

Unapređenje zaštite mentalnog zdravlja osoba u skrbi obiteljskog liječnika

Maričević, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:765018>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-10**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Ivana Maričević

***Unapređenje zaštite mentalnog zdravlja osoba u
skrbi obiteljskog liječnika***

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Ivana Maričević

**Unapređenje zaštite mentalnog zdravlja osoba u
skrbi obiteljskog liječnika**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2020.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za obiteljsku medicinu u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Miroslava Hanževačkoga, dr. med. specijalista obiteljske medicine i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2019./2020.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU

RH – Republika Hrvatska

SOM – specijalist opće - obiteljske medicine (engl. GP, *general practitioner*)

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija (engl. WHO, *World Health Organization*)

EU – Europska unija (engl. *European Union*)

HIV – humana imunodeficijencija (engl. *Human immunodeficiency virus*)

WONCA – Svjetska organizacija liječnika obiteljske medicine (engl. *World Organization of Family Doctors*)

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj (engl. PTSD, *post-traumatic stress disorder*)

OKP – opsesivno kompulzivni poremećaj (engl. OCD, *obsessive compulsive disorder*)

NHS – Britanski zdravstveni sustav (engl. *National Health Service*)

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD	1
1.1. Mentalno zdravlje	2
1.2. Uloga liječnika obiteljske medicine	5
2. RASPRAVA	8
2.1. Mentalno zdravlje i primarna zdravstvena zaštita.....	8
2.2. Primjena teorije	10
2.3. Primjeri iz svijeta	17
2.3.1. Čile	17
2.3.2. Ujedinjeno Kraljevstvo	24
2.4. Republika Hrvatska	30
3. ZAKLJUČAK.....	43
4. ZAHVALE.....	44
5. LITERATURA.....	45
6. ŽIVOTOPIS	48

SAŽETAK

Naslov: Unapređenje zaštite mentalnog zdravlja osoba u skrbi obiteljskog liječnika

Ivana Maričević

Mentalno zdravlje sve je važnija i češća tema suvremene znanosti i prakse. Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *WHO*) definirala ga je kao stanje dobrobiti u kojemu pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici. Liječenje mentalnih poremećaja na razini primarne zdravstvene zaštite je financijski isplativo, a samo ulaganje u taj dio medicine može donijeti, osim financijske i druge značajne prednosti. Glavni pružatelji usluga zaštite mentalnoga zdravlja za većinu pacijenata zbog svoje dostupnosti jesu specijalisti opće - obiteljske medicine. Pacijenti će posjetiti specijalista opće - obiteljske medicine koji im kao čuvar zdravstvenoga sustava omogućava daljnju obradu i liječenje. U radu prikazani su dogovoreni teorijski ciljevi uklapanja zaštite mentalnoga zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu te primjeri država koje su većinom uspješno provele proces integracije. Prikazane su sve dogovorene i poduzete mjere integracije u Republici Hrvatskoj. Zaključila sam da većina države ne uspiju u potpunosti provesti integraciju radi nedostatka političke potpore, neadekvatnoga upravljanja, preopterećenja zdravstvenoga sustava i otpora zdravstvenih radnika te da svaka država ima mjesta za napredak. RH treba napraviti nacionalni plan za zaštitu mentalnoga zdrava te više ulagati u edukaciju zdravstvenih radnika. Trebalo bi osvijestiti liječnike o njihovim mogućnostima i poziciji u pružanju zdravstvene zaštite i poraditi na promociji očuvanja mentalnoga zdravlja jer se često zanemaruje činjenica da je mentalno zdravlje sastavni element cjelokupnog zdravlja pojedinca.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, specijalist opće - obiteljske medicine, čuvar zdravstvenoga sustava, promocija, zdravlje

SUMMARY

TITLE: Improvement of mental health protection in family medicine

Ivana Maričević

Mental health is a very important topic in modern science and in clinical practice. The World Health Organization (or WHO for short) defines mental health as a state of well-being in which an individual is capable of reaching their full potential, as well as able to cope with everyday stress, be productive and capable of contributing to their community. Treating mental disorders at the level of primary care translates into cost-effectiveness, and investing in psychiatric care has other significant advantages, not just financial ones. Family physicians are the main providers of this kind of health care for most patients. Patients pay visits to their family physicians, and their family physicians, functioning as gatekeepers, organize their workup. This thesis highlights the agreed-upon therapeutic objectives regarding the integration of the protection of mental health into primary care and lists examples of countries that have done so successfully. It also highlights the agreed-upon measures taken to do so in the Republic of Croatia. The conclusion I have reached is that, due to a lack of political support, organizational difficulties, burdens on their health care systems, and the reticence of their medical staff, most countries are unable to accomplish this kind of integration. The Republic of Croatia should formulate a plan regarding mental health protection at a national level and invest more money in educating its healthcare workers. It should also promote mental health maintenance because of the very fact that we often forget that mental health is one of the key elements that make up the health of an individual as a whole.

Keywords: mental health, general practitioner, gatekeeper, promotion, health

1. UVOD

Mentalno zdravlje sve je važnija i češća tema suvremene znanosti i prakse. Dugi niz godina duševni poremećaji se zanemaruju kao dio strategija pojačavanja primarne zdravstvene zaštite, a samim time narušavala se kvaliteta mentalnoga zdravlja. Neshvaćanja o prirodi mentalnih bolesti i njihovom liječenju pridonijelo je njihovom zanemarivanju u sustavu (1). Većina ljudi vjeruje da skupina oboljelih od mentalnih bolesti čini malu populaciju u svijetu, ali realnost je da 60% ljudi koji dolaze kod doktora primarne zdravstvene zaštite imaju na neki način narušeno mentalno zdravlje (1). Oko 14% globalnog opterećenja bolestima pripada neuropsihijatrijskim stanjima (1). U stvarnosti stotine milijuna ljudi boluje od neke mentalne bolesti, ako sagledamo taj postotak u broju ljudi. Ostavi li se toliki broj ljudi neliječen i nezbrinut dolazi do velikih financijskih gubitaka u sustavu te patnje tih bolesnika i njihove okoline (1). Također nije iskorijenjeno mišljenje da se mentalne bolesti ne mogu liječiti, ali danas postoje razni učinkoviti tretmani koji se uspješno provode na razini primarne zdravstvene zaštite. Usprkos potencijalu za uspješno liječenje mentalnih poremećaja, samo manjina onih kojima je potrebna pomoć uspiju dobiti čak i najosnovniju terapiju (1). Integracija zaštite mentalnoga zdravlja u sustav primarne zdravstvene zaštite zatvara terapijski rascjep i omogućava oboljelima potrebnu zdravstvenu njegu (1). Specijalist opće - obiteljske medicine (SOM), u većini slučajeva, nalazi se u pacijentovu okruženju (mjesto boravišta i prebivališta) i na taj način dostupniji je oboljelima nego konzilijarni liječnik. Osim toga, bitno je napomenuti da ljudi izbjegavaju dodatne financijske troškove povezane s traženjem stručne skrbi na udaljenijim lokacijama (2). Integracija brige o mentalnom zdravlju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti bitna je radi iskorjenjivanja stigmatizacije i diskriminacije. SOM većinom imaju prisniji odnos sa pacijentima nego psihijatri, a to doprinosi minimiziranju stigme i diskriminacije te uklanjanju rizika od kršenja osnovnih ljudskih prava koja se učestalije javljaju u psihijatrijskim bolnicama (2). Mentalne bolesti pojavljuju se u svim populacijama i moguće je oboljeti tijekom cijeloga života. Ne utječu samo na osobu koja je oboljela, nego i na ostale osobe u bolesnikovu okruženju (3).

Većina država nije uspjela započeti integraciju radi nedostatka političke potpore, neadekvatnoga upravljanja, preopterećenja zdravstvenoga sustava i otpora zdravstvenih radnika (2). Treba poraditi na promociji očuvanja mentalnoga zdravlja jer se često zanemaruje činjenica da je mentalno zdravlje sastavni element cjelokupnog zdravlja pojedinca. Trebalo bi pravovremeno prepoznati osobe koje su u riziku za obolijevanje od mentalnih poremećaja, ali i postojeće oboljele osobe kod kojih je moguće pogoršavanje postojećega stanja. Došlo se do spoznaje da nema zdravlja bez mentalnoga zdravlja (1).

1.1. Mentalno zdravlje

Mentalno je zdravlje Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *WHO*), definirala kao stanje dobrobiti u kojemu pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici (4). Smatra se i općim javnim dobrom, osnovnim ljudskim pravom, osnažuje socijalnu koheziju, socijalni kapital i sigurnost te je bitno za obiteljsko i međuljudsko funkcioniranje. (5). Smatra se osnovom zdravlja općenito i nerazdvojnim dijelom općega zdravlja koji održava ravnotežu između pojedinca i okoline (6). Razvoj pojma mentalnoga zdravlja započeo je još 1926. Andrija Štampar definicijom zdravlja: „Zdravlje je stanje potpunoga fizičkoga, psihičkoga i socijalnoga blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti “. Već tada bilo je spoznato da je psihičko blagostanje bitna sastavnica čovjekovoga zdravlja. Svjetska zdravstvena organizacija 1948. donosi službenu definiciju zdravlja i definira ga kao stanje potpunoga fizičkoga, mentalnoga i društvenoga zdravlja, a ne samo odsutnost bolesti (7). Definicija se nije mijenjala od tada, a polazi od pozitivnoga koncepta zdravlja i holističke perspektive koja zdravlje sagledava kao rezultat dinamičke interakcije između pojedinca i njegovoga društvenoga, biološkoga i fizičkoga konteksta (5). Naglašava se važnost mentalnoga zdravlja uz fizičko zdravlje u svim životnim razdobljima. Ono utječe i sveprisutno je u svim aspektima našega života kao što su bolje savladavanje stresa, sigurnije stvaranje odluka i subjektivno dobro osjećanje sa samim sobom (8). Također, treba se posvetiti jačanju mentalnoga zdravlja na razini populacije, a ne samo gledati pojedinca.

Odrednice mentalnog zdravlja prema Hrabak – Žerjavić i Silobrčić Radić (6) :

- Individualni čimbenici i iskustva (kao što su događaji u djetinjstvu)
- Društveno međudjelovanje (interakcije)
- Društvene strukture i resursi
- Kulturne vrijednosti

Danas su poznata dva osnovna pristupa mentalnom zdravlju: pozitivni i negativni (6). U prošlosti promatrale su se isključivo mentalne bolesti kao dio narušenoga (negativnoga) mentalnoga zdravlja, a sad se sve veća pažnja pridaje dobrom (pozitivnom) mentalnom zdravlju.

Dobro (pozitivno) mentalno zdravlje bitno je za opću dobrobit, za čovjekovu sposobnost percepcije, razumijevanje i tumačenje okoline, prilagođavanje i međusobnu komunikaciju (6). Zdrave mentalne sposobnosti i funkcije daju nam sposobnost doživljavanja života vrijednim i pomažu nam da postanemo kreativni i produktivni članovi društva.

Narušeno (negativno) mentalno zdravlje odnosi se na mentalne poremećaje, probleme i simptome (6). Mentalni poremećaji definiraju se prema dijagnostičkim klasifikacijama kao postojanje simptoma (uz iznimku psihosomatskih poremećaja i poremećaja zloupotrebe tvari) (6). Neko zdravstveno stanje naziva se poremećajem kada su simptomi dugotrajni, izvan nadzora pojedinca, kada su u nerazmjeru s mogućim vanjskim uzrocima te kada smanjuju sposobnost funkcioniranja (6). Neka od najčešćih stanja su anksioznost, depresija, pesimizam i nezadovoljstvo životom.

Europska unija prepoznala je vrijednost mentalnoga zdravlja 2008. kada je pokrenula *European Pact for Mental Health and Well-being* s ciljem promocije značaja mentalnog zdravlja za učenje, produktivnost, društvenu koheziju i javno zdravstvo. Svaka država mora napraviti odlučan politički korak prema postizanju blagostanja i zdravoga mentalnoga zdravlja (9). Potrebno je povećati broj istraživanja o mentalnom zdravlju, prikupiti podatke o stanju mentalnog zdravlja na razini cijele populacije, odrediti implikacije mentalnoga zdravlja i bolesti te prezentirati rezultate, prikazati mogućnosti intervencije u sklopu zdravstvenoga i socijalnoga sektora. Treba obratiti pozornost na duševno blagostanje i dobrobit svih građana i grupa, uključujući sve dobne skupine (9).

