, trebaju nastaviti obavljati Zavodi za javno zdravstvo.

Nadalje, dok predlagatelj prepoznaje da su prevencija i rana detekcija psihičkih poremećaja važan element suvremenih modela zdravstvene zaštite, u potpunosti izostaje razumijevanje suvremenih pristupa liječenju psihičkih bolesti i poremećaja. Naime, navod da se “posao liječenja i rehabilitacije (...) provodi u ustanovama sekundarne i tercijarne prevencije⁷” problematičan je iz nekoliko razloga. Prvo, takva formulacija u potpunosti je oprečna suvremenim smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije za organizaciju skrbi za mentalno zdravlje koje jasno artikuliraju da je skrb za mentalno zdravlje nužno u što većoj mjeri organizirati u okviru primarne zdravstvene zaštite, izvanbolničkog liječenja i tretmana u zajednici, uz neizostavno smanjenje broja bolničkih kreveta, broja

⁷ Budući da Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne poznaje “ustanove sekundarne i tercijarne prevencije”, niti sam iste uspjela pronaći definirane u literaturi, pretpostavljam da se termin zapravo odnosi na zdravstvene ustanove na sekundarnoj i tercijarnoj razini djelatnosti, odnosno, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN, 100/2018), na poliklinike, opće bolnice, specijalne bolnice, lječilišta, te klinike, kliničke bolnice i kliničke bolničke centre, zbog čega sam u daljnjem tekstu izjednačila ustanove sekundarne i tercijarne prevencije sa zdravstvenim ustanovama na sekundarnoj i tercijarnoj razini djelatnosti.

hospitalizacija i trajanja hospitalizacija (The European Mental Health Action Plan 2013-2020, 2015:7-8)⁸. Drugo, obrazloženje izjednačava skrb o mentalnom zdravlju dostupnu kroz program Službe⁹ s poslom “liječenja i rehabilitacije koje se provodi u ustanovama sekundarne i tercijarne prevencije”, iako se ne radi o istovjetnim oblicima skrbi. Za početak, skrb organizirana u Službi po definiciji je izvanbolnička, što je iznimno važno u kontekstu visoko stigmatiziranih mentalnih bolesti i poremećaja. To dokazuju i iskustva kazivača koji se s problemom stigmatizacije sureću u radu s korisnicima Službe:

“I oni su imali viziju da mi sve pregledavamo, al da ih šaljemo dalje, a di ćemo ih slat? U Vrapče? Ali neće u Vrapče. Meni kaže student od 22 godine: “Ali doktorice, ja vam ne bi išao u Vrapče, ja mislim da nisam za Vrapče, da sam ja htio u Vrapče, ja ne bi došao kod vas”. Šta ćemo sad?” (a.k. 10, 19. studenog 2019.)

Nadalje, organizirana je multidisciplinarno, što predstavlja pristup koji još nije uvriježen u drugim zdravstvenim institucijama. Drugim riječima, za razliku od formulacije sadržane u Nacrtu zakona, Prijedlogu zakona i, naposljetku, Konačnom prijedlogu zakona o zdravstvenoj zaštiti kakav je došao pred Hrvatski sabor, usvojeni Zakon o zdravstvenoj zaštiti predstavlja korak unatrag u postojanju i procesu približavanja organizacije izvanbolničkog liječenja mentalnih poremećaja u Hrvatskoj suvremenim međunarodnim standardima. Uvid u relevantan dio Saborske rasprave tijekom prvog čitanja prijedloga Zakona, koji se sastoji od jednog komentara, podcrtava takvo stanje:

“Međutim, kao što ste više puta spominjali nije dobro da se svaštari. Zavodi za javno zdravstvo imaju prvenstveno ulogu zdravstvenog prosvjećivanja, prevencije bolesti, promicanja zdravlja i u tom kontekstu treba promisliti o ovome dijelu vezanom za županijske Zavode za javno zdravstvo gdje se faktički navodi da oni mogu liječiti sve psihičke poremećaje. Mislim da to

⁸ Detaljnije objašnjeno drugdje u ovom radu.

⁹ Iako se 134. članak Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN, 100/2018) odnosi na sve županijske Zavode za javno zdravstvo, pregled skrbi za mentalno zdravlje koji iznosim ograničen je na skrb organiziranu u okviru Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti pri Nastavnom zavodu za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar” koji djeluje na području Grada Zagreba obzirom na temu istraživanja, kao i činjenicu da podaci o zaposlenicima ekvivalentnih organizacijskih jedinica u ostalim Zavodima za javno zdravstvo nisu javno dostupni u mjeri u kojoj bi omogućili procjenu organizacije skrbi za mentalno zdravlje u tim institucijama.

treba biti ograničeno dakle na prevenciju mentalnoga zdravlja i isključivo izvanbolničko liječenje ovisnosti. Naime, zato što je to izvanbolničko liječenje ovisnosti sastavni dio preventivnog programa, što je to jedan hrvatski model koji je u ovome trenutku vrlo učinkovit i efektivan tako da onda nema potrebe da se taj dio vadi iz sustava službi za mentalno zdravlje i prevenciju izvanbolničko liječenje ovisnosti. No, nema potrebe jer je to onda nelojalna konkurencija. Naime, poznato je da se unutar Zavoda za javno zdravstvo na drukčiji način oni financiraju i onda imate situaciju faktički da osoba koja ima nekakvu duševnu smetnju može doći u Zavod za javno zdravstvo bez uputnice, za razliku od psihijatrijskih ordinacija u okviru domova zdravlja ili u okviru polikliničkih službi bolnica.” (Ivan Ćelić, saborski zastupnik Hrvatske demokratske zajednice, Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, P.Z.E. br. 379, 2018)

Zastupnik Ćelić ovdje navodi izvanbolničko liječenje ovisnosti kao primjer uspješnog modela liječenja te da ono, kao takvo, treba ostati organizirano u okviru Zavoda za javno zdravstvo. Pritom se uopće ne dotiče eventualne uspješnosti ili neuspješnosti izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti te kao jedini konkretan prigovor tom modelu navodi proceduralne razlike u financiranju takvih programa. Prigovor pritom nije poduprt kvalitativnim pokazateljima, kvantitativnim pokazateljima ili bilo kakvom vrstom analize. U tom kontekstu ostaje u potpunosti nejasno zašto je izvanbolničko liječenje prikladan i, štoviše, uspješan model liječenja ovisnosti, ali ne i bolesti i poremećaja mentalnog zdravlja. Jedna od kazivačica ustvrdila je da je formulacija koja se nalazi u usvojenom Zakonu neobična jer, na kraju, “ovisnost spada u mentalno, zaštitu mentalnog zdravlja” (a.k. 11, 20. studenog 2019.).

Zanimljiv je i zastupnikov stav o javnom zdravstvenom sektoru kao mjestu potencijalne “nelojalne konkurencije”, gdje odabir riječi sugerira da se institucije na različitim razinama zdravstvene djelatnosti, u ovom slučaju u sferi mentalnog zdravlja, međusobno natječu za pacijente, umjesto da temeljem načela supsidijarnosti osiguravaju “pružanje zdravstvenih usluga na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće” (čl. 19., Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/2018).

Ovako obrazložen amandman i vezana saborska rasprava nedvosmisleno ocrtavaju namjeru da se korisnike liječenja u sferi mentalnog zdravlja pri Zavodima za javno zdravstvo preusmjeri u ustanove primarne, sekundarne i/ili tercijarne skrbi, iako nijedna od tih ustanova prema istom zakonu nema obavezu organizirati zaštitu mentalnog zdravlja (čl. 103., 112., 114., 117., 120., NN, 100/2018), iz čega proizlazi da ta ista zaštita nije nužno drugačije garantirana. Neposrednost tog problema artikulirala je jedna od kazivačica: “I onda je ispalo pitanje gdje ćemo uputiti 600 mladih ljudi iz 600 disfunkcionalnih obitelji grada Zagreba koji se tuku svaki dan. Kud ćemo s njima?” (a.k. 2, 14. studenog 2019.).

Ključno, preusmjeravanje pacijenata u psihijatrijske bolnice ili bolničke odjele doprinosi regionalnoj neuravnoteženosti u pogledu dostupnosti skrbi za mentalno zdravlje.

