

PRIJEDLOG

**NACIONALNA STRATEGIJA
ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA
ZA RAZDOBLJE OD 2011. DO 2016. GODINE**

ZAGREB, kolovoz 2010.

UVOD

Tjelesno i mentalno zdravlje ima ključnu ulogu u životu ljudi i razvoju društva. Iako obje komponente općeg zdravlja čine teško razdvojuvu cjelinu, s obzirom na težinu problema koju u suvremenom svijetu imaju poremećaji duševnog zdravlja, podcjenjivanje značaja problema, kao i specifičnosti mjera koje se mogu poduzeti u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja, nacionalne politike usmjerene su na donošenje specifičnih strategija zaštite mentalnog zdravlja.

Potrebu za novim strateškim pristupom u zaštiti mentalnog zdravlja potiče i nekoliko velikih izazova mentalnom zdravlju populacije u suvremenom svijetu, kao što su demografske promjene, posebice u smislu povećane zastupljenosti starije populacije te promjene zastupljenosti duševnih poremećaja u ukupnom morbiditetu. Starenjem populacije vjerojatno će se povećati potreba za zdravstvenom zaštitom uz istovremeno smanjivanje radno sposobnog stanovništva. Rizik pojave nekih duševnih poremećaja raste s dobi, jednako kao i pojava neurodegenerativnih stanja vezanih uz dob. Procjenjuje se da će samo depresija u ukupnoj populaciji do 2020. godine biti drugi vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima, odmah nakon ishemične bolesti srca. Izravni i neizravni troškovi uslijed pojave duševnih poremećaja u Europskoj uniji procjenjuju se na 3 do 4% ukupnog bruto društvenog proizvoda (BDP), dok se ekonomsko opterećenje koronarnim bolestima srca procjenjuje na 1% BDP-a. Većina troškova vezanih uz mentalno zdravlje odnosi se na troškove izvan zdravstvenog sustava, ponajprije zbog sustavnog izostajanja s posla, nesposobnosti za rad i ranog umirovljenja.

U Republici Hrvatskoj dodatne su izazove donijele i posljedice nedavnog rata i tranzicijskog razdoblja, uključujući porast socijalne nesigurnosti te porast poremećaja vezanih uz stres, kao i zlouporabu psihoaktivnih tvari. Velike društvene i ekonomske promjene dovele su i do raskidanja dobro uspostavljene mreže suradnje zdravstvenog, socijalnog, obrazovnog i gospodarskog sustava te do ograničenja mogućnosti financiranja na području obrazovanja, socijalne sigurnosti i zdravlja, uključujući i duševno zdravlje.

Svrha donošenja ove Strategije upravo je da u skladu s već donesenim komplementarnim strategijama na drugim područjima, a posebice onima na području zaštite zdravlja, uspostavi smjernice kojima bi se unaprijedili postojeći i razvili novi načini zaštite mentalnog zdravlja, smanjila pojava duševnih poremećaja, povećala ujednačena dostupnost kvalitetnog i pravovremenog liječenja, rehabilitacije i društvenog uključivanja osoba s duševnim poremećajima, jačajući i njihovu ulogu u odlučivanju u navedenim procesima, a s ciljem povećanja osobnog zadovoljstva i zdravlja građana, smanjenja troškova te poticanja ekonomskog i društvenog razvoja.

Međunarodni okvir

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) duševno zdravlje je dio općeg zdravlja, a ne samo odsustvo duševne bolesti.

Međunarodni instrumenti zaštite mentalnog zdravlja uključujući Načela Ujedinjenih naroda za zaštitu osoba s duševnom bolešću i poboljšanje skrbi o duševnom zdravlju su Smjernice SZO za unaprjeđenje ljudskih prava osoba s duševnim poremećajem i deset temeljnih Načela o skrbi za mentalno zdravlje, zatim Madridska deklaracija koju je usvojila Svjetska psihijatrijska udruga te deklaraciju iz Karakasa.