Europskim paktom za mentalno zdravlje određeno je pet prioriternih područja u kojima će djelovati države članice EU (10):

- Prevencija depresije i samoubojstva
- Mentalno zdravlje mladih i obrazovanje
- Mentalno zdravlje na radnom mjestu
- Mentalno zdravlje starijih građana
- Borba protiv stigmatizacije i društvene isključenosti

Briga o mentalnom zdravlju nedjeljiva je od javnoga zdravstva i djelovanja u javnozdravstvenom području. Iznimno važno je promicati čvrstu integraciju sa svim javnozdravstvenim strategijama (6). Potrebno je priznati vrijednost mentalnoga zdravlja diljem EU te u svim razinama društva. Samo na taj način bit će omogućena potrebna pomoć i liječenje osobama oboljelima od mentalnih bolesti, ali i ostaloj populaciji u svladavanju problema svakodnevice te omogućen svima dostojan život u skladu s osnovnim ljudskim pravima.

1.2. Uloga liječnika obiteljske medicine

Glavni pružatelji skrbi i visokokvalitetne zaštite mentalnoga zdravlja za glavninu pacijenata su liječnici obiteljske medicine. Većina ljudi sa narušenim mentalnim zdravljem doći će u ordinaciju SOM-a i potražiti liječničku pomoć. Pacijenti očekuju brzu obradu, postavljanje dijagnoze i početak liječenja. Mentalne bolesti mogu zakomplicirati druga medicinska stanja te se prezentiraju kao svojevrsan izazov u ordinaciji SOM-a (11). Edukacijom tijekom specijalizacije obiteljske medicine i potom kontinuiranom medicinskom edukacijom, liječnici obiteljske medicine trebali bi biti pripremljeni za rješavanje većine psihijatrijskih bolesti koje se pojavljuju tijekom djetinjstva, adolescencije i odrasloj životnoj dobi (12). Zbog kontinuirane skrbi koju SOM pružaju moguće je rano prepoznavanje bolesti, a budući da najčešće liječe i cijelu obitelj, moguće je prepoznati problem i intervenirati unutar obitelji. Nažalost, oboljeli su često suočeni sa socijalnom stigmom kada posjećuju psihijatra ili borave u psihijatrijskoj ustanovi, a odlazak doktoru obiteljske medicine ne prati stigma i diskriminacija. SOM predstavlja jedno svojevrsno ujedinjenje psihičkog i fizičkog unutar različitih modela bolesti jer biopsihosocijalnim pristupom uključuje utjecaj emocionalnoga aspekta na organsku bolest kod svakog pacijenta (12). SOM ima velik broj pacijenata dnevno (prosječno 100 pacijenata u danu) koji dolaze radi brojnih simptoma i problema kojih po posjeti u prosjeku pacijent iznese šest (12). Zbog takvih ograničenja s kojima se susreće jedan SOM, rješavanje problema iz spektra mentalnog zdravlja u nepovoljnom je položaju u odnosu na kontrolu kronične bolesti ili na neki akutni fizički problem. Također, pacijenti koji se prezentiraju ozbiljnim i jasnim simptomima kod kojih je dijagnoza psihijatrijskog poremećaja jasna rijetki su u ordinacijama obiteljske medicine (12). Većinom pacijenti dolaze sa širokim spektrom somatskih tegoba kao što su umor, glavobolja, bol u trbuhu, palpitacije, osjećaj nervoze, a čak nerijetko kažu samo da se ne osjećaju baš najbolje. Najvjerojatnije pacijent pokušava zamaskirati problem jer nije spreman suočiti se s njime, a uloga doktora obiteljske medicine je da prvo otkrije o kojem točno poremećaju se radi, a potom treba pomoći pacijentu u prihvaćanju problema (12). Bitno je objasniti pacijentu važnost liječenja i potaknuti pacijenta na suradljivost i prihvaćanje dijagnoze i pridržavanje liječenja. Treba napraviti prihvatljiv i objašnjen na razini pacijenta dijagnostički plan i plan

liječenja. Poanta je da se doktor obiteljske medicine najbolje može prilagoditi pacijentovom shvaćanju bolesti i biti ta premosnica između pacijenta i prihvaćanju njegovoga problema. Poboľšanje ishoda liječenja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti podrazumijeva dobru organizaciju rada, redovito praćenje, praćenje suradljivosti, kao i pravovremenu konzultaciju psihijatra (12). Jedan od najbitnijih uzroka smrtnosti kod pacijenata sa narušenim mentalnim zdravljem je suicid koji se može dogoditi i prije nego što pacijent zatraži ikakvu pomoć (12).

Pristup i obrada osoba koje dolaze u ordinaciju SOM-a mora biti kompleksna. Obrada pacijenata ne bi se trebala samo odnositi na već oboljele osobe, nego i na pravovremeno reagiranje i prepoznavanje rizičnih čimbenika kod osoba koje su u riziku od obolijevanja, a nisu još oboljele. SOM bi trebao imati aktivniju ulogu u populaciji o kojoj skrbi i pokušati reagirati prije negoli se bolest pojavi i zakomplicira.

Najčešći posjetioći liječničke ordinacije su pacijenti s mnogima pridruženima bolestima za koje je skrb posebno zahtjevna, a preporuke kako je provoditi uglavnom nisu obuhvaćene u smjernicama stručnih društava (12). Uloga SOM-a nezamjenjiva je u planiranju i organiziranju skrbi za pacijente sa narušenim mentalnim zdravljem. Svaka obrada pacijenta započinje sa uzimanjem opsežne anamneze te ako je potrebno heteroanamneze. Može se reći da je SOM u određenoj prednosti zbog dugogodišnjeg poznavanja svojih pacijenata te pružanja kontinuirane skrbi. Najčešće se radi o poznavanju i liječenju cijele obitelji i na taj način stječe se uvid u sve zdravstvene probleme, obiteljske i socijalne okolnosti života koje zapravo mogu utjecati na pojavu i razvoj bolesti (13). Nakon uzimanja anamneze dogovara se daljnji postupak sa pacijentom, daje se terapija i dogovara sljedeća kontrola na kojoj se provjerava učinkovitost terapije ili se dogovaraju daljnji dijagnostički postupci kao što su daljnja konzultacija sa psihijatrom ili izrada nekih laboratorijskih nalaza. Ovo je primjer jednostavnijega pacijenta koji surađuje, međutim postoje i nesuradljivi pacijenti koji ne žele priznati postojanje problema. Takvi pacijenti svojevrsan su izazov u ordinaciji liječnika obiteljske medicine i tu dolazi do izražaja vještina komunikacije sa teškim i nesuradljivim pacijentom. SOM treba pronaći odgovarajući način na koji će prodrijeti do

pacijenta da prihvati svoju bolest, izgraditi kvalitetan međusobni odnos s bolesnikom i uključiti bolesnika u odlučivanje o liječenju.

Kakva je uloga SOM-a? U navedenim situacijama dolazi do izražaja jedinstveni središnji položaj SOM-a unutar zdravstvenog sustava, njegova sposobnost vođenja kroničnoga i zahtjevnoga pacijenta, ali i njegova uloga kao čuvara ulaza (engl. *gatekeeper*) u zdravstveni sustav te liječnika prvoga kontakta sa oboljelim kao što vidimo na Slici 1.

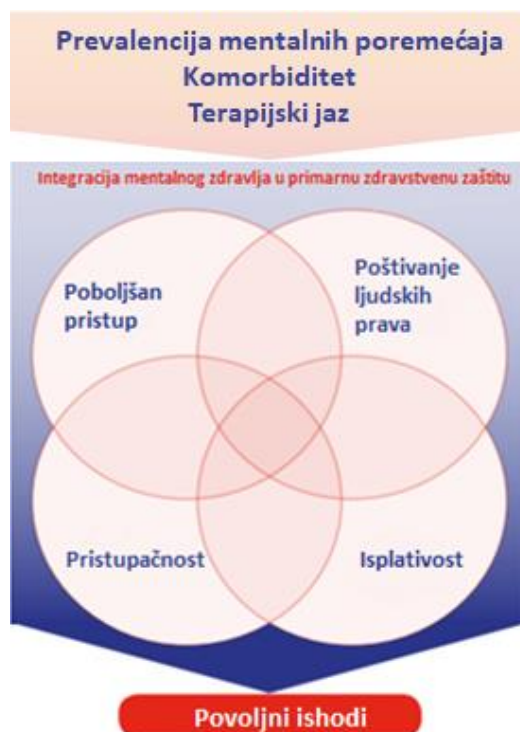


Slika 1. Savjeti kako razgovarati s vašim doktorom o mentalnom zdravlju. Prema: *National Institutes of Health* (14).

2. RASPRAVA

2.1. Mentalno zdravlje i primarna zdravstvena zaštita

Mentalni poremećaji zahvaćaju više milijuna ljudi i isprepliću se s kroničnim oboljenjima kao što su rak, srčane bolesti i humana imunodeficijencija (HIV). Liječenje mentalnih poremećaja na razini primarne zdravstvene zaštite donosi financijsku isplativost, a samo ulaganje u taj dio medicine može donijeti, osim financijske i druge značajne prednosti. Među glavnim prednostima je osiguravanje cjelokupnoj populaciji pristup odgovarajućem liječniku koji će se pobrinuti za adekvatnu njegu mentalnoga zdravlja (2). SZO i WONCA izdvojili su sedam glavnih i korisnih razloga zašto integrirati brigu o mentalnom zdravlju te su prikazani na sljedećim stranicama slikovno i tekstualno.



Slika 2. Glavni razlozi za integraciju u primarnu zdravstvenu zaštitu. Prema: WHO i WONCA (2008), str. 22.

Sedam glavnih razloga za integraciju mentalnoga zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu prema WHO i WONCA (2):

1. Opterećenje mentalnim bolestima je veliko. Prisutne su u svim društvima. Stvaraju značajan osobni teret pojedincu koji je obolio i svojoj obitelji. Oboljeli stvaraju značajne ekonomske i socijalne teškoće cjelokupnom društvu.
2. Mentalno zdravlje i fizički zdravstveni problemi međusobno su povezani. Mnogi ljudi pate i od fizičkih i od psihičkih bolesti. Integrirane zdravstvene usluge pomažu ljudima osigurati odgovarajuće liječenje udovoljavajući potrebama mentalnog zdravlja ljudi sa tjelesnim poremećajima, kao i fizičkim zdravstvenim potrebama ljudi sa mentalnim poremećajima.
3. Terapijski jaz u liječenju mentalnih bolesti. Broj ljudi koji imaju mentalnu bolest je mnogo veći od onoga broja ljudi koji primaju potrebnu terapiju. Primarna zdravstvena zaštita pomaže u premošćenju toga rascjepa.
4. Povećava se pristupačnost. Integracija poboljšava način na koji ljudi dolaze do potrebne skrbi. Kada je pristupačnost djelatnicima za brigu o mentalnom zdravlju bliža njihovim domovima, ljudi radije dolaze po potrebnu pomoć.
5. Promiče očuvanje osnovnih ljudskih prava. Dolazi do minimalizacije diskriminacije i stigmatizacije oboljelih. Uklanjaju rizik od kršenja ljudskih prava koji se učestalo pojavljuje u psihijatrijskim bolnicama,
6. Dostupno i isplativo. Zdravstvena zaštita na primarnoj razini košta mnogo manje nego psihijatrijske bolnice, kako za pacijente, tako i za državu u cjelini. Liječenje uobičajenih mentalnih bolesti je vrlo ekonomično, a čak i mala ulaganja vlade mogu pridonijeti dobitku važnih beneficija (npr. ekonomskih).
7. Donosi povoljne ishode za zdravlje. Dokazano je da uz pravilnu obuku i podršku djelatnici primarne zdravstvene zaštite mogu prepoznati niz psihičkih poremećaja i liječiti uobičajene poput anksioznosti i depresije. Čak i intervencije vezane uz liječenje alkoholizma mogu dati dobre rezultate.

Ne postoji jedinstveni model najbolje prakse koji bi se mogao primijeniti u svim zemljama. Integracija je proces, a ne izdvojeni događaj (1) .

2.2. Primjena teorije

SZO i WONCA odredili su deset zajedničkih načela koja se mogu primijeniti kao preporuke za unapređenje skrbi o mentalnom zdravlju (2).

10 principa za integraciju mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu (2):

1. Političke odluke i planovi trebali bi uključivati primarnu skrb za mentalno zdravlje.
2. Za promjenu stavova i ponašanja potrebno je popularizirati brigu o mentalnom zdravlju.
3. Potreba za kontinuiranom i primjerenom edukacijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
4. Zadaci primarne zdravstvene zaštite moraju biti ograničeni i izvedivi.
5. Liječnici konzultanti moraju biti dostupni kao podrška primarnoj zdravstvenoj skrbi.
6. Pacijentima se mora omogućiti dostupnost psihotropnim lijekovima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
7. Integracija je proces, a ne izolirani događaj.
8. Organizacija koordinatorske službe.
9. Suradnja s drugim vladinim nezdravstvenim sektorima, zdravstvenim radnicima i volonterima.
10. Važnost financijskih i ljudskih resursa.