U Izvješću Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku o Konačnom prijedlogu zakona u okviru drugog čitanja navodi se:

“U raspravi mišljenja o zakonu bila su podijeljena. Pojedini članovi odbora pohvalili su razlike između rješenja ovog zakona u odnosu na rješenja iz prijedloga zakona (...). U tom smislu smatraju da su nužne izmjene članka 134. u odnosu na mentalno zdravlje i provođenje njegove zaštite i liječenja unutar Zavoda za javno zdravstvo te s tim u vezi i potrebe razgraničenja liječenja ovisnosti i psihičkih poremećaja na razini primarne zdravstvene zaštite i bolničkog sustava liječenja.” (Izvješće Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku o Konačnom prijedlogu zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugo čitanje, P.Z.E. br. 379)

Ni ovaj dio rasprave ne argumentira navodnu potrebu za razgraničenjem liječenja ovisnosti od liječenja psihičkih poremećaja. Pitanje zaštite mentalnog zdravlja spominje se još jednom u raspravi tijekom drugog čitanja prijedloga zakona:

“Što se tiče jačanja preventivne zdravstvene zaštite, ovim Zakonom se osnažuje Hrvatski zavod za javno zdravstvo kao nositelj, dakle nositelj državni zdravstveni zavod (...), ali ono što je osobito bitno, to je jačanje

Službe za mentalno zdravlje.” (Ivan Ćelić, saborski zastupnik Hrvatske demokratske zajednice, Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugo čitanje, P.Z.E. br. 379, 2018)

Usvajanju zakona prethodila je krajnje ograničena javna rasprava, što je prvenstveno rezultat samog procesa donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti zbog kojeg razinu interesa stručne javnosti za sporni članak nije moguće procijeniti. Za početak, prema podacima dostupnima na internetskim stranicama Ministarstva zdravstva (Savjetovanja u 2018. godini, 2018) održano je jedno internetsko savjetovanje o navedenoj temi, i to specifično o Nacrtu prijedloga zakona o zdravstvenoj zaštiti u okviru kojeg izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti i poremećaja opisano u 131. članku, kao i u članku 134. Prijedloga i Konačnog prijedloga zakona, spada u opseg poslova koje trebaju obavljati županijski Zavodi za javno zdravstvo. Na takvu formulaciju nije bilo primjedbi. Štoviše, udruga Roda - Roditelji u akciji, Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije i Udruga pravnika u zdravstvu, jedine stranke koje su se u e-Savjetovanju eksplicitno referirale na 9. podstavak tog članka, ne sugeriraju da su u tom segmentu potrebne bilo kakve izmjene (Savjetovanje o Nacrtu prijedloga zakona o zdravstvenoj zaštiti i Prijedlogu iskaza o procjeni učinaka propisa, 2018). Javne rasprave o Prijedlogu zakona o zdravstvenoj zaštiti i Konačnom prijedlogu zakona o zdravstvenoj zaštiti nije bilo, niti je iste moralo biti. Naime, Kodeks savjetovanja sa zainteresiranom javnošću u postupcima donošenja zakona, drugih propisa i akata (NN, 140/2009) propisuje savjetovanje sa zainteresiranom javnošću samo u procesu izrade nacrtu prijedloga zakona (glava V.). Međutim, isti Kodeks u svoja načela ubraja i načelo djelotvornosti (glava IV.) prema kojem se djelotvorno savjetovanje sa zainteresiranom javnošću mora pokrenuti “kada još uvijek postoji mogućnost utjecaja na nacрте zakona, propisa i drugih akata, dakle u ranoj fazi njihove izrade kada su još sve opcije za njihovu doradu i promjenu otvorene.” Jasno je da ovo načelo nije moglo biti ispoštovano u situaciji u kojoj Nacrt prijedloga zakona na temu kojeg je održano savjetovanje, kao, uostalom, i Prijedlog i Konačni prijedlog zakona, sadrže formulaciju koja eksplicitno predviđa izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti i poremećaja u okviru županijskih Zavoda, dok usvojeni zakon to ne predviđa.

Ključno, većina od 73 amandmana na Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti Hrvatskom je saboru, prema podacima dostupnima na njegovim stranicama, podnesena 18. listopada, odnosno na isti dan kada je započela i završila saborska rasprava o Konačnom prijedlogu zakona (Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugo čitanje, P.Z.E. br. 379 - predlagateljica: Vlada Republike Hrvatske, 2018.). Ti amandmani uključuju i sporni amandman Kluba zastupnika Hrvatske demokratske zajednice na 9. stavak 134. članka Konačnog prijedloga zakona. Očito je da se zainteresirana javnost ni na koji način nije mogla očitovati o predloženim amandmanima. Važno je istaknuti i to da je prihvaćeno ukupno pet amandmana, od kojih su četiri u potpunosti nomotehničke prirode, a jedino je sporni amandman bio vezan uz definiranje opsega djelatnosti određenih tijela.

Iz svega navedenog jasno je kako je proces donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti, odnosno onog dijela zakona koji se bavi statusom izvanbolničke organizacije zaštite mentalnog zdravlja, bio krajnje netransparentan, kako u vidu pružanja kvalitetnih obrazloženja, tako i u vidu uključivanja zainteresirane javnosti u formiranje zakonskog uređenja.

5.2. Analiza strateških dokumenata

Nedostatak koherentne politike mentalnog zdravlja u Republici Hrvatskoj dokazuju i postojeći i nepostojeći strateški dokumenti koji bi istu politiku trebali oblikovati. Prvi takav dokument Vlada Republike Hrvatske je usvojila u rujnu 2010. godine. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011.-2016. godine dokument je na čije se donošenje Hrvatska obvezala u procesu pristupanja Europskoj uniji, a koji su trebali pratiti i provedbeni dokumenti (Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji, 2017:25). Međutim, dva trogodišnja akcijska plana koje predviđa Nacionalna strategija (2010:24) nikada nisu donesena, zbog čega specifične aktivnosti koje bi slijedile opisane smjernice nikada nisu ni definirane ni provedene. Sama strategija relativno je štur dokument koji

na svega 25 stranica donosi pregled osnovnih javnozdravstvenih pokazatelja i generalnih ciljeva. Dokument u potpunosti izostavlja interpretaciju pokazatelja u smislu identifikacije uzroka pojedinih trendova ili regionalne analize prisutnosti mentalnih bolesti i poremećaja, kao i dostupnosti skrbi, iako je iz nešto detaljnijih podataka koje objavljuje Hrvatski zavod za javno zdravstvo¹⁰ jasno da je, za početak, prisutnost mentalnih bolesti i poremećaja, kao i stopa samoubojstava, kontinuirano visoko varijabilna među županijama, što ocrta potrebu za regionalno specifičnim pristupima zdravstvenih intervencija. Dokumentu nedostaje specifičnosti i u drugim segmentima, pa se tako navodi da se “suvremena znanstvena dostignuća, klinička znanja i principi dobre kliničke prakse primjenjuju u dijagnosticiranju i liječenju duševnih poremećaja” (Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011.-2016. godine, 2010:17), bez informacija o tome o kojim se to znanjima i principima radi, da su “smjernice i algoritmi razvijeni i objavljeni, ali nisu u potpunosti primijenjeni u cijeloj zemlji” (ibid., str. 17), bez informacija o tome o kojim se materijalima radi, gdje su dostupni i gdje se primjenjuju, kao i da je “u tijeku nekoliko istraživačkih projekata na području zaštite mentalnog zdravlja” (ibid., str. 18), bez informacija o tome o kojim se projektima radi. Strategiju su slično ocijenili i neki djelatnici Službe, navodeći da Strategija ne odgovara stvarnim potrebama specifične populacije nego da se radi o “prepisanom dokumentu” (a.k. 7, 18. studenog 2019.) i da je Strategija bila “sama sebi bila svrha (...) jer smo morali imati takav dokument prije ulaska u EU, koji nikad nisu pratili akcijskim planom” (a.k. 10, 19. studenog 2019.).

Većina ispitanika, s druge strane, nije se činila zainteresiranom za strategiju: “Pa sad, i te strategije, a opet si mislim, okej, postoje, al pitanje koliko to ljudi poštuju, znate kak je kod nas, opet će svatko naći nešto svoje...” (a.k. 3, 14. studenog 2019.), “Dakle, jel piše ili ne piše, jer ako i piše, opet se ništa bitno na promijeni kad vi konkretno ste zadnja stepenica koja radite, ne primjećujem ni da je ima niti da je nema.” (a.k. 4, 15. studenog 2019.), “Da, ja moram priznat da nisam čitao i da ne znam šta tamo piše (smijeh), tako da, evo.” (a.k. 8, 19. studenog 2019.). Taj je stav vjerojatno potpomognut činjenicom da je strategija do kraja razdoblja koje je obuhvaćala ostala isključivo

¹⁰ Podaci su dostupni u periodičnoj publikaciji Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis, kao i u nekim drugim publikacijama HZJZ-a, poput publikacije Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj (2018.).

konceptualni dokument bez akcijskih planova koji bi imali konkretan utjecaj na svakodnevni rad stručnjaka u polju javnog mentalnog zdravlja. Drugim riječima, stavovi djelatnika Službe bili su podijeljeni na one koji ne osjećaju da ih se nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja ticala jer efektivno nije postojala za vrijeme nominalnog perioda provedbe, te na one koji su frustrirani takvim stanjem. Isti se uzorak preslikao i na pitanje novog strateškog dokumenta za isto područje koji nije donesen od kraja 2016. godine do trenutka pisanja ovog rada. Prema jednom kazivaču: “Napravljena je ona prije dvije godine, ali je blokirana da ide van.” (a.k. 10, 19. studenog 2019.), dok je odgovor na pitanje zašto: “Ne smijem govorit. (...) to vam očito stoji negdje u Ministarstvu, jer sve je pitanje Ministarstva (...) i to sad stoji dvije godine u ladici, a pitanje kad iziđe iz ladice, šta ćemo vidjet.” (ibid.)