U Europskoj uniji strategije razvoja mentalnog zdravlja dugo su bile prepuštene zemljama članicama. Prekretnica u pristupu mentalnom zdravlju dogodila se 2005. godine kada je u Helsinkiju u organizaciji SZO i partnerstvu s Europskom komisijom održana Ministarska konferencija na kojoj je prihvaćena Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje za Europu. Ta konferencija uspostavila je okvir za cjelovitu akciju i stvorila snažnu političku podršku unaprjeđenju mentalnog zdravlja.

U obnovljenoj Strategiji održivog razvitka Europske unije koju je Vijeće Europe prihvatilo 2006. godine, poboljšanje mentalnog zdravlja i smanjivanje rizika suicidalnog ponašanja označeno je kao jedan od operativnih ciljeva strategije na cjelokupnom području javnog zdravstva. Zelena knjiga Europske komisije „Poboljšanje mentalnog zdravlja populacije - prema strategiji zaštite mentalnog zdravlja u Europskoj uniji“ iz 2005. označava potrebu za donošenjem nacionalnih, kao i zajedničke europske strategije zaštite mentalnog zdravlja.

Europski pakt za mentalno zdravlje i dobrobit, prihvaćen na konferenciji na visokoj razini 2008. godine, određuje pet prioritetnih područja djelovanja u zaštiti mentalnog zdravlja:

- prevencija depresije i suicida,
- mentalno zdravlje u mladosti i obrazovanju,
- mentalno zdravlje na radnom mjestu,
- mentalno zdravlje starijih,
- suprotstavljanje stigmati i socijalnoj isključenosti.

Nacionalni okvir

Republika Hrvatska je zemlja s dugom tradicijom na području zaštite javnog zdravlja, te doprinosima značajnim u svjetskim razmjerima. Profesor Andrija Štampar, suosnivač Svjetske zdravstvene organizacije, prije 70-ak godina osnovao je prvi institucionalni oblik primarne zdravstvene zaštite, utemeljen na načelu da je „dom zdravlja ustanova koja promiče zdravlje“ izrekavši tako ideju koja je zadnjih desetak godina ušla u središte zanimanja svjetske javnozdravstvene zajednice.

Hrvatski sabor je 2006. godine usvojio Nacionalnu strategiju razvitka zdravstva 2006.-2011. Osnovni cilj Strategije je unaprijediti zdravstveni sustav do 2011. godine tako da zadovolji potrebe građana za kvalitetnom zdravstvenom skrbi koja se temelji na načelima medicinske prakse zasnovane na znanstvenim dokazima, a obuhvaća sprečavanje bolesti, edukaciju o zdravlju, rano prepoznavanje rizika bolesti te liječenje i rehabilitaciju.

Strategijom su obuhvaćene i neke mjere specifično značajne za zaštitu mentalnog zdravlja uključujući:

- promotivne aktivnosti razvoja svijesti zdravog načina življenja,
- osnivanje centara za mentalno zdravlje na razini primarne zdravstvene zaštite s ciljem sprječavanja diskriminacije i poboljšanog uključivanja osoba s duševnim smetnjama u svakodnevni život.
- osuvremenjivanje stacionarne skrbi za starije osobe.

Zaštita mentalnog zdravlja provodi se kroz djelatnost primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Na temelju Zakona o zdravstvenoj zaštiti, koji je Hrvatski sabor donio 2008. godine, sredinom kolovoza 2009.g. donesena je Mreža javne zdravstvene službe, prema kojoj su pri županijskim zavodima za javno zdravstvo ustrojene službe za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju ovisnosti (ukupno 45 timova).

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, koji je stupio na snagu 1. siječnja. 1998. godine uspostavio je mehanizme zaštite mentalnog zdravlja i zaštite osoba s duševnim smetnjama koji odgovaraju suvremenim znanstvenim spoznajama i odgovarajućim dokumentima o zaštiti ljudskih prava na čemu je temeljen i Zakon o zaštiti prava pacijenata iz 2004. godine. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama propisuje primjenu najmanje restriktivnih mjera. Prisilna hospitalizacija moguća je samo u slučajevima kada osoba s težim duševnim smetnjama ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost te po sudskoj presudi.