Političke odluke i planovi trebali bi uključivati primarnu skrb za mentalno zdravlje

Zalaganje odgovornih osoba zaduženih za donošenje odluka za integriranu zaštitu mentalnog zdravlja, formiranje politike i zakona koji konkretiziraju buduće radnje, temelji su za uspjeh. Integracija može biti provedena ne samo bavljenjem politike o kvaliteti mentalnoga zdravlja, već i općom zdravstvenom politikom koja ističe usluge mentalnoga zdravlja na razini primarne zdravstvene zaštite (2). Nacionalne direktive mogu biti oblikovane na način da potiču i oblikuju lokalni napredak. Konzultacije sa liječnicima obiteljske medicine pridonijele su uspjehu stvaranja novih služba za brigu o mentalnom zdravlju (2). Lokalni liječnici primarne zdravstvene zaštite utvrdili su potrebu za integraciju mentalnoga zdravlja u sustav. U Brazilu jedan psihijatar počeo je obilaziti ordinacije primarne zdravstvene zaštite. Uspjeh njegovoga djela potaknuo je i druge psihijatere da slijede njegov primjer i to izvan grada te je kasnije cijeli program uspostavljen uz financijsku podršku gradskog tajništva za zdravstvo. Uspjesi na jednom zemljopisnom području često potiču druga područja u državi da slijede tuđi primjer (2).

Za promjenu stavova i ponašanja potrebno je popularizirati brigu o mentalnom zdravlju

Promidžba je važan aspekt promicanja mentalnog zdravlja na razini populacije. Razni podaci mogu se koristiti namjerno i strateški kako bi postigli odgovarajući utjecaj na populaciju i uveli željene promjene. Trebalo bi uložiti dosta napora i vremena za senzibilizaciju nacionalnoga i lokalnoga političkoga vodstva, zdravstvene vlasti, menadžmenta i djelatnika primarne zdravstvene zaštite o važnosti integracije mentalnoga zdravlja (2). Neke zemlje diskutirale su i raspravile sve mogućnosti integracije sa kreatorima politike prije uvođenja velikih promjena. Popularizacija može biti od iznimne važnosti zbog mogućega početnoga otpora među zdravstvenim radnicima (2).

Potreba za kontinuiranom i primjerenom edukacijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Stručno usavršavanje djelatnika primarne zdravstvene zaštite o pitanjima mentalnoga zdravlja osnovni je preduvjet integracije. Edukacija bi se trebala bazirati na savladavanju epidemiologije, identifikacije i liječenja velikih mentalnih poremećaja (2). Povezanost između mentalnih i fizičkih bolesti također bi se trebala proučavati. Edukacija treba obuhvatiti i naučiti polaznike kako davati informacije pacijentu i obitelji, kako pregovarati oko planova liječenja te kako motivirati i pripremiti pacijente da sami upravljaju i slijede planove liječenja kod kuće. Također, komunikacijske vještine neophodan su alat za pregovaranje i za ostvarivanje dobrog odnosa između pacijenta i doktora (2). Neophodne su za sve djelatnike u zdravstvu, a pogotovo za djelatnike primarne zdravstvene zaštite kao liječnike koji su prvi uključeni u rješavanje problema pacijenata. Polaznici edukacije trebaju naučiti aktivno slušati, pokazati empatiju, koristiti otvorene i zatvorene tipove pitanja i ovladati tehnikama neverbalne komunikacije (2). Efekti edukacije su beznačajni i kratkotrajni, ako liječnici ne prakticiraju novostečene vještine, ne prate nove studije i ako ne odu na daljnja usavršavanja. Stalna podrška i nadzor stručnjaka neophodni su za napredovanje. Modeli suradnje i zajedničke skrbi u kojima se savjetovanje i intervencije odvijaju između liječnika obiteljske medicine i stručnjaka za mentalno zdravlje značajno poboljšava vještine radnika primarne zdravstvene zaštite (2). Često se edukacija odvija u primarnoj skrbi ili na odjelima zdravstvene ustanove kako bi se osiguralo stjecanje praktičnoga iskustva i stalna obuka polaznika (2).

Liječnici konzultanti moraju biti dostupni kao podrška primarnoj zdravstvenoj skrbi

Svaki primjer dobre prakse naglašava važnost postojanja stručnjaka za mentalno zdravlje dostupnoga liječniku primarne zaštite. U nekim slučajevima komunikacija se odvija preko preporuka i preusmjeravanja, dok u drugim situacijama sudjeluju u modelima zajedničke skrbi za pacijenta. Upućivanje može biti u centar za mentalno zdravlje u zajednici ili u bolnicu sa kvalificiranim stručnjacima. Stručnjaci mogu biti psihijatrijske medicinske sestre ili psihijatri koji povremeno posjećuju klinike (2). Liječnici primarne zdravstvene zaštite mogu kontaktirati psihijatra u lokalnom psihosocijalnom centru za pomoć i rehabilitaciju ili psihogerijatrijsku medicinsku sestru, psihologa ovisno o njihovim potrebama i potrebama starijih pacijenata koje savjetuju. Pacijente mogu posjećivati stručnjaci za mentalno zdravlje zajedno sa liječnicima obiteljske medicine. S vremenom psihijatri su počeli preuzimati manje uloge u liječenju, dok su aktivnije i veće uloge počeli preuzimati liječnici obiteljske medicine pod nadzorom konzilijarnih liječnika (2). Stručnjaci za mentalno zdravlje putuju u klinike radi obavljanja nadzora i davanja potpore svojim kolegama. Telefonske konzultacije još su jedno dodatno sredstvo pružanja sekundarne podrške. U nekim zemljama održavaju se redovni sastanci kako bi se osigurala kvaliteta i razina podrške na adekvatnoj razini i osiguralo zadovoljstvo kako primatelja tako i pružatelja podrške. Ti sastanci mogu se koristiti i kao nadzorni alat (2). Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu se na mjesečnoj bazi sastajati sa liječnicima obiteljske medicine. Psihijatri se mogu sastajati sa liječnicima primarne zdravstvene zaštite na kojima se obrađuju slučajevi sa sekundarne razine zdravstvene zaštite (2).

Zadaci primarne zdravstvene zaštite moraju biti ograničeni i izvedivi

Radnici najbolje funkcioniraju kad su im zadaci točno određeni i izvodljivi. Temeljno pitanje koje se mora riješiti je liječenje pacijenata sa teškim mentalnim poremećajima kao što su shizofrenija i bipolarni poremećaj u ordinaciji liječnika obiteljske medicine i hoće li se znati nositi sa učestalijim mentalnim poremećajima poput depresije i anksioznosti (2). Ta pitanja zahtijevaju konzultacije sa kreatorima zdravstvene politike, zdravstvenim radnicima, ali i korisnicima usluga liječnika obiteljske medicine te njihovim obiteljima. Treba uzeti u obzir i raspoložive ljudske snage, financijske resurse i prednosti i mane postojećega zdravstvenoga sustava. Neke zemlje razvile su specijalizirane institucije u kojima su pružatelji usluge primarni zdravstveni radnici, a institucije svojim djelovanjem ciljano pokrivaju određene podskupine stanovništva kao što su stariji, djeca ili migranti i beskućnici (2).

Pacijentima se mora omogućiti dostupnost psihotropnim lijekovima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Omogućavanje pristupa potrebnim psihotropnim lijekovima glavni je izazov integracije skrbi liječnika obiteljske medicine o mentalnom zdravlju. Ponekad se pojavljuju problemi u opskrbi i distribuciji lijekova izravno u ustanove primarne zdravstvene zaštite, a u ostalim slučajevima javlja se problem ograničavanja propisivanja i izdavanja lijekova (2). Integracija zahtijeva preusmjeravanje distribucije i propisivanje potrebnih psihotropnih lijekova u ordinaciji liječnika obiteljske medicine bez dopuštenja i propisivanja lijekova od strane psihijatra. Neki zdravstveni sustavi imaju posebno educirane medicinske sestre kojima je dopušteno propisivanje psihotropnih lijekova pacijentima kojima je potrebno kontinuirano liječenje na preporuku stručnjaka za mentalno zdravlje. U Južnoj Africi donesen je novi zakon koji će omogućiti medicinskim sestrama primarne zdravstvene zaštite propisivanje psihotropnih lijekova nakon završene odgovarajuće izobrazbe (2).

Integracija je proces, a ne izolirani događaj

Čak i u državama gdje postoji politička podrška, integracija iziskuje vrijeme i strpljenje. Razni sastanci sa nizom zainteresiranih stranki su nužni za dobivanje financijske pomoći, a u većini slučajeva potrebno je svladati značajan skepticizam i otpor prema uvođenju novina. Nakon što ideja naiđe na odobravanje i sveopće prihvaćanje, još je potrebno puno nužnih koraka učiniti da bi se cjelokupna koncepcija ostvarila i primjenjivala u praksi. Potrebno je smisliti pravilnike i smjernice, a za to je nužno vrijeme. Zdravstveni radnici trebat će proći određenu edukaciju, a prije negoli se išta od navedenoga dogodi, treba prilagoditi proračun novonastaloj situaciji (2).

Organizacija koordinatorske službe

Koordinatori su presudne figure u upravljanju programom i u rješavanju novonastalih izazova u pokretanju postupka integracije (2). Neke zemlje imale su razvijenu koordinatorsku mrežu i koja je bila u mogućnosti nadvladati sve izazove zahvaljujući predanosti i naporima njihovih koordinatora (2). Koordinatori su važni kako na nacionalnoj tako i na lokalnoj razini. Zanimljivi su primjeri o praćenju uspješnosti liječenja liječnika u Indiji i Australiji. Indija se oslanjala na koordinate za mentalno zdravlje na razini okruga, dok je Australija stvorila područni odbor za mentalno zdravlje (2).

Suradnja s vladinim nezdravstvenim sektorima, zdravstvenim radnicima i volonterima

Vladini sektori izvan domene zdravstva mogu učinkovito surađivati sa liječnicima primarne zdravstvene zaštite kako bi pomogli pacijentima s mentalnim poremećajima pristupiti obrazovnim i socijalnim segmentima društva koji su potrebni za njihov oporavak i uklapanje u zajednicu (2). Nevladine organizacije, zdravstveni radnici u selu i u zajednicama, a često i volonteri imaju važnu ulogu u pružanje podrške pacijentima u sklopu brige za mentalno zdravlje. Zdravstveni djelatnici u selima i zajednicama identificiraju i upućuju osobe s mentalnim poremećajima u ustanove specijalizirane za zaštitu mentalnoga zdravlja. Nevladine organizacije bave se potrebama pacijenata i podržavaju pacijente u njihovoj samostalnosti te smanjuju njihove potrebe za hospitalizacijom. Nevladin rehabilitacijski centar može igrati ključnu ulogu u skrbi za mentalno zdravlje. Iako može postojati dobra mreža liječnika obiteljske medicine i stručnjaka za mentalno zdravlje, ipak se treba oslanjati i na lokalne neformalne udruge poput nevladinih organizacija i vjerskih skupina koje pomažu i daju podršku pacijentima (2).

Važnost financijskih i ljudskih resursa

Za unapređenje zaštite mentalnoga zdravlja potrebna su dodatna financijska sredstva i dovoljan broj adekvatno educiranih liječnika. Edukacija se pokazala ključnim faktorom uspješnoga unapređenja zaštite mentalnoga zdravlja. Troškovi obuke kao što su naknada za edukatore, mjesto održavanja, hrana i smještaj trebali bi biti pokriveni od strane države (2).

2.3. Primjeri iz svijeta

2.3.1. Čile

U Čileu je stvoreni nacionalni planovi za mentalno zdravlje iz 1993. i 2000. koji su precizirali potrebu za integracijom mentalnoga zdravlja u opću zdravstvenu zaštitu (2). Ankete pokazuju da između 13% i 23% odraslih pati od nekoga mentalnoga poremećaja (15). Najčešće dijagnoze su agorafobija, depresivni poremećaj, distimija i ovisnost o alkoholu (16). Zbog nacionalnih planova za mentalno zdravlje došlo je do motivacije i želje za poboljšavanjem pristupa u dijagnostici i liječenju mentalnih poremećaja. Politička podrška bila je uistinu važna jer su uvidjeli da je psihijatrijska bolnička skrb ,prije provedenih reformi, zastarjela i puna kršenja ljudskih prava (2). Provedba nacionalnoga plana za mentalno zdravlje iz 2000. godine postigla je velika poboljšanja (2):

- Međusektorska razmjena informacija i ekonomskih resursa
- Provođenje zdravstvenih usluga u zajednici umjesto u psihijatrijskim bolnicama
- Jačanje uloge centara primarne zdravstvene zaštite u pružanju zdravstvenih usluga veznih uz promociju i unapređenje mentalnoga zdravlja

Među pedeset i šest zdravstvenih problema za koje je vlada jamčila financijsku pomoć i poboljšanje kvalitete u liječenju našla su se i tri mentalna poremećaja (shizofrenija, depresija i zloupotreba i ovisnost o drogama) (15).