Očekivano, kontinuitet donošenja strateških planova koji se ne provode ili nedonošenja takvih dokumenata za rezultat ima smanjeno povjerenje u nadležne institucije i njihovu sposobnost da provedu strateške planove. Osim samog postojanja i provedbe strateških dokumenata, neki su kazivači istaknuli diskutabilne okolnosti njihove izrade jer smatraju da tijela formirana za izradu takvih dokumenata često ne uključuju u dovoljnoj mjeri sve relevantne dionike, poput stručnjaka koji izravno rade s korisnicima: “Pa pomoglo bi mi ako bi u izradi nje sudjelovali ljudi koji rade i koji imaju nekakvog uvida u cijelu priču (...) jer s ove strane žice, mi vidimo i potrebe, vidimo što treba.” (a.k. 12, 5. prosinca 2019.), kao i samih korisnika:

“U tu priču moraju bit uključeni nevladin sektor, odnosno predstavnici pacijenata (...) Članovi trebaju biti ne samo predstavnici pacijenata, nego svi pacijenti. Tako se suštinski dekonstruira moć u toj priči, koja je destruktivna za ljude kojima mi pomažemo.” (a.k. 7, 18. studenog 2019.)

Neki su kazivači posebno istaknuli problematiku dominacije psihijatrijske struke u donošenju odluka u području mentalnog zdravlja, dok se druge struke sustavno zanemaruju, čemu svjedoči i činjenica da su autori strategija “isključivo psihijatri, vrlo mali broj je drugih ljudi, i to su ti barem 2-3, ako ne i više, ravnatelja velikih bolničkih ustanova i sveučilišni profesori psihijatrije”, iz čega proizlazi da se zapravo radi o “strategiji psihijatrije u Hrvatskoj, a ne strategiji mentalnog zdravlja” (a.k. 7, 18. studenog 2019.).

Iako Nacionalna strategija nikada nije provedena, vidljiva je namjera da se nastavi razvijati izvanbolnički sustav zaštite mentalnog zdravlja i svijest o temeljnim principima organizacije zaštite mentalnog zdravlja u Europskoj uniji: “Pružanje usluga preusmjerava se s velikih institucija na usluge koje se mogu pružiti u lokalnoj zajednici” (2010:18). Štoviše, zaštita mentalnog zdravlja u zajednici jedna je od šest definiranih područja djelovanja strategije unutar koje je prepoznat trend liječenja mentalnih bolesti i poremećaja u zajednici “s odmakom od pružanja skrbi u velikim institucijama” te da se “u skladu sa suvremenim i međunarodnim stavovima, optimalna zaštita osoba s duševnim poremećajima postiže se uravnoteženim sustavom koji uključuje bolničke i izvanbolničke usluge” (2010:22).

Mjere koje su u tom smislu predviđene uključuju razvoj regionalno dostupnih usluga zaštite u zajednici koje prati smanjivanje broja pacijenata koji skrb dobivaju u velikim ustanovama, kao i jačanje dostupnosti mjera rane intervencije i rehabilitacije na lokalnoj razini (ibid.). Nacionalna strategija zaštite zdravlja od 2012. do 2020. objavljena 2011. godine sadrži istu namjeru i ističe nedovoljno razvijenu zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici i rehabilitaciju u zajednici kao jednu od slabosti hrvatskog zdravstvenog sustava (2012:374), prepoznaje zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici kao područje na kojem je “multidisciplinarni pristup u zajednici poželjniji od skrbi u institucijama, pa ga stoga treba i poticati” (2012:392) i predviđa jačanje mreže timova za zaštitu mentalnog zdravlja u Zavodima za javno zdravstvo te razvoj “uravnoteženog sustava bolničkog i izvanbolničkog liječenja”. Ipak, važno je istaknuti da tekst strategije nije nedvosmislen po pitanju organizacije izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti u okviru rada županijskih Zavoda te navodi da “Zavodi za javno zdravstvo imaju dugogodišnju tradiciju u promociji i prevenciji, dok domovi zdravlja imaju najbolju dostupnost i predstavljaju dobar izbor za ranu dijagnostiku, liječenje i rehabilitacijske programe” (2012:254), iako se dokument istovremeno poziva na, u tom trenutku već prisutno, liječenje mentalnih bolesti u okviru regionalnih Zavoda za koji su u 2010. godini osigurana sredstva u iznosu većem od 18 milijuna kuna (2012:254). Iz prethodno opisane kronologije zakonskih promjena vezanih uz izvanbolničku organizaciju skrbi za mentalno zdravlje vidljivo je da zakonski okvir koji je postojao od 2008. do 2018. godine, za razliku od okvira iz 2003. godine, ne predviđa organizaciju skrbi za mentalno zdravlje u Domovima zdravlja, nego upravo u županijskim

Zavodima, zbog čega ovakva strateška formulacija nije odgovarala Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine koji se primjenjivao u vrijeme kada je donesena. Nadalje, trenutno važeći Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2018. godine na liječenje mentalnih bolesti ne obvezuje ni Domete zdravlja ni zdravstvene zavode. Drugim riječima, devetogodišnja Nacionalna strategija razvoja zdravstva u pogledu organizacije izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje ne odgovara nijednom od dva Zakona o zdravstvenoj zaštiti koji su bili, odnosno jesu na snazi u razdoblju na koje se ona odnosi. Štoviše, iako i Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja i Nacionalna strategija razvoja zdravstva ističu važnost organizacije ne samo izvanbolničke zaštite mentalnog zdravlja, nego i liječenja u zajednici, nijedan od navedenih strateških dokumenata ne definira ni najopćenitiju viziju provedbe takvog oblika skrbi.

5.3. Twinning projekt “Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja”

Republika Hrvatska je po ulasku u Europsku uniju bila korisnica Twinning projekata, prijelaznih instrumenata namijenjenih uspostavljanju suradnje između institucija novih i starih članica (Transition facility, 2016, Prijelazni instrument (Transition facility), 2020). Twinning projekti, između ostalog, za cilj imaju olakšati tranziciju u punopravno članstvo kroz osposobljavanje javnih institucija novih članica za provođenje politika koje su u skladu s važećom europskom legislativom. Ključno, instrument obvezuje zemlje korisnice na uvođenje konkretnih promjena i trajnu posvećenost njihovoj provedbi (Twinning, 2020). Jedan od takvih projekata je i “Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja” u okviru kojeg je ostvarena suradnja između Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo s Trimbos Institutom za mentalno zdravlje i ovisnost iz Nizozemske. Projektni ciljevi uključivali su izradu preporuka za unapređivanje postojećeg sustava ranog prepoznavanja i izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, izradu smjernica za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, jačanje kapaciteta zdravstvenih i drugih stručnjaka za ranu detekciju mentalnih bolesti i poremećaja i pružanje skrbi za

mentalno zdravlje u zajednici, te izradu smjernica podizanje javne svijesti o zaštiti mentalnog zdravlja.

Projekt je predstavljao i svojevrsnu operativnu nadogradnju smjernica za uređenje izvanbolničke skrbi o mentalnom zdravlju ocrtanih u Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja od 2011. do 2016. godine i Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva od 2012. do 2020. godine te je nedvosmisleno dizajniran kao odgovor na specifične probleme prisutne u postojećem sustavu organizacije skrbi za mentalno zdravlje. Konkretno, projektni prijedlog ističe da hrvatski standard organizacije liječenja većine problema vezanih uz mentalno zdravlje u bolničkom okruženju ne odgovara u dostatnoj mjeri potrebama korisnika, da je potrebno značajno razviti izvanbolničke kapacitete i da je kapacitet županijskih Zavoda za javno zdravstvo da pruže skrb osobama kojima je ona potrebna u trenutku prijavljivanja projekta bio nedovoljan. Nadalje, projektna prijava prepoznaje veliki broj stručnjaka za mentalno zdravlje koji je u Hrvatskoj koncentriran u bolnicama kao resurs koji je potrebno preusmjeriti u organizaciju izvanbolničke skrbi o mentalnom zdravlju (Twinning fiche HR 14 IB SO 02, 2015). Projekt je završen 2017. godine, a izdana je i publikacija s detaljnim smjernicama razvijenim prema projektnim ciljevima¹¹, iako specifični izvještaji koje projekt predviđa, poput onog o postojećem hrvatskom pravnom i institucionalnom okviru vezanom uz rano prepoznavanje mentalnih bolesti i poremećaja i izvanbolničku zdravstvenu skrb (Twinning fiche HR 14 IB SO 02, 2015:5), nisu javno dostupni.

Važnost projekta takvog opsega u inače istraživački siromašnom području istaknuli su i neki od kazivača. Jedan kazivač istaknuo je upravo ovaj projekt kao iznimno važan za smještanje stanja hrvatskog sustava skrbi za mentalno zdravlje u europski kontekst:

“Međutim, kad gledamo što se dogodilo u zadnjih 20 godina, napredovali smo, stvarno jesmo. Sad, barem smo otkrili da imamo probleme, otkrili smo zahvaljujući Twinning projektu da smo stvarno zaostali, i da za neki stupanj razvoja i ono što ova zemlja jest, zapravo smo

¹¹ Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja (CRO MHD), 2018.

u situaciji da ne pružamo ono što smo trebali jer imamo stari bolnički sustav velikih psihijatrijskih bolnica.“ (a.k. 7, 18.11.2019.)