Neka područja zaštite mentalnog zdravlja i prava osoba s duševnim poremećajem obuhvaćena su nizom drugih važećih zakona uključujući zakone na području zdravstva, sigurnosti na radu, socijalne skrbi, zaštite ljudskih prava i prava specifičnih skupina stanovništva, kao i na području kaznenog zakonodavstva.

Niz nacionalnih politika, strategija i planova izravno ili manje izravno utječu na područje zaštite mentalnog zdravlja uključujući:

- Strategiju održivog razvitka Republike Hrvatske,
- Nacionalni plan aktivnosti za prava i interese djece od 2006.-2012.,
- Nacionalni program za mlade od 2009. do 2013. godine,
- Nacionalnu strategiju prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih od 2009. do 2013. godine,
- Nacionalnu strategiju suzbijanja zlouporabe droga,
- Nacionalni program pomoći stradalnicima i sudionicima Domovinskog rata,
- Nacionalnu strategiju izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom,
- Nacionalnu populacijsku politiku,
- Nacionalnu obiteljsku politiku,
- Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju,
- Nacionalnu strategiju borbe protiv nasilja,
- Nacionalnu strategiju zaštite od nasilja u obitelji ,
- Nacionalnu politiku za promicanje ravnopravnosti spolova.

Ovim kao i drugim dokumentima obuhvaćene su mnoge mjere koje promiču mentalno zdravlje građana i koje predstavljaju preduvjet društvenog razvitka.

SADAŠNJE STANJE

Prema posljednjem popisu stanovništva iz 2001. godine Republika Hrvatska ima 4,4 milijuna stanovnika. Prirodni prirast je negativan tijekom duljeg vremenskog razdoblja i iznosi –1,8 na 1.000 stanovnika u 2009. godini. Udio populacije starije od 65 godina porastao je na 15.7%, označavajući populacijski pomak prema starijim dobnim skupinama i prati prosjek Europske unije.

Duševni poremećaji, zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg kroničnog tijeka, narušavanja kvalitete života oboljelog i njegove okoline te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite, predstavljaju jedan od prioritarnih javnozdravstvenih problema kako u svijetu, tako i u Republici Hrvatskoj.

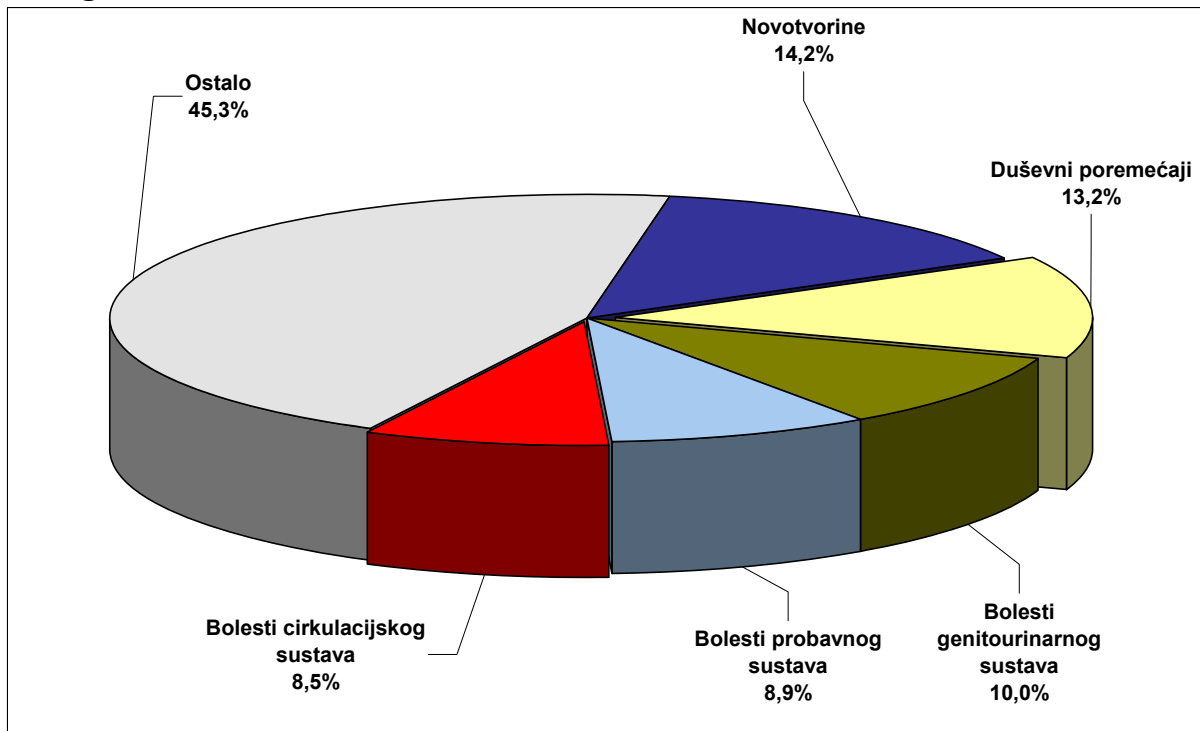
Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja (šifre F00-F99) i izvršena samoubojstva (šifre X60-X84) prikazuju se sukladno Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB X revizija).