Kao dio cjelokupne zdravstvene reforme, primarna skrb o mentalnom zdravlju okreće se prema liječniku obiteljske medicine kojega karakterizira (2):

- Uočava prioritet obitelji, a ne pojedinca kao središta zdravstvene skrbi
- Multidisciplinarni obiteljski zdravstveni timovi (SOM, medicinska sestra, socijalni radnik, nutricionist, psiholog i njegovatelji)
- Naglasak na zdravstvenom obrazovanju pacijenata i pružanje podrške u njihovom samoupravljanju bolešću
- Naglašavanje ranog otkrivanja čimbenika rizika kao i rana dijagnoza i liječenje
- Uključivanje rehabilitacije i palijativne skrbi kao dio zdravstvenih usluga u ordinaciji
- Redovito praćenje zadovoljstva korisnika

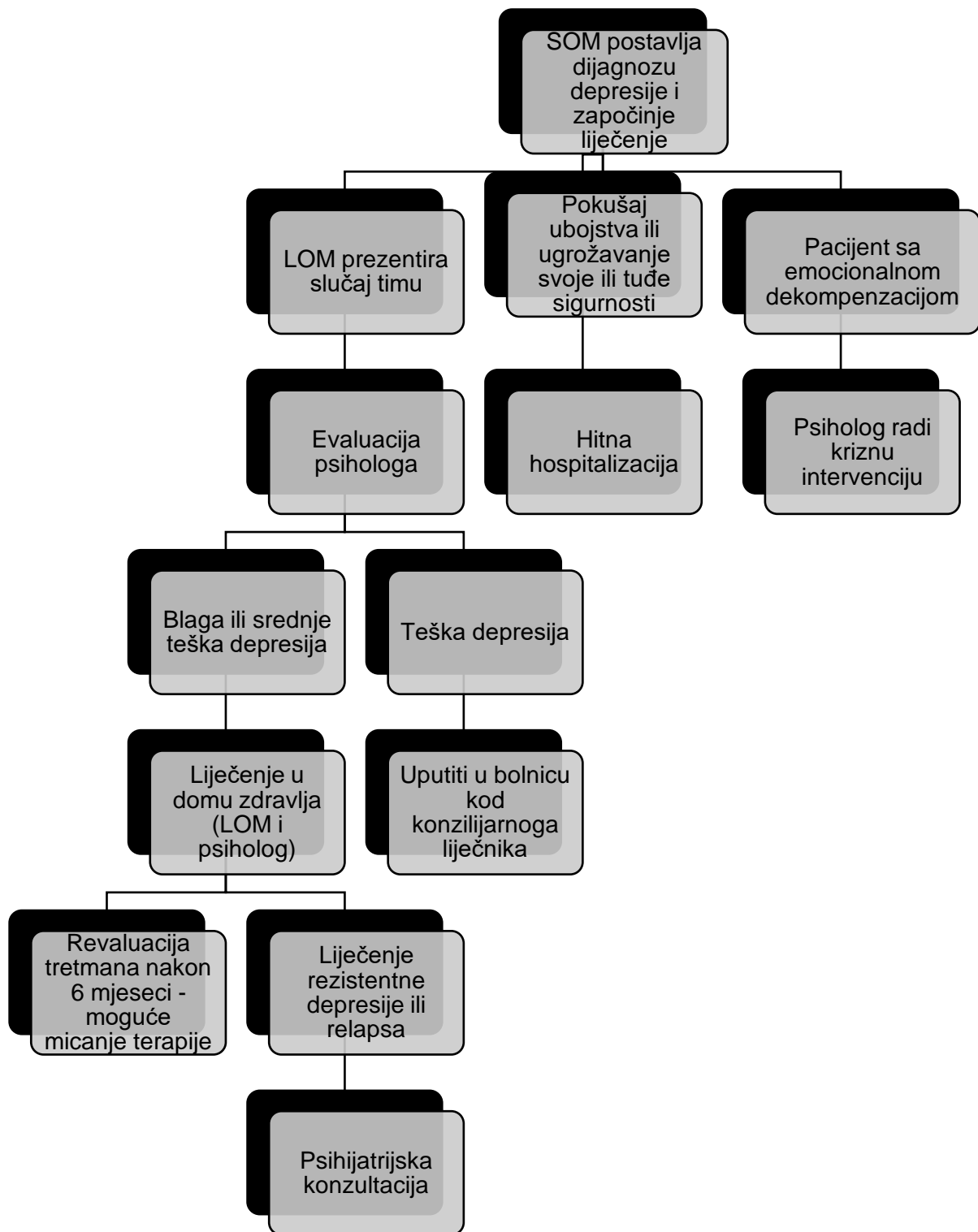
Primarna zdravstvena zaštita postoji samo u sektoru javnoga zdravstva koji pruža usluge otprilike 70% ukupnoga stanovništva Čilea (2). Većina primarne zdravstvene zaštite djeluje lokalno, po općinama. Njihova financijska sredstva dodjeljuju se iz Ministarstva zdravlja na temelju broja ljudi. Osobe koje su pokrivenе javnim zdravstvenim osiguranjem moraju se upisati u centre za primarnu zdravstvenu zaštitu (2) Neke aktivnosti promicanja unapređenja zdravlja i prevencije provode se u školama i zajednicama, ali većina službi za mentalno zdravlje temeljene na primarnoj zdravstvenoj njezi usmjerene su na liječenje već postojećih mentalnih poremećaja, umjesto na prevenciju istih. Najčešći mentalni poremećaj koji se liječi u ordinaciji SOM-a je depresija, što se objašnjava velikom učestalošću ovoga poremećaja u Čileu kao i provedba nacionalnog programa depresije od 2001. Oko 90% oboljelih od depresije liječi SOM, a samo 10% se upućuje na liječenje kod konzilijarnih liječnika (2). U Tablici 1. prikazan je broj novooboljelih koji se liječe u ordinaciji SOM-a. Osobe sa raznim dijagnozama psihoze upućuju se u specijalizirane centre na liječenje. Timovi obiteljske medicine su počeli planirati kako provesti uspješno dugoročno liječenje pacijenata sa shizofrenijom (2).

Tablica 1. Čile: broj novooboljelih koji su liječeni u ordinaciji SOM-a (15).

	Broj slučajeva	Postotak od ukupnoga
Alkoholizam i ovisnost o drogi	29 227	8.9
Žrtve nasilja	21 013	6.4
ADHD	15 465	4.7
Depresivne epizode	179 943	54.9
Anksioznost	55 947	17.1
Poremećaji ličnosti	7 183	2.2
Ostali poremećaji	18 936	5.8
Sveukupno	327 714	100

Sve više se SOM educiraju oko unapređenja i promocije zaštite mentalnoga zdravlja. Jednom mjesečno ih posjećuju psihijatri i drugi stručnjaci za mentalno zdravlje (2). Psihologe su trajno zaposlili u ustanove primarne zdravstvene zaštite i tako omogućili dodatnu pomoć i podršku liječnicima obiteljske medicine.

Dom zdravlja Felix de Amesti jedan je od tri doma zdravlja u gradskoj općini Macula (jugoistočni dio Santiaga). U domu zdravlja djeluju četiri multidisciplinarna tima koji se sastoje od dva SOM-a, jednoga stomatologa, medicinske sestre, primalje, socijalnoga radnika, nutricionista i psihologa (2). Svaki tim odgovoran je za četvrtinu populacije koja je upisana u dom zdravlja. Liječe mnoga stanja uključujući mentalne poremećaje, kardiovaskularne bolesti, respiratorne bolesti, tumore, bolesti zuba i zubnog mesa. Uz dom zdravlja postoji još i Zdravstveni zajednički centar (MHCC) koji pruža ambulantnu specijalnu skrb (2). Općenito, blagi i umjereni mentalni poremećaji liječe se u domu zdravlja, dok su teški poremećaji upućeni u Zdravstveni zajednički centar koji je odgovoran za ambulantnu skrb. Pacijenti sa težim dijagnozama kao što su shizofrenija, upućuju se natrag kod specijalista obiteljske medicine koji kontrolira terapiju održavanja (2). Svi članovi multidisciplinarnog tima pomažu u dijagnosticiranju problema mentalnoga zdravlja, liječenjem i propisivanjem terapije bave se isključivo liječnici obiteljske medicine i psiholozi. SOM odvajaju dva sata dnevno za probleme mentalnoga zdravlja, dijagnosticiraju mentalne poremećaje i propisuju psihotropne lijekove po potrebi (2). Psiholozi vode individualne, obiteljske i grupne psihosocijalne intervencije. Uz to, na raspolaganju su pacijentima nekoliko vrsta grupne terapije i bilo koji član tima može otići u kućnu posjetu po potrebi (2). Svakodnevno SOM pregleda do osam osoba sa akutnim problemima mentalnoga zdravlja (15). Jednom mjesečno sastaju se psihijatar, psiholog, a ponekad i neki drugi profesionalac za mentalno zdravlje sa liječnicima obiteljske medicine. Svrha sastanka je diskusija o pacijentima sa mentalnim poremećajima koje je teško liječiti i dodatna edukacija SOM-a kako se nositi sa težim slučajevima (2). Razvili su smjernice za pomoć u liječenju depresije koje su prikazane na Slici 3.



Slika 3. Domovi zdravlja u Maculu: smjernice za liječenje depresije. Prilagođeno prema WHO i WONCA (2).

Osnivanje Zdravstvenoga zajedničkoga centra 1992. godine bilo je ključno za unapređenje zaštite mentalnoga zdravlja. Došlo je do senzibilizacije općinske vlasti i zajednice o važnosti brige za mentalno zdravlje i dokazano je kako su razni programi i intervencije ključni za zadovoljavanje potreba stanovništva. Osnivanje centra pospješilo je edukaciju liječnika obiteljske medicine. Krajnji uspjeh je osnivanje doma zdravlja i osposobljavanje timova za potporu i liječenje (2).

1994. pokrenuta su dva programa za mentalno zdravlje. Prvi program bio je fokusiran na žene sa anksioznošću i depresivnim poremećajem. Intervencija se sastojala od dvanaest grupnih sastanaka koji su vodili socijalni radnici ili SOM. SOM su najčešće davali psihoterapiju u obliku oralnih benzodijazepina i antidepresiva. (2). Drugi program bazirao se na ranom prepoznavanju i dijagnosticiranju alkoholizma pomoću upitnika sa sedam stavki (2). Provedeni programi uspješno su senzibilizirali vlasti, zdravstvene djelatnike i zajednicu o važnosti problema mentalnoga zdravlja i potrebi pružanja pomoći u centrima za primarnu zdravstvenu zaštitu.

Razvoj doma zdravlja i njegova evolucija pogodovalo je razvoju zaštite mentalnoga zdravlja i usvajanju modela skrbi obiteljskoga liječnika, podjeli zemljopisnoga područja na četiri sektora i stvaranju jednoga multidisciplinarnoga zdravstvenoga tima za svaki sektor (2). Nacionalni program iz 2000. bazirao se na osmišljavanju smjernica i priručnika za grupnu intervenciju u liječenju depresije. Dodatno educirani su profesionalci, angažiran je honorarni psiholog i dopušteno je propisivanje psihotropnih lijekova prve linije bez nalaza psihijatra (2).

Pokrenuli su 2002. program zaštite mentalnoga zdravlja djece. Dječji i adolescentni psihijatrijski tim dolazio je iz opće bolnice savjetovati i educirati timove u domu zdravlja. Konzultacije su pomogle razvitku senzibilizacije zdravstvenih timova na djecu sa mentalnim poremećajima. Također, poboljšale su im se njihove vještine opažanja tjelesnoga i seksualnoga zlostavljanja djece te mentalnih poremećaja koji se često javljaju u dječjoj dobi kao npr. ADHD.

Obiteljski pristup koji je razvijen u Čileu omogućio je liječenje u vlastitom domu osobama s težim mentalnim poremećajima umjesto bolničkoga liječenja (2). U okviru ovoga modela medicinska sestra svakodnevno obavlja kućne posjete i izvještava liječnika obiteljske medicine.

Uspješno proveli su program integracije mentalnoga zdravlja. Glavne teme bile su vještina uzimanja anamneze, razgovor s obitelji bolesnika, nasilje u obitelji, seksualno zlostavljanje djece, mentalni zdravstveni problemi starije populacije, problemi u ponašanju djece, ADHD, depresija, bipolarni poremećaj, napadi panike i poremećaji ličnosti. Glavni ciljevi edukacije bili su suočavanje sa psihički teškim i zahtjevnim osobama, rješavanje sukoba, rad u timu i primjenjivanje strategije prevencije stresa (2).