Isti kazivač rekao je za problematiku uvođenja projektom predviđenih promjena da “to ide drastično sporo, iako tu ima puno motiviranih ljudi koji žele odraditi taj posao i nešto se promijenilo, apsolutno, ali to još uvijek ide jako sporo, jako sporo ide zbog strahova”.

Međutim, iako je Hrvatska kao nova članica Unije temeljem uvjeta za implementaciju prijelaznih instrumenata preuzela obavezu provođenja promjena definiranih Twinning projektom, to se do trenutka pisanja ovog rada nije dogodilo. Štoviše, prethodno opisani proces donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2018. godine uslijedio je gotovo neposredno nakon završetka provedbe Twinning projekta s nizozemskim Trimbos Institutom. Osim što je tim zakonom ograničeno djelovanje županijskih Zavoda za javno zdravstvo po pitanju organizacije izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje, nije predviđen drugi oblik takve skrbi, što je u suprotnosti sa smjernicama definiranim Twinning projektom, a koje se temelje i na podacima navedenim u relevantnim nacionalnim strategijama važećim u vrijeme provedbe projekta. Zakonodavac je morao biti upoznat s predmetom opisanog projekta i popratnim obavezama, što kroz izravno sudjelovanje Ministarstva zdravstva i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo kao glavnih koordinatora i provoditelja projektnih aktivnosti (Twinning fiche HR 14 IB SO 02, 2015:12), što kroz sudjelovanje hrvatskih delegata u studijskom posjetu Kraljevini Nizozemskoj gdje je, osim predstavnika Ministarstva zdravstva i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, jedan od sudionika bio i gospodin Ivan Čelić (Osiguranje optimalne skrbi osoba s mentalnim poremećajima, 2017.), psihijatar i saborski zastupnik koji je 2018. godine u Saboru ponudio obrazloženje usvojenog amandmana koji je ograničio djelovanje Zavoda po pitanju organizacije skrbi za mentalno zdravlje¹². U trenutku pisanja ovog rada nejasno je planiraju li relevantne institucije, uključujući Ministarstvo zdravstva i Hrvatski zavod za javno zdravstvo, inicirati potrebne zakonske i strateške promjene koje bi hrvatski sustav skrbi za mentalno zdravlje približio međunarodnim smjernicama i obvezujućim ciljevima.

¹² Opisano drugdje u ovom radu

6. Analiza uzroka postojećeg stanja

Jedan od ciljeva ovog istraživanja je pridonijeti razumijevanju složenog i paradoksalnog stanja u kojemu su donositelji odluka i politika vezanih uz mentalno zdravlje istovremeno upoznati s međunarodnim standardima i lokalnim pokazateljima, ali ih ne koriste da bi organizirali skrb koja u dovoljnoj mjeri odgovara nacionalnim i regionalnim potrebama. Tijek razvoja zakonskog i strateškog okvira politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj koji se odnosi na organizaciju izvanbolničke skrbi je, dakle, krajnje neuravnotežen. Iako je u ključnim strateškim dokumentima jasno prepoznata važnost izvanbolničkog liječenja i potreba za organizacijom tretmana u zajednici u skladu s europskim standardima i iskustvima struke, strukturalne promjene koje bi omogućile organizaciju takve skrbi su u najvećoj su mjeri izostale.

Nadalje, Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2018. godine, suprotno međunarodnim smjernicama, strateškim dokumentima na nacionalnoj razini i obavezama proizašlim iz sudjelovanja u Twinning projektu, dodatno ograničava već ograničenu mrežu izvanbolničke zaštite mentalnog zdravlja, umjesto da definira institucije i mehanizme nadležne za organizaciju tretmana u zajednici koji je prepoznat kao potreban na nacionalnoj razini (Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja od 2011. do 2016. godine, 2010:22, Nacionalna strategija razvoja zdravstva od 2012. do 2020. godine, 2012:392, Twinning fiche HR 14 IB SO 02, 2015), u postojećem korpusu relevantne znanstvene literature (Štrkalj Ivezić i sur., 2010, Štrkalj Ivezić i sur., 2018:6), i kod ispitanika u ovom istraživanju: “Evo, pogledajte godinu. Koja je tu¹³ godina? 2016., evo, sad smo u 2019., dakle pune tri godine niti jedan krevet nije ukinut, od mobilnih timova jedino je Karlovac napravio, koliko ja znam, i, naravno, Vrapče, profesorica Štrkalj Ivezić je imala isto tako tu inicijativu” (a.k. 10, 19.11.2019.).

Takvo je stanje u skladu s tendencijom zemalja istočne Europe da, umjesto da usvajaju politike čija su podloga znanstveno utemeljene činjenice i stvarne populacijske

¹³ Kazivačica je ukazivala na godinu provedbe Twinning projekta “Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s problemima mentalnog zdravlja”.

potrebe, pribjegavaju uključivanju inovativnih fraza i vizija budućnosti skrbi za mentalno zdravlje iz zemalja zapadne Europe u tekstove periodičkih publikacija javnih institucija, stvarajući pritom prihvatljiviju sliku o politikama mentalnog zdravlja od one koja uistinu postoji (usp. Tomov, 2001:4). Važno je istaknuti i to da adekvatno financiranje i razvoj programa zaštite mentalnog zdravlja izostaje i u širem europskom kontekstu, usprkos širokom spektru negativnih posljedica za pojedince i društvo. Budući da su europske zemlje međusobno iznimno različite, različite su i potrebe njihovih građana, zbog čega se politike koje ih adresiraju moraju razlikovati ovisno o zajednicama u kojima se primjenjuju (Knapp i sur., 2007:2-3). Logično je da se i uvjeti koji potiču ili sprečavaju uvođenje potrebnih reformi razlikuju od zemlje do zemlje, zbog čega je iste potrebno temeljito ispitati.

U svom radu Tomov prepreke u provođenju efikasnih reformi potrebnih za organizaciju efikasne skrbi u zajednici u zemljama istočne Europe svodi na dva ključna segmenta - onaj etički, gdje je potreba za deinstitucionalizacijom skrbi za mentalno zdravlje vođena činjenicom da institucionalizacija osoba koje se suočavaju s mentalnim bolestima i poremećajima ugrožava njihovu slobodu i integritet kroz alijenaciju od zajednice, i onaj ekonomski, gdje je reforme u očima javnosti potrebno opravdati kroz dokazivanje da takva skrb za posljedicu ima pozitivne ishode za zdravlje pojedinca i zajednice (2001:2). Ovo se poglavlje bavi navedenim pitanjima, kao i utjecajem političkih struktura kao trećim ključnim aspektom provedbe potrebnih reformi. U tom su pogledu vrijedna iskustva djelatnika Službe kao nositelja postojeće izvanbolničke zaštite mentalnog zdravlja i njihovi stavovi o tome što uzrokuje jaz između postojanja jasnih smjernica za organizaciju kvalitetnije skrbi za osobe s mentalnim bolestima i njihove provedbe, kao i procjena njihove zainteresiranosti za sudjelovanje u kreiranju tih politika i dostupnost prilika koje bi im to omogućile.

6.1. Politički uzroci i procesi stvaranja politika

Većina je kazivača na samom početku intervjua istaknula da nisu zainteresirani za politički aspekt zaštite mentalnog zdravlja, pa su tako neki od sudionika istraživanja rekli

da im je to područje strano: “Sada ću reći da ste naišli na osobu koja... koliko god vam apsurdno zvuči, sa politikom ne da je na vi nego, ono, španjolsko slovo.” (a.k. 1, 14.11.2019.) i da ih politički aspekt ne zanima: “Iskreno? Nimalo (smijeh), to se da zaključit (...). Stvarno ne znam puno o politici i ono što sam malo načula, mislim, načula, morala bit prisutna, ne sviđa mi se” (a.k. 3, 14.11.2019.) Neki su od kazivača naveli da da za takva pitanja nemaju vremena i da svoj posao smatraju orijentiranim isključivo na izravan rad s korisnicima: “Ja se u svom radu bavim klijentima, dakle čista praksa (...), što se donosi u nekim političkim odlukama se stvarno ne stignem baviti.” (a.k. 4, 15.11.2019.), “(...) samo ne razmišljam globalno, nego individualno. Ja sam klinički psiholog, na osobnoj razini” (a.k. 3, 14.11.2019.). Slične je osjećaje kod stručnjaka za mentalno zdravlje identificiralo i istraživanje koje su provele Novak i Petek (2015:15-16) prema kojemu više od trećine od 121 sudionika smatra da su za poteškoće u sustavu skrbi za mentalno zdravlje odgovorni isključivo donositelji odluka, odnosno vlada, nadležna ministarstva i agencije, dok 42,9% drži odgovornima sve aktere koji sudjeluju u kreiranju politika mentalnog zdravlja. Kvalitativni podaci prikupljeni u istom istraživanju pokazuju da sudionici razloge za nedostatak koordinacije među javnim tijelima koja kreiraju relevantne politike vide u političkoj apatiji nositelja tih politika, nepovjerenju u volju i kapacitet institucija da provedu potrebne promjene i nedostatak motivacije kod svih sudionika procesa, a posebno “čelništva i čelnika psihijatrijske struke”. Osim pitanja osobnog interesa i vremenskih ograničenja, neki su od kazivača s kojima sam razgovarala spomenuli negativna iskustva kojima su bili izloženi kao sudionici procesa kreiranja politika mentalnog zdravlja, odnosno osjećaj da njihov ili rad njihovih kolega na razvoju strateških dokumenata nije postigao željene rezultate: “Pa, osrednje, kako bih rekla. Dobro je da su nas zvali. A kasnije kad sam vidjela izvješće, i tako, nisam stekla neki dojam da se nešto previše stvari dogodilo.” (a.k. 12, 5. prosinca 2019.). Sličnog su tona i dojmovi drugih kazivača:

“Oni će to staviti na javnu raspravu, ali tu negdje ti izgubiš tu... mislim, ti ako nešto i iskomentiraš na javnoj raspravi, da li će to tamo biti usvojeno, nemaš povratnu informaciju (...), ne vidiš smisao u donošenju neke strategije koje pola neće biti provedeno, ova strategija nije imala akcijski

plan, ili je, nije, šta se napravilo, sad je rupa, mislim, koji je smisao toga?” (a.k. 2, 14.11.2019.)