Skupina duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja godinama sudjeluje s udjelom 6-7% u ukupnom bolničkom pobolu u Republici Hrvatskoj. Najveći broj hospitalizacija u dobi je 20-59 godina što svrstava ovu skupinu poremećaja u vodeće uzroke bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi. Osim toga, svaki 4 ili 5 dan bolničkog liječenja koristi se za duševne poremećaje te su oni i vodeća skupina bolničkog pobola prema korištenju dana bolničkog liječenja.

U 2008. godini zabilježeno je 46.209 hospitalizacija (stopa 1041,3/100.000) zbog duševnih poremećaja, od kojih je više od 70% bilo u dobi 20-59 godina, a 1.464.691 bolničkih dana korišteno je za skupinu duševnih poremećaja. (Slika 1., Slika 2.)

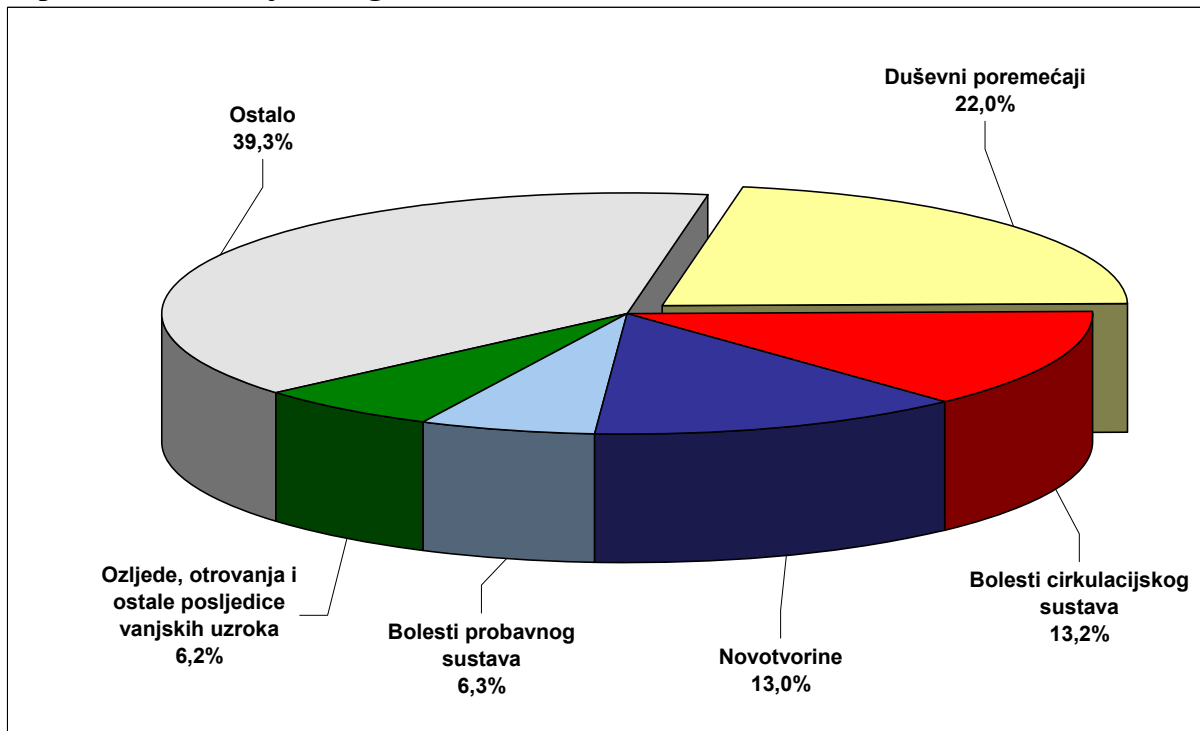
U specijalističko-konzilijarnoj djelatnosti, registrirana su ukupno 626.496 psihijatrijska pregleda, što predstavlja udio od 8,0% u ukupnom broju specijalističkih pregleda 2008. godine u Republici Hrvatskoj.