Napravljena je analiza integracije 2018. Testirani su programi primarne zdravstvene zaštite za depresiju i pokazali su se učinkovitima (17). Presudni i ključni korak u ostvarivanju integracije je pružena financijska, moralna i politička potpora tijekom cijeloga procesa.

2.3.2. Ujedinjeno Kraljevstvo

Poremećaji mentalnoga zdravlja predstavljaju najveći udio oboljelih u Velikoj Britaniji (18). Unatoč tome što su mentalni poremećaji učestali medicinski problema, javna osviještenost i njihovo znanje je loše. Socijalni čimbenici koji su povezani sa većom rasprostranjenošću neurotičnih poremećaja uključuju samovanje, nezaposlenost i urbano okruženje (2). Potrošnja alkohola u posljednjih 20 godina poprilično je konstantno povišena. Broj smrtnih slučajeva zbog kronične ciroze jetre, pokazatelj je prekomjerne upotrebe alkohola. Iako je još uvijek preko 4000 samoubojstava godišnje, ukupna stopa samoubojstava pala je sa 20% na 12% (19). Proces integracije započeli su sa financijskim nagrađivanjem onih timova obiteljske medicine koji svojim visokokvalitetnim uslugama pomažu pacijentima sa kroničnim oboljenjima, uključujući i mentalne bolesti (2). Postavili su određene ciljeve i uvjete koje timovi moraju ostvariti i svake dvije godine uspoređuju njihov uspjeh i napredak te ih novčano nagrađuju.

Pet pokazatelja kojima se ocjenjuje kvaliteta usluge za unapređenje zaštite mentalnoga zdravlja su (2):

- Napraviti registar pacijenata sa ozbiljnim i kroničnim bolestima mentalnoga zdravlja koje je potrebno redovito kontrolirati i koji su suglasni dolaziti na redovne kontrole
- Postotak pacijenata koji su došli na pregled zbog neke od dijagnoza ozbiljnih mentalnih oboljenja zabilježenima u prethodnih 15 mjeseci. Pregled je uključivao kontrolu propisanih lijekova, pregled tjelesnoga zdravlja i pregled koordinacije
- Postotak bolesnika na terapiji litijem, kontrola razine litija unutar 6 mjeseci
- Postotak pacijenata na terapiji litijem s podacima o serumskom kreatininu i TSH u prethodnih 15 mjeseci
- Postotak pacijenata na terapiji litijem sa zapisom terapijskoga raspona litija u prethodnih 6 mjeseci

Obrađeni su podaci londonskoga naselja Waltham Forest-a koji su prikazani u Tablici 2.

Tablica 2. Waltham Forest: procijenjeni broj osoba s mentalnim poremećajima (20).

Depresivni i anksiozni poremećaj	32 312	18.6% lokalnoga stanovništva
Psihotični poremećaji	1 161	0.7% lokalnoga stanovništva
Demencija	2 516	1.4% lokalnoga stanovništva
Alkoholizam	15 233	8.7% lokalnoga stanovništva

Model zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim bolestima postoji u Waltham Forestu i vodi ga NHS. Pacijenti dolaze kod liječnika obiteljske medicine koji ili rješava problem u potpunosti sam ili upućuje pacijenta u specijalističku službu sekundarne ili tercijarne skrbi (2). Dijagnosticiranje i liječenjem uglavnom se provodi u ordinaciji SOM-a. Unutar centra u Waltham Forestu postoji tim za rehabilitaciju u zajednici, tim za podršku alkoholičara i ovisnika o drogi u zajednici, tim za ranu intervenciju, klinika za psihoterapiju i tim za liječenje kod kuće. Uz navedenu skrb, centar ima manje ugovore sa drugim zakladama koje se brinu o mentalnom zdravlju, kao i sa drugim volonterskim i privatnim udrugama koje pružaju usluge (2). U centru ugovorene su dvije liječničke prakse radi pružanja zdravstvenih usluga ugroženim skupinama kao što su azilanti, izbjeglice i beskućnici. Cjelokupna usluga sastoji se od pružanja liječenja i njege bolesnicima s blagim do umjereno teškim poremećajima kao i onima sa složenijim mentalnim i psihosocijalnim potrebama. Cilj pružanja usluge je pružanje pomoći ljudima koji inače nisu u kontaktu sa zdravstvenim službama i ljudi iz manjinskih etičkih skupina (2).

Usluga se pruža u četiri koraka (2):

- SOM osiguravaju pacijentima pisanu i usmenu informaciju o mentalnom poremećajima i kako doći do specijaliziranih ustanova za zaštitu mentalnoga zdravlja prema mjestu stanovanja, radnom odnosu i socioekonomskom statusu. U prvom koraku bitno je naučiti bolesnika kako se pobrinuti za vlastito zdravlje i držati bolest pod kontrolom.
- SOM preuzima brigu i procjenu o mentalnom zdravlju pacijenta, najčešće koristeći standardizirane testove probira. Ovisno o složenosti problema, pacijente se ili upućuje na daljnju obradu i liječenje ili se problem riješi u ordinaciji SOM-a.
- Pacijenti se odmah upućuju u organizacije koje im mogu pomoći s ekonomskim i socijalnim problemima. Usluga je ključna za osiguravanje stabilnosti po pitanjima zapošljavanja, stanovanja i obitelji čime se sprječava daljnja izolacija i moguće pogoršanje mentalnoga zdravlja.
- Odnosi se na bolesnike koji su prije bili akutno bolesni, ali sada su stabilni. Cilj je pružanje cjelovite mentalne i fizičke zdravstvene zaštite u okviru primarne zdravstvene zaštite, istodobno smanjujući opterećenje usluga na sekundarnoj razini. Još uvijek ovaj korak nije u potpunosti primijenjen u praksi kako je zamišljen.

Osim liječenja i podrške osobama sa mentalnim poremećajima, pruža se i usluga promocije i unapređenja mentalnoga zdravlja. Kao primjer, uzima se komunikacija s migrantima i osobama koje ne govore engleski jezik dovoljno dobro za ostvarivanje komunikacije. Nude uslugu telefonskog prevođenja svima kojima je to potrebno (2). Uzima se u obzir kulturološka pozadina svake osobe te se komunicira na primjeren i prihvatljiv način. Ova praksa primjenjuje se ne samo za pomoć oboljelima, nego i promiče i unapređuje mentalno zdravlje svih pacijenata (2).

U centru prepoznali su problem uključivanja ranjivih grupa u društvo. U mjestima gdje je bilo povećano naseljavanje stranim državljanima, uočen je porast broja zdravstvenih problema, uključujući i mentalnih poremećaja. Grupe ljudi nisu mogle doći do odgovarajuće zdravstvene usluge. 2003. osnovane su unutar centra ordinacije koje su bile specijalizirane za rješavanje potreba ranjivih skupina, uključujući teško dostupnih skupina poput izbjeglica, azilanata i beskućnika (2). Ordinacije su bile izrazito popularne, ali su kasnije zatvorene zbog povećane stigmatizacije i sprječavanje uključivanja u društvo. Odlučili su u potpunosti uključiti ranjive grupe u opće usluge primarne zdravstvene zaštite. Kako bi se osiguralo i dalje pružanje visokokvalitetne usluge postojećim pacijentima, a istovremeno rješavanje potreba i problema novih pacijenata od kojih je većina imala teške zdravstvene probleme, formirali su nove ugovore za SOM. Ordinacije su dobivale dodatne financijske resurse kojima je omogućeno održavanje odgovarajuće zdravstvene zaštite svih pacijenata (2). Nakon primitka financijskih resursa, pozvani su svi pacijenti u ordinacije i napravljena je procjena njihovoga zdravstvenoga stanja. Temeljen rezultata procjene napravljen je plan liječenja i psihosocijalna skrb osmišljena je za svakoga pacijenta. Propisane su terapije, savjetovanja i preporuke i organizirani su planirani sastanci. Pacijentima je također pružena praktična podrška i pomoć (2). Prepoznali su da preporuka znači mnogo više od toga da pacijentu samo kažeš gdje treba otići. Kada se radi o vulnerabilnim skupinama, često je potrebno pisati ili kontaktirati agencije u ime pacijenta, organizirati sastanke, pružiti upute i informacije o javnom prijevozu i objasniti kako doći do odredišta (2).

Uspostavljena je suradnja između SOM-a i timovima za mentalno zdravlje, lokalnim ljekarnama, bolnicama, socijalnim radnicima, pravnim službama, volonterima, raznim drugim udrugama i zajednicama. Redovita komunikacija i međusobna suradnja omogućuje pacijentima maksimalnu zdravstvenu skrb. Održavaju se tromjesečni sastanci s psihijatrima koji pružaju sekundarnu zdravstvenu zaštitu. Raspravlja se o pacijentima i zajedničkom djelovanju te se izrađuju planovi (2). Također, održavaju se i sastanci sa ostalim udrugama i volonterima na kojima se obično razmjenjuju informacije. Posebno je što održavaju i sastanke sa korisnicima usluga. Sastanci su dvosmjerni, što znači da u njima dolazi do bitne razmjene informacija. Zdravstveni radnici pružaju informacije oko mogućnosti samozbrinjavanja i liječenja, a korisnici usluga mogu objasniti svoje potrebe i na koji način zdravstveni radnici mogu odgovoriti na njihove zahtjeve (2).

Za adekvatan rad u ordinaciji SOM-a potrebna su znanja i vještine za prepoznavanje i upravljanje mentalnim poremećajima, kao i za rad s ranjivim grupama ljudi. Svi liječnici potiču se na daljnje usavršavanje i odlaske na edukacije. Centar skrbi o edukaciji svojih zdravstvenih radnika te ugovaraju održavanje raznih kliničkih slučajeva na tjednoj razini što se pokazalo iznimno uspješnim za poboljšanje vještina komunikacije svih zaposlenika. Potiču se svi radnici da ulažu i u svoje mentalno zdravlje kroz tečajeve stručnog usavršavanja koji se svakodnevno nude u Velikoj Britaniji (2).

Projekt je pokazao da uz odgovarajuću podršku i edukaciju zdravstvenih djelatnika može pružati odgovarajuća zdravstvena zaštita mentalnoga zdravlja. Većina pacijenata sa mentalnim poremećajima obređena je i liječena u ordinaciji SOM-a. Broj pacijenata s teškim mentalnim poremećajima zabilježenima u registru povećao se (21). Predloženo je da se tim režim pacijentima bave liječnici obiteljske medicine. Na kraju prve godine nakon što je prijedlog odobren, izvješće je pokazalo napredak u liječenju i smanjenje opterećenja sekundarne zdravstvene zaštite (21).

U roku od 12 mjeseci dokazan je značajan napredak u pružanju odgovarajuće skrbi (21):

- Upućeno je 3761 pacijenata na procjenu.
- 327 pacijenata smješteno je u kapitalne volonterske projekte, a 54% njih je iz etički ranjivih skupina.
- Osobama sa mentalnim poremećajima pružena je prilika za volontiranje i rad
- Program je potaknuo sudjelovanje šire zajednice, poboljšavajući na taj način razumijevanje mentalnih poremećaja i smanjenje stigme
- Izradili su preko 1000 naklada i preko 100 CD-ova koje su podijelili pacijentima da bi im olakšali pristup specijaliziranim ustanovama za mentalno zdravlje
- Sudjelovali su na raznim tečajevima
- Osnovane su razne grupe za podršku mentalnom zdravlju
- Preko programa 74 pacijenta su našli stabilan posao

Primjer ovoga programa služi nam kao dokaz da je moguće integrirati brigu o mentalnom zdravlju u ordinacije liječnika obiteljske medicine. Pacijentima se pruža pomoć unutar utemeljenoga biopsihosocijalnoga okvira. U ovoj populaciji problemi se identificiraju u ranoj fazi i tako se sprječava pogoršanje stanja te potreba za uključivanjem liječnika iz područja sekundarne zdravstvene zaštite (2).

2.4. Republika Hrvatska

U Hrvatskoj se promocija mentalnoga zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja te skrb za mentalno zdravlje temelji se na Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN, 70/20112. i 144/2012.). Zaštita mentalnoga zdravlja u tom se zakonu izrijekom spominje u članku 26. i 27. kao dio zdravstvene zaštite na primarnoj razini (22). Starom je verzijom Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN, 121/2003.) bilo predviđeno osnivanje Hrvatskog zavoda za mentalno zdravlje (HZMZ) kao krovne zdravstvene ustanove koja se bavi zaštitom i unaprjeđenjem mentalnog zdravlja (čl. 105., 106.), kao i da svaki dom zdravlja u svom sastavu ima jedinicu za zaštitu mentalnog zdravlja (čl.69.) (22).