“Pa, niti nisam pretjerano ni zainteresirana, ali, niti nas puno ljudi ne pitaju. Imate vi online ona javna savjetovanja i tako dalje, pitanje koliko su ljudi u svom radnom vremenu, koji su okrupirani i ne mogu dignut glavu, pitanje dal će doć kući i dalje se nastaviti baviti time. Znači, imamo mogućnost, ja ne mogu reći da mi nemamo mogućnost, kakvu- takvu, ali kad, sjećam se kad je bilo o novom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (...), za našu struku, za kliničke psihologe, jako se puno pisalo. Okej, na kraju se nešto i napravilo, ali mislim da su to uvijek politička lobiranja, a ne javna savjetovanja dovela do toga.” (a.k. 6, 15.11.2019.)

Neki su od kazivača spominjali i situacije u kojima su se susretali s koruptivnim interesima kao preprekama, najčešće u vlastitoj karijeri: “Akademska zajednica je problem svoje vrste, jer mi ne može nitko reći da određena prezimena i djeca određenih profesora su predodređena za docenture i slično, to je kupleraj svoje vrste. Partikularni interesi.” (a.k. 3, 14.11.2019.), “Meni su se neke ružne stvari desile upravo zbog sustava, i politike, baš... Jednostavno sam ispala zbog politike. Valjda tu imam neke osobne... Mislim sama da ne mogu niš napraviti i jednostavno... sam odustala” (a.k. 3, 14.11.2019.). Dakle, do mjere u kojoj se kod ispitanika ovog istraživanja može govoriti o političkoj apatiji, takvoj karakterizaciji treba pristupiti oprezno jer se nezainteresiranost za politička pitanja kod onih kazivača koji su je izrazili pojavljuje češće kao posljedica negativnih iskustava, a ne nužno njihovo inherentno opredjeljenje.

Nadalje, u razgovoru s istim kazivačima pojavio se uzorak prema kojem inicijalno izražen nedostatak interesa nakon nekog vremena prerasta u očitu frustraciju postojećim stanjem, a nipošto potpunu indiferentnost prema uplivu političkih interesa u sektor zaštite mentalnog zdravlja. U tom je smislu većina kazivača zarobljena u istom paradoksu koji su opazile Novak i Petek (2018:23-24) čiji su ispitanici, stručnjaci u području mentalnog zdravlja, “kao ključne prepreke poboljšanju stanja” istaknuli “nedostatak političke volje u pitanjima mentalnog zdravlja te usko i zastarjelo shvaćanje mentalnog zdravlja”, dok su istovremeno propustili identificirati političku volju, aktivnosti zagovaranja politika od strane

stručnjaka i odnos između stručnjaka i donositelja odluka kao važne elemente u kreiranju politike mentalnog zdravlja. Štoviše, većina mi se kazivača ispričavala zbog svoje nezainteresiranosti za politike mentalnog zdravlja jer su smatrali da mi njihovi odgovori neće pomoći u istraživanju, iako je njihova nezainteresiranost fenomen koji je važno istražiti. Dakle, kazivači koji su se nazvali nezainteresiranima za politiku mentalnog zdravlja nisu političke procese smatrali nevažnima, nego nisu smatrali da je njihov osobni angažman oko te politike moguć, zbog tretmanskih i preventivskih obaveza, ili efektivan, zbog vlastitih i tuđih iskustava. Takvo je mišljenje prevladavalo i kod kazivača koji su istaknuli “da ljudi koji kreiraju politiku niti su tih struka, niti razumiju što se zapravo negdje, na terenu, ajmo reć, zbiva” (a.k. 4, 15.11.2019.), odnosno i onih kazivača koji su artikulirali potrebu za uključivanjem iskustava stručnjaka koji izravno rade s korisnicima u procese formiranja politika mentalnog zdravlja. Isti su stav, međutim, neki kazivači smatrali neprihvatljivim upravo zbog prirode struke koju ne shvaćaju kao isključivo tretmansku:

“Brojni socijalni faktori su ključni za ono što ćemo kasnije mi dijagnosticirati kao individualnu patnju i naprosto fulamo vidjet taj dio, on nas naprosto ne zanima. To je senzacionalno, da mi kao akteri socijalni ne želimo uopće, u najmanju ruku ti je u opisu europskom zanimanja psihijatra, točka šest, mislim, ili pet, završna, jest da ti jesi i moraš biti aktivni sudionik u organizaciji skrbi.” (a.k. 7, 14.11.2019.)

Manji broj kazivača bio je, dakle, očito ili deklarativno zainteresiran za mentalno zdravlje i organizaciju izvanbolničke skrbi kao politička pitanja, od čega su svi na neki način već sudjelovali u procesima formiranja relevantnih politika. Ti su kazivači prepoznali trenutno nesigurnu poziciju izvanbolničke organizacije liječenja i upitno širenje takve skrbi u budućnosti kao posljedicu nekoliko pojava. Prvo, smatraju da je područje mentalnog zdravlja još uvijek obilježeno stigmom zbog koje ono ostaje izvan ozbiljnog političkog interesa donositelja odluka: “to je isto zanimljivo što se događa s ovom službom, da svaka vlast koja dođe ima problem s ovom službom i zatvara ju, to je jako zanimljivo, ljudi se jako boje mentalnog zdravlja” (a.k. 2, 14.11.2019.). Osim stigmatiziranosti područja, identificirali su nerazumijevanje opsega problema mentalnih bolesti i poremećaja i dalekosežnosti njihovih posljedica kao faktor zbog kojeg donositelji odluka ne prioritiziraju

mentalno zdravlje u politikama koje donose: “odjednom netko tamo donese nekakav amandman i sad, hoće vas vratit u Dom zdravlja, hoće... a ti razvijaš priču 10 godina” (a.k. 2, 14.11.2019), “u biti se mentalno zdravlje poprilično zanemaruje, sad kad malo bolje razmislim, u ovoj općoj politici” (a.k. 3, 2019.). Očita je tendencija da se politike mentalnog zdravlja ne donose nužno na temelju znanstvenih dokaza i populacijskih potreba:

“Ali ovo što me muči, muči me ovaj dio da malo malo dobiješ neki udarac s neke strane, da te netko hoće zatvoriti, da netko ima neku drugu ideju što bi ti trebao raditi. Ili kad mi dođe i kaže: “Ja imam viziju da bi vi trebali baviti se samo s ovisnostima”, a onda pitaš: “Na temelju čega?” (...), netko je dobio iz vizije ideju, a ja sad opravdavam zašto trebam raditi. To je suludo.” (a.k. 2, 14.11.2019)

6.2. Opozicija u struci

Konzistentno s prethodnim istraživanjima (Novak i Petek, 2015:16), protivljenje dijela stručnjaka koji se bave mentalnim zdravljem uvođenju potrebnih reformi, a posebno psihijataru, identificirano je kao jedan od ključnih uzroka postojećeg stanja: “Neće nama drugi doći organizirati psihijatriju. Tko će ti to doći? To mora doći iz struke, a unutar struke su veliki otpori.” (a.k. 2, 14.11.2019). Kazivači su taj problem opisali kao problem u stavu o samom liječenju, ali i kao izraženu prisutnost osobnih interesa u formiranju relevantnih politika.