Slika 1.
Vodeće skupine bolesti u bolničkom pobolu za dob 20-59 godina u Republici Hrvatskoj 2008. godine



Izvor: HZJZ, Baza bolnički liječenih pacijenata

Slika 2.
Vodeće skupine bolesti u bolničkom pobolu prema danima bolničkog liječenja u Republici Hrvatskoj 2008. godine

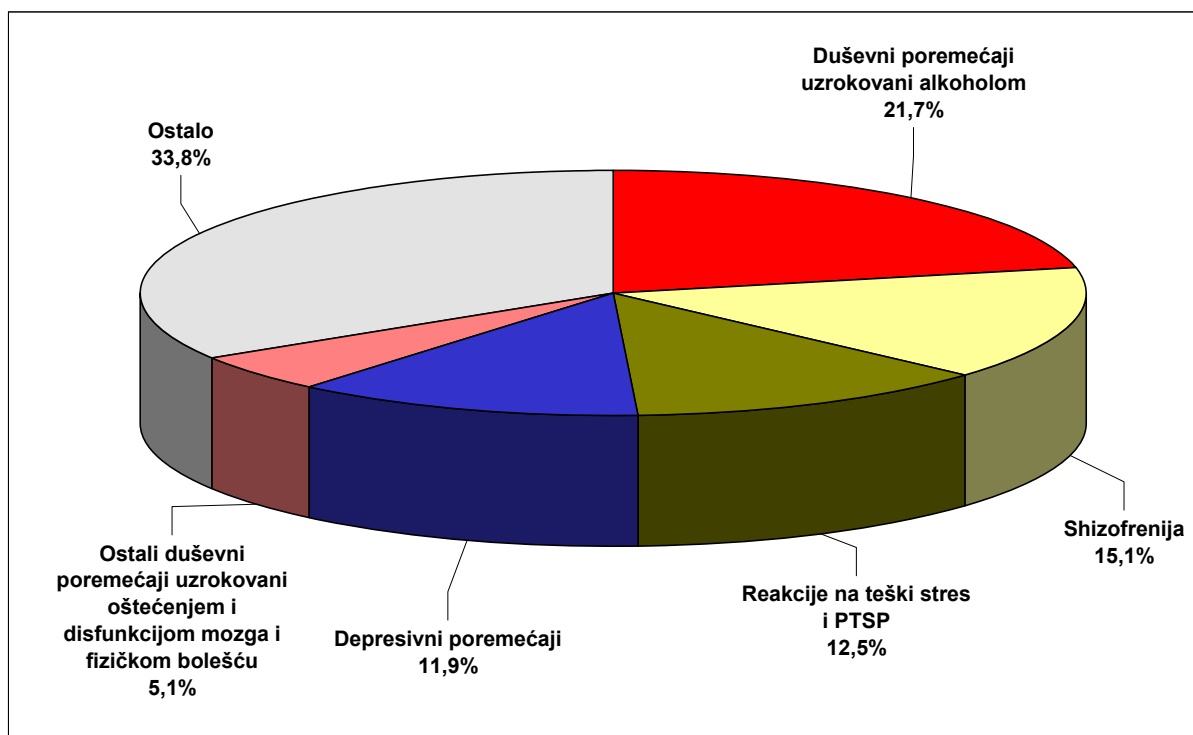


Izvor: HZJZ, Baza bolnički liječenih pacijenata

Duševni poremećaji uzrokovani alkoholom i shizofrenija godinama su vodeće dijagnostičke kategorije u ukupnom bolničkom pobolu zbog duševnih poremećaja. U 2008. godini registrirano je 10.020 hospitalizacija zbog duševnih poremećaja uzrokovanih alkoholom, 6.972 zbog shizofrenije, 