10. lipnja 2010. godine donesen je Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN, 71/2010.) kojim je HZMZ pripojen Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (HZJZ). Službe za prevenciju ovisnosti, koje su postojale pri županijskim Zavodima javnog zdravstva, preustrojene su u Službe za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti. To dovodi do povećanja opsega poslova tih službi koje sada u nadležnosti imaju sve aspekte politike mentalnog zdravlja. 2012. godine donesena je nova verzija Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN, 144/2012.) koja je u članku 100. donijela odredbu koja specificira da HZJZ oblikuje i predlaže programe te provodi istraživanja iz područja zaštite mentalnog zdravlja i psihijatrijske zaštite u svrhu praćenja, analize i ocjene mentalnog zdravlja stanovništva, vodi državni registar oboljelih od mentalnih bolesti i poremećaja te provodi stalni nadzor i evaluaciju kvalitete mjera za prevenciju, dijagnostiku i liječenje na području zaštite mentalnog zdravlja i psihijatrijske zaštite stanovništva (22).

16. rujna 2010. godine usvojena je Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja za razdoblje 2011.-2016. godine. Strategija postavlja šest ciljeva za ovu javnu politiku: promocija mentalnog zdravlja za sve; pristup mentalnim poremećajima kroz preventivne aktivnosti; promocija rane intervencije i liječenja mentalnih poremećaja; unaprjeđenje kvalitete života osoba s mentalnim poremećajima ili onesposobljenošću kroz socijalnu uključenost, zaštita njihovih prava i dostojanstva; usklađivanje s drugim specifičnim strategijama i programima koje se odnose na područje mentalnog zdravlja te razvoj informiranja, istraživanja i sustava znanja na području mentalnog zdravlja (Vlada RH, 2010.). Može se uočiti kako su prioriteti bili zapravo postavljeni u skladu sa suvremenim trendovima u politici mentalnog zdravlja (22).

U Hrvatskoj skupina mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja nalazi se 2002. godine na sedmom mjestu uzroka bolničkoga liječenja s 38.804 hospitalizacije i udjelom od 7,0% u ukupnom broju hospitalizacija, dok se po broju dana bolničkoga liječenja nalazi se na prvom mjestu s više od 1.700.000 dana i udjelom od 25,5% u ukupnom broju dana bolničkoga liječenja u Hrvatskoj. Analizira li se međutim bolničko liječenje osoba u dobi 20-59 godina mentalni poremećaji s 26.676 hospitalizacija nalaze se čak na drugom mjestu, a njihov udio u ukupnom broju hospitalizacija te dobi iznosi 11,5%. Dvije trećine uzroka bolničkoga liječenja zbog mentalnih poremećaja čine alkoholizam (23,6%), shizofrenija (20,7%), depresivni poremećaji (9,7%) i reakcije na tetkri stres uključujući PTSP (8,9%). Međutim po broju dana bolničkoga liječenja zbog mentalnih poremećaja na prvom mjestu je shizofrenija s udjelom od 41,0% 2002. godine (23).

Javnozdravstvena akcija 2004. predlagala je da glavne strategije za akciju na području mentalnoga zdravlja trebaju obuhvatiti pitanja kao što su razvoj općih politika povoljnih za mentalno zdravlje stanovništva, ocjenu učinka na mentalno zdravlje u društvenom planiranju i odlučivanju, promicanje mentalnoga zdravlja u svim relevantnim sredinama, smanjivanje rizičnih čimbenika za probleme mentalnoga zdravlja, smanjenje stigme narušenoga mentalnoga zdravlja te zaštita ljudskih prava i dostojanstva svih građana. Uvidjela se nužnost pružanja prikladnih usluga za rano otkrivanje, njegu, liječenje i rehabilitaciju te prevenciju smrtnosti. Akcije su se mogle postaviti kao cilj na svim razinama od pojedinaca, grupa, zajednica do cjelokupnoga društva (23).

Područja za javnozdravstvene akcije jesu (23):

- Mentalno zdravlje u službenim politikama (edukacija, stanovanje, okoliš, jednakost, zapošljavanje)
- Sastavnice zaštite u zdravstvenim i socijalnim službama (primarna zaštita, specijalističke službe, socijalne službe, suradnja među službama)
- Prateća infrastruktura (praćenje mentalnoga zdravlja, ljudski resursi, istraživanje i razvoj nevladine organizacije, korisnici i davatelji usluga)
- Mehanizmi upravljanja (zakonodavstvo, financiranje, razmjena informacija i prenošenje dobre prakse)

Moguće akcije koje se mogu provoditi na području mentalnoga zdravlja su promotivne, preventivne i kurativne, također bitna je prevencija smrtnosti koja se može usmjeriti na različite razine kao što su pojedinci, grupe, lokalne zajednice i društvo (23).

Promicanje mentalnoga zdravlja interdisciplinarni je i sociokulturni pristup primjeren ostvarenju uvjeta koji će povećati dobrobit pojedinca, grupe i cjelokupne zajednice (23). Cilj je stvoriti uvjete u okolini koji omogućuju optimalni psihološki i psihofizički razvoj te smanjenje problema mentalnoga zdravlja (23).

Primarna prevencija usmjerena je na smanjivanje incidencije u zajednici smanjenjem rizičnih, a jačanjem zaštitnih čimbenika (23). Cilj je prepoznati osobe koje trenutno nemaju mentalni poremećaj, ali se vjeruje da su ugrožene zbog pojave određenoga poremećaja.

Sekundarna prevencija usmjerena je na smanjenje prevalencije, tj. cilj je skratiti trajanje poremećaja njegovim ranim otkrivanjem i trenutačnim liječenjem (23).

Kurativni ili rehabilitacijski pristup pripada nacionalnim sustavima zdravstvene zaštite, kojima je jedna od važnih zadaća osnivanje sustava primarne zaštite i specijalizirane skrbi (23).

Lista najvažnijih akcija prikazana je u tablici 3.

Tablica 3. Akcije na području mentalnoga zdravlja s ilustrativnim primjerima (23).

AKCIJA MENTALNOG ZDRAVLJA	Društvena zajednica	Lokalne zajednice	Pojedinci
Promicanje	Povećanje vrijednosti i uočljivosti mentalnog zdravlja Zakonodavstvo o ljudskim pravima Borba protiv stigme	Proakcijske aktivnosti zajednice Pravilno vrednovanje mentalnoga zdravlja u školi (u općim ciljevima, nastavnom programu i dnevnom životu) Pravilno vrednovanje mentalnoga zdravlja na radnome mjestu Omogućivanje dokolice za djecu i obitelji Siguran i kvalitetan životni okoliš	Dostupnost edukacije, stručne izobrazbe i zapošljavanja Sudjelovanje u slobodnim aktivnostima, relaksaciji, vježbanju i hobijima Bolje razumijevanje dobroga mentalnoga zdravlja Zdravstveni odgoj i informiranje
Primarna prevencija	Prevenција društvene izolacije u politici zapošljavanja, obrazovanja i stanova	Učenje roditeljskih vještina Društvena potpora visokorizičnim skupinama, npr. starijima, samohranim roditeljima	Proakcijska potpora osobama koje su doživjele za život opasna iskustva ili stalne nevolje
Sekundarna prevencija	Smjernice i očekivanja za rano otkrivanje i liječenje poremećaja	Pristup lokalnim službama za rano otkrivanje i liječenje poremećaja	Rano otkrivanje i liječenje bolesti Prevenција recidiva
Liječenje odnosno rehabilitacija	Razvoj integriranih zdravstvenih i socijalnih služba	Veza zdravstvenih službi sa socijalnim službama, zavodima za zapošljavanje, školama, zatvorima...	Psihološko, socijalno i medicinsko liječenje
Prevenција smrtnosti	Nacionalna strategija za prevenciju samoubojstava Nacionalni programi koji trebaju osigurati dostupnost promicanja/zaštite tjelesnog zdravlja za osobe s problemima mentalnoga zdravlja	Lokalno prilagođeni programi prevencije samoubojstava Dostupnost promicanja/zaštite tjelesnog zdravlja za osobe s problemima mentalnoga zdravlja	Dostupnost trenutačne pomoći u krizi Aktivno praćenje osoba koje pokušavaju izvršiti samoubojstvo

Već i 2004. shvatilo se da nijedna država ne može si priuštiti ni približno dovoljan broj liječnika konzultanata za prijem i zaštitu svakoga pacijenta s problemima mentalnoga zdravlja, nego veliku većinu ljudi s takvim problemima pregledat će i zbrinuti SOM u sklopu primarne zdravstvene zaštite (23). U razvoju politike mentalnoga zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti potrebno je provjeriti stabilnost postojećega sustava primarne zdravstvene zaštite, dostupni radni kadar, njegove osnovne i trajne stručne izobrazbe i postojeći sustav prikupljanja informacija (23). Najbitnije je educirati radno osoblje primarne zdravstvene zaštite o promicanju mentalnoga zdravlja, preventivnome radu, ocjenjivanju, dijagnosticiranju i obradi problema mentalnoga zdravlja i kriterija za upućivanje pacijenata s takvim problemima u sekundarnu zdravstvenu zaštitu (23).

Prema do tada sakupljenim podacima, dokazano je da su najbolje intervencije one koje se usredotoče na više od jednoga čimbenika, odnosno usmjerene su na kombinaciju nekoliko rizičnih ili zaštitnih čimbenika (6). Intervencije trebaju obuhvatiti ciljane grupe kao što su roditelji, nastavnici ili obitelj. Treba intervenirati u više navrata umjesto da interveniraju samo jedanput. Najuspješnija intervencija je ona u kojoj se primijeni kombinacija intervencijskih metoda kao što su socijalna potpora i vještine za prevladavanje problema (6).

SZO ističe potrebu za boljom organizacijom službi za mentalno zdravlje pogotovo u izvanbolničkom sustavu. Učinkovitost službe za mentalno zdravlje ovisi o povezanosti i suradnji različitih ustanova i usluga koje postoje u zajednici, a naglašava se važnost izvanbolničkoga sustava te kratkotrajnoga bolničkoga liječenja (24). Povezanost sustava zdravstvenih usluga uključuje usluge u sustavu primarne zdravstvene zaštite koje primjenjuju rano otkrivanje i liječenje mentalnih poremećaja, specifične programe za depresiju, anksiozne poremećaje, prve psihotične poremećaje te upućivanje na druge, više razine službe za zaštitu i unaprjeđenje mentalnoga zdravlja, kada je to potrebno (24). Služba za mentalno zdravlje u zajednici uključuje dnevne centre, centre za rehabilitaciju, mobilni tim za krizne intervencije, usluge poput kućne njege (specifični oblik brige za osobe koje učestalo koriste bolničko liječenje), pomoći kod zapošljavanja i druge psihosocijalne postupke namijenjene osposobljavanju za samostalni život i rad (24). Uključeni su služba socijalne skrbi, služba za zapošljavanje i razne druge službe (24).

Principi skrbi uključuju (24):

Pristupačnost – službe u blizini mjesta gdje korisnici žive

Sveobuhvatnost – uključuje dostupnost različitih metoda pristupa mentalnom zdravlju ili poremećaju

Kontinuirana koordinirana skrb nakon bolničkog liječenja korištenjem različitih drugih službi osim medicinskih, poput socijalne i službi za zapošljavanje.

Organizacija skrbi vođenu i usmjerenu potrebama korisnika.

Učinkovitost – koriste se postupci i programi liječenja se učinkovitost može lako dokazati

Jednakost – usluge trebaju biti dostupne svim osobama kojima su potrebne

Zaštita i unapređenje ljudskih prava – uključuje točne informacije o sustavu liječenja i ljudskim pravima

Plan akcijskoga plana Zdravlje za sve do 2020. godine obvezuje članice SZO na razvijanje službi za mentalno zdravlje u zajednici, primjenjuju metode liječenja utemeljene na dokazima, potiču oporavak od mentalnih poremećaja, bore se protiv kršenja ljudskih prava s psihičkom bolešću i bore se protiv stigme i diskriminacije (25).

Dokument „Zdravlje 2020.“ navodi četiri prioritetna područja djelovanja (26):

- ulaganje u zdravlje tijekom cjelokupnog života i jačanje ljudi (26)
- izazovi vezani uz vodeće nezarazne i zarazne bolesti (26)
- jačanje sustava zdravstva okrenutog ljudima (novonastalim zdravstvenim potrebama), jačanje javnozdravstvenog kapaciteta, jačanje nadzora i spremnosti na odgovor u slučaju incidenata i katastrofa (26)
- jačanje otpornosti zajednica za izlaženje na kraj sa problemima uzrokovanim naglim i negativnim promjenama u okruženju i stvaranje fizikalnog i socijalnog okruženja koje vodi zdravlju (26)

Ulaganje u zdravlje tijekom cjelokupnoga života i jačanje ljudi uključuje programe promicanja zdravlja u svakodnevnom okruženju ljudi, bilo to na radnom mjestu, u vlastitom domu ili u obrazovnom ustanovi. Programi obuhvaćaju cijeli životni vijek čovjeka, od sigurne trudnoće i zdravog početka života, sigurnosti, blagostanja i adekvatne zaštite tijekom djetinjstva i mladosti do zdravih radnih mjesta i zdravoga starenja (26). Poseban značaj za stanovništvo imaju programi ciljani na djecu, mlade i starije građane, zdrava hrana i prehrana tijekom cijeloga života (sprječavanje epidemije pretilosti) te duševno i reproduktivno zdravlje (26).