Usprkos značajnom napretku u kvaliteti skrbi za mentalno zdravlje koji je postignut u posljednjih nekoliko desetljeća, a koji većinom počiva na netehnološkim intervencijama koje uključuju pružanje skrbi u zajednici i slične pristupe koji ohrabruju društvenu uključenost i osnaživanje osoba narušenog mentalnog zdravlja, neuroznanstveni pristup mentalnim bolestima i poremećajima jest i jača kao dominantna paradigma u psihijatriji (Bracken i sur., 2012:1). Takav redukcionistički pristup liječenju mentalnih bolesti u isključivo medicinskom kontekstu neproporcionalno je orijentiran prema identifikaciji uzroka, a pritom zanemaruje važnost, dimenzije i modele oporavka (ibid., 2012:3-4), zbog

čega je logično da isti mora podcjenjivati tretman u zajednici kao model skrbi koji je orijentiran upravo na rehabilitaciju:

“Sustav je, ja ću to ovako reći, to naravno je moja, uvjetno rečeno, teorijska gotovo interpretacija, ali je problem u tome što se uporno skrb za mentalno zdravlje subordinira medicini kao nekakva klinička, medicinska struka, a ona to nije sasvim u tom smislu, jer se u Hrvatskoj još uvijek nije u priču inkorporiralo pitanje ljudskih prava kao vrijednosti koja zapravo determinira modele skrbi, nego ovdje imaš priču u kojoj je to naprosto medicinska struka. Tako izgleda i školovanje, to mogu meritorno tvrdit (...), pa imaš onda uvijek u uvodima u psihijatrijskim udžbenicima zaista postoje ti neki dijelovi kulturalni, historijski, psihološki, sociološki i tako, ali u finalu kad dođemo do razmatranja načina i modela skrbi, kad vidiš tu priču, vidiš zapravo da je to, barem za Hrvatsku, izgleda kao zdravstvo, baš kao... imaš interna, kirurgija, neurologija, psihijatrija.” (a.k. 7, 18.11.2019.)

Taj paradigmatički utjecaj neki su od kazivača prepoznali kao element koji doprinosi otporu prema uvođenju promjena u postojeći sustav koji je orijentiran na bolnice pa se zato u njemu “ne može (...) raditi skrb koja je usmjerena na to da radiš s ljudima tako da oni žive svoje živote.” (a.k. 7, 18.11.2019.):

“Osobno je moje mišljenje da je najveći otpor unutar same psihijatrijske struke zato što bi mi morali početi raditi i promišljati na drugi način. Znači, to nije način da ja čekam da meni moj pacijent dođe u bolnicu, naručim ga na kontrolu svaka 2-3 mjeseca, onda on ne dođe i čekamo sljedeće pogoršanje.” (a.k. 2, 14.11.2019.)

Ista je kazivačica dodala i da je “problem dalje prema psihijatru, onda je problem što zaista ne treba sve liječiti lijekovima - za neke stvari su potrebne kratke psihoterapijske intervencije, ali ih ti moraš imati negdje dostupne ljudima” (ibid.).

Osim dominantne paradigme liječenja, kazivači su otpor prema promjenama postojećeg sustava prepoznali u partikularnim interesima pojedinaca koji iz tog sustava deriviraju dijelom ekonomski, a dijelom i društveni kapital: “To znači restrukturiranje

resursa. Znači, zašto bi jedna bolnica koja ima 600 kreveta i 80 psihijataru rekla: “Mi se odričemo pola psihijataru i pola kreveta?” (a.k. 10, 19.11.2019.). Kazivačica je dodala:

“Na temelju čega ti dobiješ novce? Na temelju toga koliko ti je ljudi ugovoreno. Ako ti imaš manje ljudi ugovoreno, onda imaš manje novaca na raspolaganju, jel, al ti manje i treba. A bolje je bit šef 500 ljudi nego 50... ovih starijih generacija. Jer svatko voli biti šef, jer to donosi moć, neke beneficije, i tako, što imaš više ljudi pod sobom, to si veći šef. To su osobni interesi, osobni interesi, a ne interesi i dobrobit cjelokupne zajednice (...). Ja mislim da vodeći autoriteti u hrvatskoj psihijatriji tu nisu bili zainteresirani, jel. Nemaju viziju, nemaju viziju javne dobrobiti, nego vlastitih interesa, nažalost, meni se to tako čini” (ibid.).

Još je jedna kazivačica precizno artikulirala slične stavove:

“Smanjivanje bolničkih kreveta je ukidanje moći nekim ljudima. Stvari nisu baš tako jako.... filozofske ili umne, dođe se na jednu ovako prizemnu razinu, a to je taj osjećaj moći koji imaš, ako ti imaš 500 bolničkih kreveta i ravnatelj si jedne velike bolnice, a prijete ti da ćeš imat 20 kreveta i možda nećeš bit ni ravnatelj nego ćeš biti odjelni liječnik, mislim da... evo, kod nas se pokazalo da su ti otpori dovoljno jaki i dovoljno ih puno ima da blokiraju ove promjene (...). Ali ako vi nemate, kod nas ja bih rekla tu moć da odlučujete ko će se primiti, da nemate dvadeset zaposlenih iza sebe, ispod sebe, dvjesto zaposlenih, da nemate moć odlučivati o nekim stvarima, to teško prihvaćate. I, šta ću ja sad reći, ne znam, to su čisto moje spekulacije, pretpostavljam da se za takve pojedince vrti puno veći novac nego što bi se vrtio da nema bolničkih kreveta.” (a.k. 11, 20.11.2019.)

Osim navedenih, spominjani su i razlozi u vidu iznosa plaća koje su, zbog načina na koji je organizirana bolnička skrb, odnosno rada u bolničkom okruženju koji često podrazumijeva dežurstva i slične naplative elemente, veće u bolničkom nego u izvanbolničkom sustavu: “Oni imaju kada ima puno bolničkih kreveta puno veće mogućnosti zarade, konkretno nego kad bi se to sve raspustilo i kada bi se povećao broj

timova i kad bi ljudi kod kuće dobivali pomoć.” (ibid.). Pritom kazivači nisu umanjivali kompleksnost rada u bolnici i prateće opterećenje koje je većina i sama iskusila i “koji dosta troši, u smislu tome da imaš hitnoće, da imaš i dežurstava, imaš i rad blagdanima i to” (a.k. 8, 19.11.2019.), nego su ukazivali na to da takvo opterećenje nije opravdano ishodom liječenja koji su za veliki dio korisnika nepovoljni u odnosu na ishode sudjelovanja u izvanbolnički organiziranoj skrbi.

6.3. Financijski aspekt

Zdravstvena skrb, pa tako i ona za mentalno zdravlje, neophodna je i mora biti dostupna svima, a njezina skupoća ne smije biti razlog za uskraćivanje skrbi. Pa ipak, predstaviti skrb o mentalnom zdravlju u okvirima financijskog opterećenja je važno upravo zato što se to opterećenje u kontekstu donošenja javnozdravstvenih politika često koristi kao argument kojim se opravdava ograničeno izdvajanje sredstava za sektor mentalnog zdravlja. To je posebno izraženo u vremenima ekonomskih kriza, kada vladajuće strukture imaju tendenciju smanjivati javnu potrošnju (Knapp, 2012). Temeljem činjenice da se najveći broj dana provedenih u bolničkom liječenju u Republici Hrvatskoj kontinuirano ostvaruje zbog problema mentalnog zdravlja (Štrkalj Ivezić i sur. 2010:2; Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj 2018:26), može se pretpostaviti da skrb o mentalnom zdravlju predstavlja značajno financijsko opterećenje za zdravstveni sustav. Međutim, u procesu pisanja ovog rada nisam uspjela pronaći publikacije koje bi opisale trendove vezane uz trošak skrbi za mentalno zdravlje u Republici Hrvatskoj¹⁴. Trošak nije ograničen samo na zdravstveni sustav, nego predstavlja i širi gospodarski teret. Taj se teret može razložiti na onaj izravno uzrokovan visokim udjelom problema i poremećaja mentalnog zdravlja, njihovim čestim kroničnim tijekom i činjenicom da najveći udio osoba hospitaliziranih zbog mentalnih poremećaja predstavljaju osobe od 20 do 59 godina

¹⁴ Neke publikacije ističu dio troškova, pa je tako trošak lijekova izdanih na recept te obveznog i dopunskog osiguranja na razini sekundarne i tercijarne skrbi po pitanju mentalnog zdravlja 2014. godine iznosio 1.18 milijardi kuna (Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji, 2017:22). Ti troškovi ne uključuju troškove usluga dostupnih u okviru primarne zdravstvene zaštite, što uključuje i financijska sredstva koja se izdvajaju za zaštitu mentalnog zdravlja u okviru djelovanja županijskih Zavoda.

starosti, odnosno ljudi u radnoj dobi (Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj 2018), i neizravni financijski teret koji je posljedica učestalih bolovanja i smanjene produktivnosti osoba koje se s takvim problemima susreću (Zdravstveno-statistički ljetopis Grada Zagreba za 2019. godinu, 2020:407). Knapp (2012.) ističe da je za osobe koje žive s mentalnim bolestima i poremećajima vjerojatnije da će biti nezaposlene, lošijeg fizičkog zdravlja, u većoj mjeri biti pogođene dugovanjima, imati problema s alkoholom i ovisnošću i općenito iskusiti nižu kvalitetu života od osoba kojima mentalno zdravlje nije narušeno.