5.765 hospitalizacija zbog reakcija na teški stres uključujući posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) te 5.500 hospitalizacija zbog depresivnih poremećaja. Te četiri dijagnostičke kategorije predstavljaju skoro dvije trećine svih uzroka u bolničkom pobolu zbog duševnih poremećaja. (Slika 3.)

Po broju korištenih dana bolničkog liječenja izrazito prednjači shizofrenija s udjelom od 30,7% (449.289 BOD). (Slika 4.).

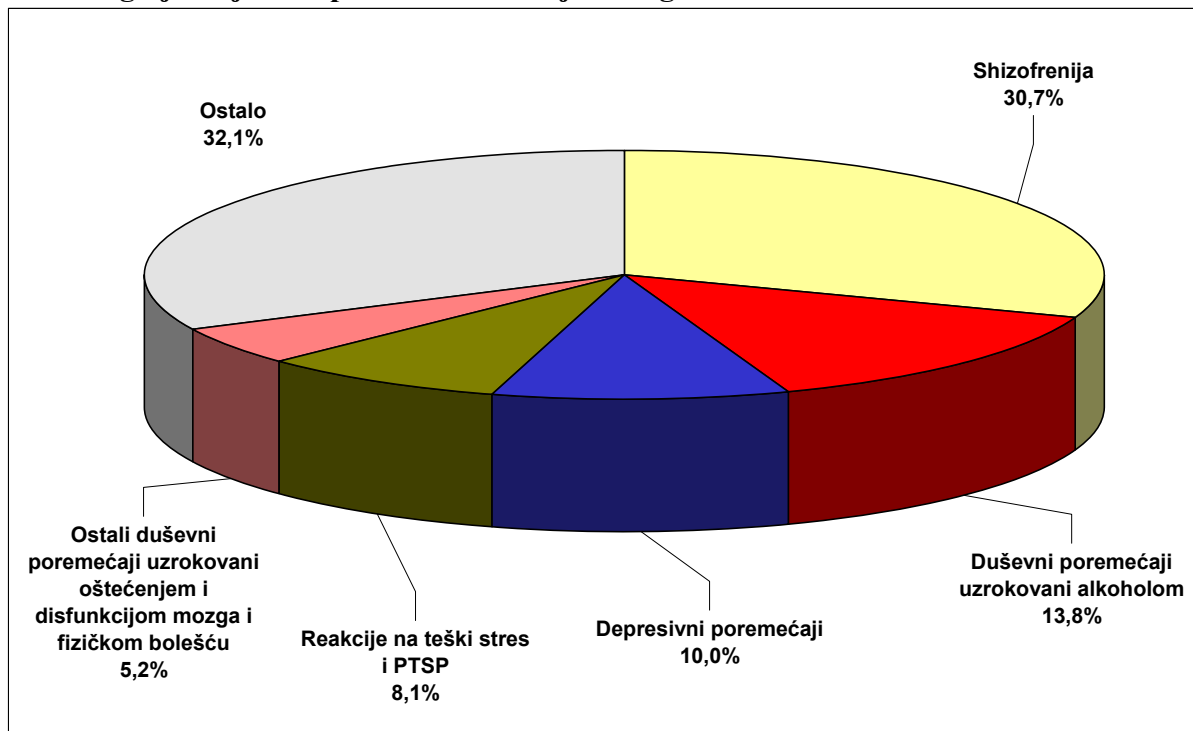
Slika 3.
Vodeće dijagnoze u skupini duševnih poremećaja (šifre F00-F99) u Republici Hrvatskoj 2008. godine



Izvor: HZJZ, Baza bolnički liječenih pacijenata

Slika 4.