Izazovi vezani uz vodeće nezarazne i zarazne bolesti odnosi se na razvoj i implementaciju intersektorskih strategija za sprječavanje nezaraznih bolesti koje uzrokuju najveći financijski gubitak u društvu i koje su uteg cjelokupnoga stanovništva. Umrežavanje i razmjena baze informacija i nadzora nad ozbiljnim virusima i bakterijama koje prijete razvitkom opasnim epidemijama (26).

Jačanje sustava zdravstva okrenutoga ljudima i njihovim zdravstvenim potrebama obuhvaća razvoj visoko kvalitetne zdravstvene zaštite koja unapređuje zdravstvene ishode. Zahtijeva se svrsishodan, financijski održiv i temeljen na dokazima zdravstveni sustav koji je prilagodljiv potrebama populacije (26). „Ovaj proces zahtijeva reorijentaciju sustava zdravstva prema zdravlju i sprečavanju bolesti, trajni rad na jačanju procesa unapređenja kvalitete i integriranju razina zdravstvene zaštite kako bi se osigurao kontinuum zdravstvene skrbi te podržala samozaštita i zbrinjavanje što bliže domu korisnika. Primarna zdravstvena zaštita treba ostati kamen temeljac zdravstvene zaštite 21. stoljeća. Da bi se ostvarili bolji zdravstveni ishodi kontinuirano treba jačati javnozdravstvene funkcije i kompetencije. Promjene u obrazovanju zdravstvenih djelatnika (naglasak na timskom radu, fleksibilnosti, mješavini vještina) pomoći će revitalizaciji javnog zdravstva i transformaciji zdravstvenih usluga (26)“.

Jačanje otpornosti zajednica na probleme uzrokovane naglim i negativnim promjenama u okolini te stvaranje fizičkoga i socijalnoga okruženja koje čuva zdravlje. Cilj je postignut povezivanjem različitih sektora kroz razne akcije kao što su projekt zdravi grad ili zdrava zajednica (26).

Postizanje pravoga učinka države, regije i gradova moguće je ako dijele zajedničke ciljeve i istovremeno ulažu potrebne resurse u njihovu realizaciju (26). Prioritetna područja zajedničkih i koordiniranih napora su kvalitetno predškolsko obrazovanje, unaprijeđeni edukacijski ishodi i cjeloživotno obrazovanje, po zdravlje siguran posao i uvjeti rada, odgovarajuća socijalna zaštita i smanjenje siromaštva (26). Sugerirani pristupi koji mogu dovesti do rezultata su jačanje otpornosti zajednica, socijalno uključivanje i jačanje socijalne kohezije, stvaranje infrastrukture za postizanje blagostanja, izgradnja kapaciteta pojedinaca i zajednica na čuvanje i unapređenje zdravlja (26). Istraživanja, provedena kao podloga za informirano oblikovanje strategije, pokazala su da rezultate postižu samo integrirani programi koji su uspjeli prevladati međusektorske ali i granice između različitih razinama. Primjeri toga su ulaganje u rano obrazovanje i razvoj djeteta i zdravo urbano planiranje (26).

Prihvatanjem akcije mijenja se značaj i uloga Ministarstva zdravlja i javnozdravstvenih institucija. Njihova uloga postaje liderska, koordinatorska i marketinška (26). Cilj je prilagoditi i stvoriti zdravstveni sustav bliži bolesniku te unaprijediti kvalitetu života i stvoriti uvjete za gospodarski rast kroz očuvanje i unapređenje zdravlja svakoga pojedinca i cijele populacije (26). Sustav će bolesnicima dati središnju i aktivnu ulogu, a temeljit će se na etičkim i moralnim normama (26).

Republika Hrvatska ima dobre pokazatelje uspješnosti liječenja. Jedan od glavnih pokazatelja uspješnosti liječenja ovisnosti je broj predoziranih ovisnika koji je zadnjih godina 50 do 60 ovisnika na godinu što pokazuje da je sustav liječenja uspješan (24). Iako postoje dobri pokazatelji kvalitete liječenja u bolničkim i izvanbolničkim institucijama potrebno je poboljšati povezanost i komunikaciju između različitih institucija koje se bave prevencijom i liječenjem oboljelih, osobito povezanost s primarnom zdravstvenom zaštitom, a osobito je važno provoditi terapijske i preventivne mjere utemeljene na dokazima na svim razinama zdravstvene zaštite (24). Organizacija zdravstvene zaštite za osobe s mentalnim poremećajima uključuje bolničku, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini u okviru zavoda za javno zdravstvo te u nekim sredinama i u okviru domova zdravlja (24). Postoji oko 100 kreveta namijenjenih liječenju poremećaja mentalnoga zdravlja (kroničnom i akutnom) na svakih

100 000 građana, a to je zapravo i više od europskoga prosjeka po broju stanovnika. Grad Zagreb raspolaže čak s 200 kreveta na 100 000 građana (24). Postoji vrlo malen broj udruga pacijenata korisnika službi za mentalno zdravlje koji nemaju značajnijega utjecaja na politiku mentalnoga zdravlja, nemaju dovoljno financijskih sredstava za programe koje bi mogli provoditi (24). Ohrabrujuće je što u skladu s preporukama programa „Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s problemima mentalnoga zdravlja“ postoji pravilo uključivanja udruga korisnika, poput uvođenja programa pacijenta pomagača u mobilne psihijatrijske timove, a pokazalo je odlične rezultate u nekim zemljama EU poput Danske i Nizozemske (24).

Hrvatska nema nacionalni program borbe protiv stigmatizacije oboljelih, a bez programa borbe protiv stigme mnogi pacijenti u Hrvatskoj ostaju nezaposleni, izolirani i isključeni iz društva (24). Trebalo bi osmisliti i provesti nacionalni program protiv diskriminacije, a posebno bi trebalo educirati liječnike obiteljske medicine kako pomoći bolesniku, ali i ostatku obitelji. Uz stigmatizaciju, samostigmatizacija predstavlja problem. Program borbe protiv samostigmatizacije proveden je u Zavodu za socijalnu psihijatriju Klinike za psihijatriju Vrapče i pokazao je dobre rezultate (27).

Porast stopa hospitalizacije za depresiju ukazuje na potrebu osmišljavanja ranijega prepoznavanja bolesti što bi dovelo u konačnici do primjerenijega liječenja na razini primarne zdravstvene zaštite, odnosno vanbolničkoga liječenja (24). Probir za depresiju koristi se u mnogim zemljama Europe, ali za uspješnu provedbu probira za depresiju neophodno je koordinirano djelovanje svih dionika u sustavu zdravstva od liječnika obiteljske medicine, liječnika školske medicine do pedijatara, čija bi uloga bila u provedbi probira temeljem standardnih testova te sukladno protokolu, liječenje blažih oblika bolesti te usmjeravanje težih pacijenata psihijatrima na primarnoj zdravstvenoj zaštiti i najtežih, u bolnički sustav, na liječenje u okviru dnevne bolnice ili stacionarni tretman, koji bi trebao biti rezerviran samo za najteže slučajeve, u akutnoj fazi bolesti (24).

Trenutno se u Republici Hrvatskoj provodi Nacionalni program „Živjeti zdravo“. Program „Živjeti zdravo“ obuhvaća četiri prioriteta područja: pravilnu prehranu, tjelesnu aktivnost, mentalno zdravlje i spolno i reproduktivno zdravlje, a cilj je promicanje zdravih stilova života, sveobuhvatni pristup unapređenju zdravlja stanovništva Republike Hrvatske te poboljšanje kvalitete života i demografske situacije u zemlji (28). Prema zadnjim podacima iz 2013. godine mentalni poremećaji imali su udio od 7% u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj (28). Procijenjena prevalencija shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja iznosi 5,3/1 000 stanovnika starijih od 15 godina (28). Prema procjenama izgubljenih godina života zbog invalidnosti za Hrvatsku, unipolarni depresivni poremećaji zauzimaju visoko treće mjesto među svim promatranim entitetima (28).

Tri prioriteta područja djelovanja Nacionalnoga programa „Živjeti zdravo“ usmjerena su na pravilnu prehranu, tjelesnu aktivnost i prevenciju debljine, na mentalno zdravlje i na spolno zdravlje (28). Očuvanje mentalnoga zdravlja podrazumijeva unapređenje mentalnoga zdravlja populacije razvojem i jačanjem zaštitnih mehanizama u zajednici, implementacijom programa koji pomažu smanjenju stresa, programima prevencije i smanjenja pušenja, programima primarne prevencije zloupotrebe psihoaktivnih droga i ranog konzumiranja alkohola, promicanjem mentalnoga zdravlja u starijim dobnim skupinama, prevencijom nasilja promicanjem nenasilja (28).

Nacionalni program „Živjeti zdravo“ djeluje na razvoju navedenih prioriteta predlaganjem legislativnih okvira koji reguliraju područje promicanja zdravlja u svim okruženjima, popularizacijom i promidžbom preko medija te potporom provedbi učinkovitih intervencija na lokalnoj razini s posebnim naglaskom na vulnerabilne skupine (28). Jedna od aktivnosti koju provodi Nacionalni program je zdravstveno obrazovanje. U svrhu promicanja osobnoga razvoja i samosvijesti te razvoja životnih vještina učenika kako bi ostvarili puni potencijal u okviru aktivnosti zdravstvenoga obrazovanja provodit će se prosvjeđivanje i edukacija djece i mladih te djelatnika škola o mentalnom zdravlju, odrednicama pozitivnoga mentalnoga zdravlja i ranom prepoznavanju poteškoća (28). Cilj navedenih aktivnosti je osigurati unapređenje kompetencija djece iz područja prepoznavanja osobnih teškoća i teškoća svojih vršnjaka te poticanje djece i mladih na traženje stručne pomoći kao i informiranje gdje mogu dobiti potrebnu pomoć (28).

Uključivat će intervenciju i borbu protiv diskriminacije u suradnji s institucijama koje se bave promicanjem i unapređenjem mentalnoga zdravlja u zajednici kroz predavanja i prigodne radionice i akcije. Također, educirat će se i djelatnici škola o ranom prepoznavanju teškoća i davanje podrške i pomoći te upućivanju na daljnju stručnu pomoć (28).

Grupa za podršku u ordinaciji liječnika obiteljske medicine

U veljači 2013. godine osnovana je Grupa za podršku u ordinaciji mr. sci. Vesne Oršulić, specijalistice obiteljske medicine, GPT, Seksualni savjetnik. U grupu uključeni su pacijenti s dijagnozama prema MKB-10 klasifikaciji bolesti: F10 zbog pomoći u apstinenciji, F11 zbog pokušaja smanjenja doze nadomjesne terapije, F32 do F41 zbog pokušaja smanjenja doze anksiolitika i I69 i F20 zbog pokušaja resocijalizacije i učenja novih socijalnih vještina. Pacijenti su birani po vodećoj dijagnozi, zbog koje dolaze najmanje 4-8 puta mjesečno u ordinaciju, iako kod svih pacijenata postoji multimorbiditet (29). U tablici 4. prikazani su članovi Grupe.

Tablica 4. Karakteristike članova grupe. Prema: Oršulić (29).

Članovi	Dob	Spol	Stupanj naobrazbe	Bračno stanje	Dijagnoza (prema MKB-10)
D.I.	23	M	NSS	Neoženjen	F 11.2
B.R-	23	M	SSS	Oženjen	F 10.2
M.J..	40	M	SSS	Neoženjen	F 11.2
F.D.	58	M	VŠS	Oženjen	F 32
K.R.	70	Ž	SSS	Rastavljena	F 33
B.O.	49	Ž	SSS	Udata	F 10.2
P.LJ.	62	M	VŠS	Oženjen	I 69
M.M.	68	Ž	SSS	Udovica	F 32
Z.R.	49	M	NSS	Neoženjen	F 10.2
L.T.	40	Ž	SSS	Udata	F 41
I.B.	41	M	VSS	Oženjen	F 42.1
D.P.	54	M	SSS	Neoženjen	F 20

Jedan od razloga za pokretanje grupnog rada je spoznaja da pacijenti trebaju mjesto i vrijeme za ventilaciju, trebaju podršku ostalih članova grupe, kao i prisutnost, odnosno vrijeme svog obiteljskoga liječnika (29). Trebaju i mjesto za učenje novih socijalnih vještina, jer njihov nedostatak stvara im brojne probleme u svakodnevnom funkcioniranju (29). Pacijentima treba pružiti osjećaj pripadnosti, prihvaćanja, privrženosti i vjernosti nekome jer to ne ostvaruju u svojoj obitelji i neposrednoj okolini, a sve se to lakše i kvalitetnije ostvaruje u grupi u odnosu na rad s pojedincem (29). Nakon dvije godine rada, prezentirane su prednosti i mane rada u Grupi.