Troškove izvanbolničkog liječenja u odnosu na bolničko liječenje izuzetno je teško usporediti, budući da se, kao što je prethodno opisano, modeli izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti razlikuju na nacionalnoj, regionalnoj, pa i lokalnoj razini. Osim toga, prethodno je opisana i činjenica da su istraživanja ekonomije mentalnog zdravlja globalno podzastupljena. Ipak, dostupna literatura uključuje istraživanja, poput onih provedenih na primjerima američke savezne države Kalifornije, ili pak grada Londona, koja upućuju na to da je organizacija skrbi u zajednici značajno jeftinija od bolničke, pa čak i uzevši u obzir razlike u modelima izvanbolničke zaštite mentalnog zdravlja (Simon, 1997:59-61). Štoviše, istraživanje koje su Knapp i suradnici (2012:1-2) proveli na dvadeset i pet različitih izvanbolničkih modela intervencija vezanih uz mentalno zdravlje ukazalo je na isplativost investiranja u analizirane usluge, budući da njihovi neposredni ishodi uključuju financijsku dobit za poslodavce i državu. Slično je iskustvo sudionika Twinning projekta s nizozemskim Trimbos institutom:

“Apsolutno, računica je jasna, nema tu, to nema nikakve sa realnim i racionalnim i isplativim. Dakle, sve je tu jasno, nama su Nizozemci objasnili. Čak evo u toj edukaciji je, držao je edukaciju bivši ravnatelj jedne takve psihijatrijske bolnice koji je sam govorio o svojim otporima, i onda je rekao da je vidio, naravno, da je to sve puno isplativije.” (a.k. 11, 20.11.2019.)

Zbog svega navedenog tvrdnja da je reforma postojećeg sustava skrbi za mentalno zdravlje u Hrvatskoj ili, općenito, ulaganje u zaštitu mentalnog zdravlja preskupo nije točna. Tu su tezu potvrdili i kazivači u ovom istraživanju koji preprekama u provođenju potrebnih reformi ne smatraju financijske troškove: “To vam je... ovo što mi

danas pričamo, to je stvar prvo političke volje. Mislim da financije koje se troše trenutno, ogroman jedan bazen se kotrlja koji bi se mogao malo presložiti.” (a.k. 10, 19.11.2019). Konkretnije, kazivačica je pojasnila da je “najskuplje je ako ti pacijenta držiš u bolnici (...), da pacijenta koji uopće nema indikacije za prijem u bolnicu ti primaš u bolnicu” jer je jer “bolnici je najskuplja skrb, a ništa ne dobiješ u stvari (...), to je u stvari skuplje nego da je čovjek u hotelu” (ibid.). Kazivači većinom smatraju i da se, u skladu s pronalaskom istraživanja provedenih u sklopu Twinning projekta (Twinning fiche HR 14 IB SO 02, 2015:3), ne može *a priori* govoriti o nedostatku stručnjaka za mentalno zdravlje koji bi mogli provoditi reformirane politike mentalnog zdravlja, jer bi te reforme podrazumijevale prenamjenu već postojećeg bolničkog osoblja:

“Ne bi se trebalo zaposlit i platit više ljudi nego bi trebalo zaposlit i platit više stručnih ljudi. Zato što u Hrvatskoj postoje... čak više ljudi ne bi ni trebalo jer se moraju dekonstruirat bolničke ustanove, što je neprihvatljivo jer ravnatelji tih ustanova, koliko ja znam, rade presiju da se koči na mentalnu strategiju i da se u njoj previše ne ide na tu priču” (a.k. 7, 18.11.2019.)

7. Zaključak

Unatoč činjenici da Svjetska zdravstvena organizacija, Europska unija i dio stručne hrvatske javnosti već desetljećima ističu važnost provedbe deinstitucionalizacije i prelaska s modela psihijatrijskih bolnica na model izvanbolničke organizacije skrbi za mentalno zdravlje, ozbiljniji pomak prema naprijed izostaje. Iskorak prema humanijoj organizaciji skrbi sa znanstveno utemeljenim povoljnijim ishodima za korisnike, njihove obitelji i zajednice u kojima žive u hrvatskom kontekstu predstavlja izvanbolnička skrb organizirana pri županijskim Zavodima za javno zdravstvo. Ustanovljena temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine, takva je skrb u najširem opsegu zaživjela u Zagrebu, i to u vidu Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti pri Nastavnom zavodu za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar”. Iako su navedeni zakonski okvir pratili dokumenti, poput Nacionalne strategije zaštite mentalnog zdravlja od 2011. do 2016.

godine, i projekti, poput nominalno obvezujućeg Twinning projekta “Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s problemima mentalnog zdravlja”, koji su bili usmjereni prema razvijanju kapaciteta za izvanbolničku skrb i smanjivanju broja bolničkih kreveta, potrebne reforme nikad nisu provedene. Štoviše, novi je Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2018. godine dodatno ograničio već postojeće kapacitete, bez planova za organizaciju potrebne skrbi u okviru drugih ili novih institucija ili programa.

Sudionici ovog istraživanja glavne su razloge za navedeno paradoksalno stanje identificirali u nedostatku političke volje za uvođenjem potrebnih promjena, a koja proizlazi dijelom iz stigme koja i dalje obilježava pitanje mentalnog zdravlja, dijelom iz nerazumijevanja važnosti i hitnosti, a dijelom iz interesa i stavova prominentnih stručnjaka za mentalno zdravlje. Iako postoji dugogodišnji kontinuitet istraživanja koja ističu važnost liječenja u zajednici i razumijevanja socijalnih i kulturnih faktora kao ključnih determinanti oporavka za osobe narušenog mentalnog zdravlja, kod značajnog dijela stručnjaka za mentalno zdravlje, na čelu s psihijatrijskom zajednicom, prevladava shvaćanje mentalnih bolesti i poremećaja kao gotovo isključivo biološke kategorije. Redukcionistički pogled na uzroke i liječenje mentalnih bolesti i poremećaja spregnut s uplivom osobnih interesa u vidu financijskog i socijalnog kapitala predstavlja značajnu prepreku u reorganizaciji postojećeg sustava skrbi.

Svi sudionici, od kojih je većina u Službu došla iz bolničkog sustava, stava su da je potrebno širiti kapacitete za izvanbolnički tretman osoba s mentalnim bolestima i poremećajima zbog veće pristupačnosti, boljih ishoda liječenja i pozitivnih iskustava korisnika. Međutim, većina sudionika se osjeća nezainteresiranima za politike mentalnog zdravlja, i to najviše zbog toga što smatraju da za pitanja vezana uz te politike nemaju vremena. Ipak, smatraju da su iskustva stručnjaka za mentalno zdravlje koji rade s korisnicima iznimno važna za formiranje tih politika.

Istraživanja politika mentalnog zdravlja i sustava skrbi za mentalno zdravlje općenito, a pogotovo kvalitativna, izuzetno su rijetka u Hrvatskoj. Potrebno je istražiti stavove i iskustva nositelja izvanbolničke, ali i bolničke skrbi za mentalno zdravlje, iskustva korisnika i njihovih obitelji, kao i ona donositelja odluka, kako bi se politike mentalnog zdravlja u budućnosti mogle formirati na način da u što većoj mjeri odgovaraju

potrebama korisnika i pružatelja usluga. To je ujedno i jedan od načina na koji bi se mogao premostiti jaz između postojećeg nedostatka interesa stručnjaka za politički aspekt njihovog rada i nezaobilazne potrebe za integracijom njihovih iskustava u učinkovite sustave skrbi.

Iako kod liječenja mentalnih bolesti i poremećaja postoji stanoviti paradigmatički raskorak između biotehnoških i socijalnih pristupa, ovaj je rad jasno naklonjen potonjima. Osim što je temeljen na zaključcima izvedenim iz relevantne znanstvene literature, moj je stav dijelom motiviran i posrednim osobnim iskustvima bližnjih koji su iskusili i bolničko i izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti. Njihova su me bitno različita iskustva kao korisnika različitih modela liječenja navela na formuliranje osnovnih istraživačkih pitanja i promišljanje zdravstvenih politika kao kategorije javnog djelovanja i odlučivanja s iznimno značajnim, dubokim i specifičnim posljedicama za pojedince i zajednice u kojima oni žive.

8. Literatura

Amandmani na Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugo čitanje, P.Z.E. br. 379, *Hrvatski sabor*, 18.10.2018.

https://www.sabor.hr/sites/default/files/uploads/sabor/2018-12/AMANDMANI_Klub_HDZ_PZE_379_72-74.pdf (pristup 29.05.2020.)

Bracken, Pat, Philip Thomas, Sami Timimi, Eia Asen, Graham Behr, Carl Beuster, Seth Bhunnoo et al. "Psychiatry beyond the current paradigm." *The British Journal of Psychiatry* 201, no. 6 (2012): 430-434. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>

Drake, Robert E., Alan I. Green, Kim T. Mueser, and Howard H. Goldman. "The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness." *Community Mental Health Journal* 39, no. 5 (2003): 427-440. DOI: <https://doi.org/10.1023/a:1025860919277>

Drake, Robert E., George Szmukler, Kim T. Mueser, and Graham Thornicroft, eds. "Introduction to community health care." In *Oxford Textbook of Community Mental Health*, 3-8. New York: Oxford University Press, 2011.

Goodwin, Simon. *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. London: Sage Publications, 1997.

Izvešće Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku o Konačnom prijedlogu zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugo čitanje, P.Z.E. br. 379, *Odbor za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora*, 18. listopada 2018. <https://www.sabor.hr/radna-tijela/odbori-i-povjerenstva/izvjesce-odbora-za-zdravstvo-i-socijalnu-politiku-o-konacnom-32> (pristup 04.06.2020.)

Knapp, Martin, David McDaid, Elias Mossialos, i Graham Thornicroft: "Mental health policy and practice across Europe: an overview". U *Mental health policy and practice across Europe*, ur. Knapp, Martin, David McDaid, Elias Mossialos, i Graham Thornicroft, 1-14. New York: Open University Press, 2007.

Knapp, Martin. "Mental health in an age of austerity." *Evidence-based mental health* 15, no. 3 (2012): 54-55. DOI: <http://doi.org/10.1136/ebmental-2012-100758>

Kodeks savjetovanja sa zainteresiranom javnošću u postupcima donošenja zakona, drugih propisa i akata, *Narodne novine*, br. 140/2009

Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugo čitanje, P.Z.E. br. 379, *Hrvatski sabor*,

18.10.2018. <http://edoc.sabor.hr/Views/FonogramView.aspx?tdrid=2013961&type=HTML&singleTDR=False> (pristup 30.05.2020.)

KONAČNI PRIJEDLOG ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, drugo čitanje, P.Z.E. br. 379 - predlagateljica: Vlada Republike Hrvatske, *Hrvatski sabor*, 2018. <https://www.sabor.hr/konacni-prijedlog-zakona-o-zdravstvenoj-zastiti-drugo-citanje-pze-br-379-predlagateljica-vlada?t=46300&tid=205976> (pristup 02.06.2020.)

Lehtinen, Ville, Heinz Katschnig, Viviane Kovess-Masféty, i David Goldberg: "Developments in the treatment of mental disorders". U *Mental health policy and practice across Europe*, ur. Knapp, Martin, David McDaid, Elias Mossialos, i Graham Thornicroft, 1-14. New York: Open University Press, 2007.

Mental health and related issues statistics, *Eurostat*, 2020. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mental_health_and_related_issues_statistics#Healthcare_beds_and_personnel (pristup 20.5.2019.)

Nacrt prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Prijedlog iskaza o procjeni učinaka propisa, *Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske*, 2018. <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/savjetovanje-sa-zainteresiranom-javnoscu-1475/otvorena-savjetovanja/nacrt-prijedloga-zakona-o-zdravstvenoj-zastiti-i-prijedlog-iskaza-o-procjeni-ucinaka-propisa/3130> (pristup 31.05.2020.)

Novak, Miranda, i Ana Petek. "Ekspertiza i razvoj hrvatske politike mentalnog zdravlja: percepcija stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja." *Socijalna psihijatrija* 46, br. 4 (2018): 343-371. URI: <https://hrcak.srce.hr/214834>

Novak, Miranda, i Ana Petek. "Mentalno zdravlje kao politički problem u Hrvatskoj." *Ljetopis socijalnog rada* 22, br. 2 (2015): 191-221. URI: <https://hrcak.srce.hr/147573>

Osiguranje optimalne skrbi osoba s mentalnim poremećajima, *Hrvatski zavod za javno zdravlje*, 2017. <https://www.hzjz.hr/ravnateljstvo/osiguranje-optimalne-skrbi-osoba-s-mentalnim-poremecajima/> (pristup 12.06.2020.)

Pregled amandmana, Konačni prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, P.Z.E. br. 379, *Hrvatski sabor*, 2018. <https://www.sabor.hr/sites/default/files/uploads/sabor/2018-12/Pregled%20amandmana%20na%20PZE%20br%20379.pdf> (pristup 30.05.2020.)

Prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti, prvo čitanje, P.Z.E. br. 379, *Hrvatski sabor*, 5. srpnja 2018. <http://edoc.sabor.hr/Views/FonogramView.aspx?tdrid=2013856&type=HTML&singleTDR=False> (pristup 04.06.2020.)

Prijelazni instrument (Transition facility), *Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske*, 2020. <https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/medjunarodni-projekti-i-eu-fondovi/eu-projekti/prijelazni-instrument-transition-facility/1578> (pristup 02.05.2020.)

Ravelli, Dick P. "Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach." *International Journal of Integrated Care* 6, no. 1 (2006). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.146>

Savjetovanja u 2018. godini, *Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske*, 2018. <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/savjetovanje-sa-zainteresiranom-javnoscu-1475/okoncana-savjetovanja/savjetovanja-u-2018-godini/3188> (pristup 22.05.2020)

Savjetovanje o Nacrtu prijedloga zakona o zdravstvenoj zaštiti i Prijedlogu iskaza o procjeni učinaka propisa, *e-Savjetovanja*, 2018. <https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=7214> (pristup 31.05.2020).

Štrkalj Ivezić, Slađana, Vlado Jukić, Danijela Štimac Grbić, Ivan Čelić, Petrana Brečić, Maja Silobrčić Radić, Ante Bagarić, i Marko Ćurković. "Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj." *Acta medica Croatica* 72, no. 2 (2018): 179-187. URI: <https://hrcak.srce.hr/199524>

Štrkalj Ivezić, Slađana, Vlado Jukić, Ljubomir Hotujac, Marija Kušan Jukić, i Ana Tikvica. "Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici." *Liječnički vjesnik* 132, br. 1-2 (2010): 38-42. URI: <https://hrcak.srce.hr/63560>

Tomov, Toma. "Mental health reforms in Eastern Europe." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104 (2001): 21-26. DOI: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2021.x>

Transition facility, *European Commission*, 2016. https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/policy/glossary/terms/transition-facility_en (pristup 02.05.2020.)

Twinning fiche HR 14 IB SO 02 "Ensuring optimal health care for people with mental health disorders (CRO MHD)", *European Commission*, 2015. <https://webgate.ec.europa.eu/europeaid/online-services/index.cfm?ADSSChck=1435450312192&do=publi.detPUB&aoref=137112&userlanguage=en> (pristup 03.05.2020.)

Twinning, *European Commission*, 2020. https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/tenders/twinning_en (pristup 02.05.2020.)

Winkler, Petr, Dzmitry Krupchanka, Tessa Roberts, Lucie Kondratova, Vendula Machů, Cyril Höschl, Norman Sartorius et al. "A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe

mental illnesses in central and eastern Europe." *The Lancet Psychiatry* 4, no. 8 (2017): 634-642. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30135-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30135-9)

World Health Organization. "The European mental health action plan 2013–2020." *Copenhagen: World Health Organization* 17 (2015).

Zakon o zdravstvenoj zaštitu, *Narodne novine*, br. 100/2018

Zakon o zdravstvenoj zaštitu, *Narodne novine*, br. 121/2003

Zakon o zdravstvenoj zaštitu, *Narodne novine*, br. 150/2008

9. Sažetak/ Summary

Mentalno zdravlje i vezane javnozdravstvene politike i prakse – perspektiva djelatnika Nastavnog zavoda za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar”

Relevantne međunarodne smjernice i pristupne obaveze prema Europskoj uniji Hrvatsku obvezuju na posvećenost razvoju kapaciteta izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti. Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti Nastavnog zavoda za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar” primjer je učinkovite organizacije takve skrbi. Ovaj rad iznosi pregled postojećih politika mentalnog zdravlja u Hrvatskoj vezanih uz izvanbolničku skrb kroz analizu zakona, strateških i projektnih dokumenata i ukazuje na značajan nesrazmjer između navedenih politika i suvremenih kriterija za organizaciju skrbi za mentalno zdravlje unatoč postojanju preduvjeta za uvođenje potrebnih reformi. Pregled je poduprt stavovima i iskustvima djelatnika Službe kao nositelja izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje u Zagrebu. Njihova iskustva potvrđuju potrebu za širenjem kapaciteta sličnih modela skrbi, naglašavaju potrebu uvođenja tretmana u zajednici, ukazuju na pozitivne ishode i iskustva korisnika, te glavne prepreke uvođenju reformi postojećeg sustava kojim dominira bolničko liječenje pronalaze u nedostatku političke volje i otporu dijela psihijatrijske struke.

Mental health and related public health policies and practices from the perspective of the Department of Mental Health and Addiction Prevention at Andrija Štampar Teaching Institute of Public Health employees

Relevant international guidelines and member state obligations to the European Union demand Croatia focuses on developing its capacity for outpatient treatment of mental disorders. The Department of Mental Health and Addiction Prevention at Andrija Štampar Teaching Institute of Public Health sets the example for an effective outpatient care model. This paper gives an overview of contemporary mental health policies in Croatia pertaining to outpatient service by analyzing the legal framework and strategic and project documentation. The analysis points to significant gaps between existing policies and modern criteria for organizing mental health services, despite the fact that a foundation for necessary reform exists. The overview is supported by the views and experiences of the Department employees, who are the principal carriers of outpatient care in Zagreb. They confirm the need to expand outpatient services, emphasize the necessity of developing community treatment capacities, and point to positive treatment outcomes and experiences of their patients. They locate the principal obstacles to reform in the lack of political will to introduce changes and opposition from a part of the psychiatric community.