Prednosti (29):

- Redovita ventilacija
- Rad na razvijanju svjesnosti
- Relativizacija pojma „meni je najteže na svijetu“
- Trajna apstinencija F10
- Smanjenje doze supstitucijske terapije F11
- Smanjenje doze anksiolitika F41, F32
- Učenje novih socijalnih vještina
- Osiguravanje trajne uzajamne podrške i izgrađivanje socijalne mreže
- Veće zadovoljstvo u svakodnevnom životu i osobni mjerni pokazatelji toga
- Primjena naučenih ponašanja u realnom životu
- Štednja vremena u svakodnevnom radu zbog smanjenja broja pojedinačnih dolazaka

Izdvojeni su i pojedini nedostaci Grupe (29):

- Odlazak nekolicine pacijenata i članova njihovih obitelji
- Postoji previše dijagnoza, a premalo terapijskih alata za pomoć
- Jasna potvrda da SOM imaju premalo vremena za kvalitetan rad
- Previše je pacijenata kojima je potrebna pomoć, a premalo kadra koji je u mogućnosti pružiti odgovarajuću pomoć

U razgovoru s dr. Vesnom Oršulić saznala sam kako Grupa i danas postoji. Ona sama procjenjuje tko bi od njenih pacijenata bio kandidat za Grupu. Nakon odabira kandidata, predlaže im pridruživanje Grupi. Odluka pacijenta o priključivanju u Grupu je isključivo njegova dobra volja. Također, saznala sam da dr. prima pacijente i iz tuđih ordinacija, ako kolege smatraju da im ona može pomoći. Osnivanje Grupe za podršku bio je pokušaj obiteljske liječnice da uz pomoć pacijentima, pomogne i sebi u radu. Uzevši u obzir velike zahtjeve svakodnevnoga rada u ordinaciji koji obuhvaćaju trostruki svjetski standard u broju posjeta (svakodnevni broj posjeta je između 60 i 100), veliku odgovornost, te posljedično strah od mogućnosti pogreške, ovo je zapravo bio pokušaj da se smanjenjem broja posjeta pruži bolja usluga ostalim pacijentima, a liječniku poboljša kvaliteta i uvjeti rada (29). Osnovni zadatak liječnika jest odgovorno izvršavanje i unapređivanje načina obavljanja profesionalnih zadataka. Grupa može biti ogledni, pozitivni primjer za unapređenje zaštite mentalnoga zdravlja u skrbi liječnika obiteljske medicine.

3. ZAKLJUČAK

Mentalno zdravlje nedjeljivo je od javnoga zdravstva i zbog toga iznimno važno je promicanje zdravlja i čvrsta integracija sa svim javnozdravstvenim strategijama. Prikazani podaci potvrđuju da se naš sustav liječenja još uvijek temelji na bolničkom liječenju, bez dovoljno razvijenih izvanbolničkih službi i usluga što izaziva poteškoće u oporavku velikoga broja oboljelih o mentalnih poremećaja, kao i pristupu službama za mentalno zdravlje. Potrebno je uvesti sustav temeljen na procjeni potreba u koji su uključeni prevencija, rane intervencije, svijest javnosti o mentalnim poremećajima, program podrške oboljelima i smanjivanje diskriminacije, uključivanje oboljelih u život zajednice te aktivnije uključivanje udruga pacijenata u cjelokupni proces pružanja zdravstvene skrbi. Potrebno je što više primjenjivati različite metode liječenja i rehabilitacije prema stručnim smjernicama. Pacijent je u centru skrbi i skrb je potrebno planirati prema potrebama i ciljevima pacijenta. Također, uključivanje obitelji i pružanje podrške obiteljima sastavni je dio skrbi. Budući da nije još uvijek uređen sustav skrbi za mentalno zdravlje na nacionalnoj razini, mjesta za napredak u skrbi liječnika obiteljske medicine ima dosta. Država bi mogla procijeniti potrebu za stvaranjem nacionalnoga programa za zaštitu mentalnoga zdravlja, poticati zdravstvene radnike na edukaciju i davati financijske beneficije liječnicima obiteljske medicine koji dodatne rade na promociji i unapređenju mentalnoga zdravlja pacijenata. Uistinu je bitno uključiti obiteljske liječnike u liječenje oboljelih od mentalnih poremećaja, osobito blažih oblika poremećaja bolesti s visokom prevalencijom kao što su anksiozni poremećaji i depresija, za što je potrebna kontinuirana edukacija. Važno je izgraditi snažne saveze i veze na nacionalnoj te na lokalnim razinama s ciljem poboljšanja skrbi za mentalno zdravlje u kojima će sudjelovati svi dionici čija je odgovornost i briga područje mentalnoga zdravlja, ali pri tome nikako nisu zanemarivi pacijenti, udruge pacijenata i članovi njihovih obitelji.

4. ZAHVALE

Zahvaljujem se svojem mentoru doc.dr.sc. Miroslavu Hanževačkom na pomoći, konstruktivnim savjetima i vodstvu pri izradi ovoga diplomskoga rada.

Veliko hvala mojoj baki Mariji koja je bila uz mene u svim sretnima, ali i teškima trenucima, na svim riječima podrške i pohvale koje mi je uputila tijekom cijeloga života, koja je uvijek vjerovala u mene, čak i kada sama to nisam mogla.

Također, hvala mojim najboljim prijateljicama i cimericama Moniki i Heleni koje su dijelile najteže, ali i najljepše trenutke tijekom pisanja ovoga rada i tijekom cijeloga školovanja. Neizmjereno im se zahvaljujem na svakoj upućenoj riječi pohvale, podrške, svakom zagrljaju i svakom zajedničkom provedenom trenutku.

Hvala svim ostalim prijateljima, kolegama i ostatku obitelji na pruženoj bezuvjetnoj podršci i strpljenju tijekom cijeloga školovanja.

Za kraj, hvala mojim roditeljima i bratu Dariju na pruženom strpljenju i omogućavanju cjelokupnoga školovanja.

5. LITERATURA

1. Ivbijaro G, Funk M. No mental health without primary care. *Ment Health Fam Med*. 2008 Sep;5(3):127–8.
2. World Health Organization, World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, editors. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, Switzerland: London: World Health Organization; WONCA; 2008. 206 str.
3. Garrison PJ. World Federation for Mental Health: 2009 World Mental Health Day campaign highlights need for more attention to mental health services in primary health care. *Ment Health Fam Med*. 2008 Sep;5(3):189–90.
4. Organization WH. *Promoting Mental Health*. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [citirano 06.04.2020.]. Dostupno na: <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4978588>
5. Plavšić M. Usporedba bioloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starijih osoba. :172.
6. Hrabak- Žerjavić V, Silobrčić Radić M, *Mentalno zdravlje - javnozdravstveni izazov_2011.pdf* [Internet]. [citirano 06.04.2020.]. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/10/mental_izazov_2011.pdf
7. *Frequently asked questions* [Internet]. [citirano 01.04.2020.]. Dostupno na: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
8. Sujoldžić A, Rudan V, De Lucia A. *Adolescencija i mentalno zdravlje: kratki obiteljski priručnik*. 2010 Jun 4 [citirano 06.04.2020.]; Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/295552>
9. *European Pact for Mental Health and Well-being*, [Internet]. [citirano 07.04.2020.]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
10. *Europski pakt za mentalno zdravlje | European Youth Portal* [Internet]. [citirano 07.04.2020.]. Dostupno na: [/youth/hr/article/66/14676_de](https://youth/hr/article/66/14676_de)
11. *Care I of M (US) C on the F of P*, Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA. *Mental Health Care in the Primary Care Setting* [Internet]. *Primary Care: America's Health in a New Era*. National Academies Press (US); 1996 [citirano 08.04.2020.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232639/>

12. Pristup psihijatrijskom bolesniku u ordinaciji obiteljske medicine [Internet]. JGL. 2017 [citirano 14.04.2020.]. Dostupno na: <https://www.jgl.hr/kutak-za-strucnjake/pristup-psihijatrijskom-bolesniku-u-ordinaciji-obiteljske-medicine>
13. Kumbrija S, Tomasović Mrčela N, Kašuba Lazić Đ, Hanževački M, Tomek Roksandić S, Katić M, et al. Uloga obiteljskog liječnika u ranom otkrivanju oboljelih od Alzheimerove bolesti i drugih demencija. Alzheimerova bolest i druge demencije – rano otkrivanje i zaštita zdravlja. 2016 Nov 27;131–9.
14. USA NIG from B Maryland. September is National Suicide Prevention Month. Suicidal thoughts and actions are a sign of extreme distress, not a harmless bid for attention, and should not be ignored. Get help as soon as possible. Talk to your doctor. Here are five tips to help guide you: [Internet]. 2019 [citirano 07.04.2020.]. Dostupno na: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tips_for_Talking_to_Doctor_about_Mental_Health_\(48716996463\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tips_for_Talking_to_Doctor_about_Mental_Health_(48716996463).jpg)
15. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. [Chilean study on the prevalence of psychiatric disorders (DSM-III-R/CIDI) (ECPP)]. Rev Med Chil. 2002 May;130(5):527–36.
16. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry. 2001 Mar; 178:228–33.
17. Organization WH. Mental health in primary care: illusion or inclusion? 2018 [citirano 14.05.2020.]; Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298>
18. Europe WHORO for. Highlights on health in the United Kingdom 2004. 2006 [citirano 16.05.2020.]; Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107724>
19. Kelly S, Bunting J. Trends in suicide in England and Wales, 1982-96. Popul Trends. 1998;(92):29–41.
20. Primary_Care_Strategy.pdf [Internet]. [citirano 16.05.2020.]. Dostupno na: https://www.walthamforestccg.nhs.uk/downloads/aboutus/publications/strategies/Primary_Care_Strategy.pdf
21. Waltham_Forest_PCT_Annual_Report_and_Accounts_2012-13.pdf [Internet]. [citirano 18.05.2020.]. Dostupno na: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/253344/Waltham_Forest_PCT_Annual_Report_and_Accounts_2012-13.pdf
22. Novak M, Petek A. Mentalno zdravlje kao politički problem u Hrvatskoj. Ljetopis socijalnog rada. 2015 Oct 5;22(2):191–221.

23. Erceg M, Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja, 2004. [Internet]. [citirano 24.05.2020.]. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/10/Mental_Publik_2004.pdf
24. Štrkalj Ivezić S, Jukić V, Štimac Grbić D, Čelić I, Brečić P, Silobrčić Radić M, et al. Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. *Acta medica Croatica*. 2018 Apr 20;72(2):179–87.
25. WHO | Comprehensive mental health action plan 2013-2020-2030 [Internet]. WHO. World Health Organization; [citirano 26.05.2020.]. Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
26. Zdravlje za sve do 2020.pdf [Internet]. [citirano 26.05.2020.]. Dostupno na: <http://www.zdravi-gradovi.com.hr/media/3757/zdravlje%20za%20sve%20do%202020.pdf>
27. Štrkalj Ivezić S, Alfonso Sesar M, Mužinić L. Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment and perceived discrimination of persons with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*. 2017 Mar 20;29(1):66–73.
28. Nacionalni program: Živjeti zdravo [Internet]. [citirano 26.05.2020.]. Dostupno na: <https://zdravstvo.gov.hr/UserDocsImages/Programi%20i%20projekti%20-%20Ostali%20programi/NP%20%C5%BDivjeti%20zdravo.pdf>
29. Oršulić V, Pavoković D, Oršanić N. Prednosti i nedostaci Grupe za podršku, 2013.

6. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 21.11.1995. u Novoj Gradiški. Pohađala sam Osnovnu školu Ljudevita Gaja u Novoj Gradiški. U osnovnoj školi sudjelovala sam na državnim natjecanjima iz povijesti i prve pomoći te raznim županijskim natjecanjima. Upisala sam 2010. godine Gimnaziju Nova Gradiška koju sam završila 2014. godine s odličnim uspjehom. Predstavljala sam Gimnaziju na županijskim natjecanjima iz biologije i kemije. Upisala sam 2014. godine Medicinski fakultet u Zagrebu. Tijekom studija sudjelovala sam na predavanjima i radionicama Studentske sekcije za kirurgiju. Aktivno se služim engleskim jezikom.