Vodeće dijagnoze u skupini duševnih poremećaja (šifre F00-F99) prema trajanju bolničkog liječenja u Republici Hrvatskoj 2008. godine

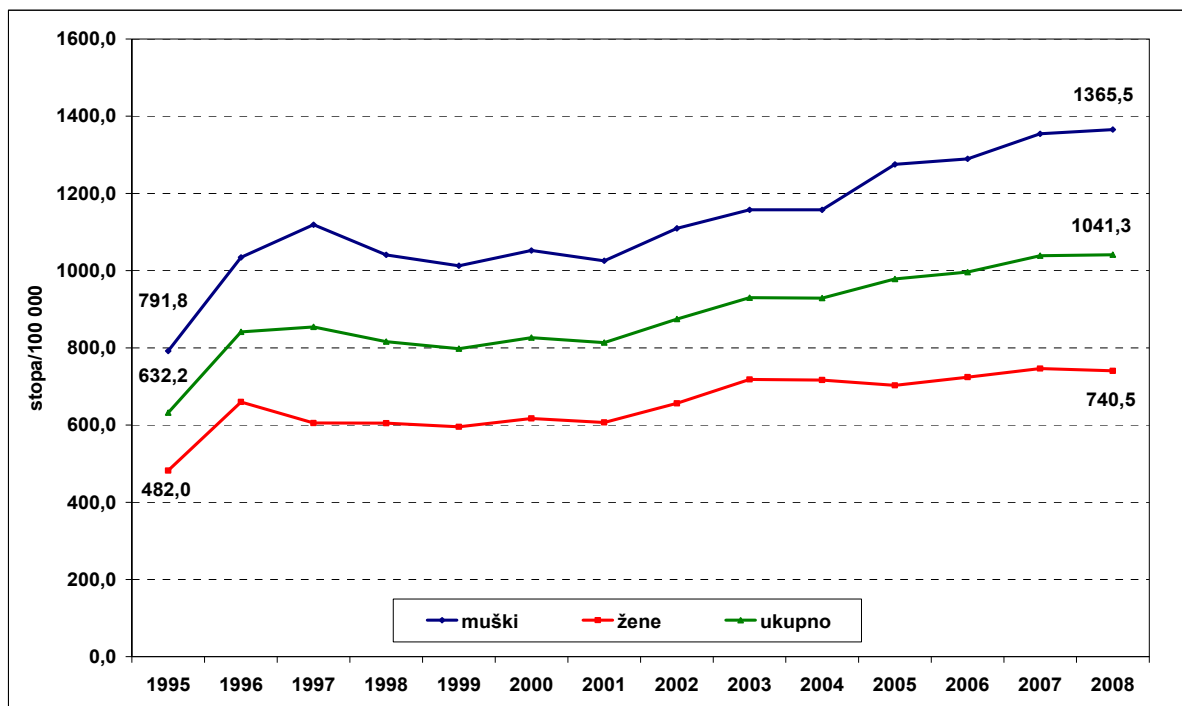


Izvor: HZZJ, Baza bolnički liječenih pacijenata

U razdoblju od 1995. do 2008. godine u bolničkom pobolu zbog duševnih poremećaja, bilježi se, uz oscilacije, izrazitiji trend rasta broja i stopa hospitalizacija na 100.000 stanovnika ukupno, kao i po spolu. (Slika 5. Tablica 1.)

Slika 5.

Stope hospitalizacija zbog duševnih poremećaja (šifre F00-F99) po spolu u razdoblju od 1995. - 2008. godine



Izvor: HZJZ, Baza bolnički liječenih pacijenata

Tablica 1.

Ukupan broj hospitalizacija zbog duševnih poremećaja (F00-F99) i prosječan broj dana bolničkog liječenja (BOD) po hospitalizaciji 1995. godine te u razdoblju 2000.-2008. godine u Hrvatskoj

GODINA	1995.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.
BROJ HOSPIT.	30.244	36.679	36.101	38.804	41.253	41.214	43.418	44.206	46.103	46.209
BOD	52,4	47,1	37,6	46,0	41,2	39,2	36,9	33,2	32,0	31,7

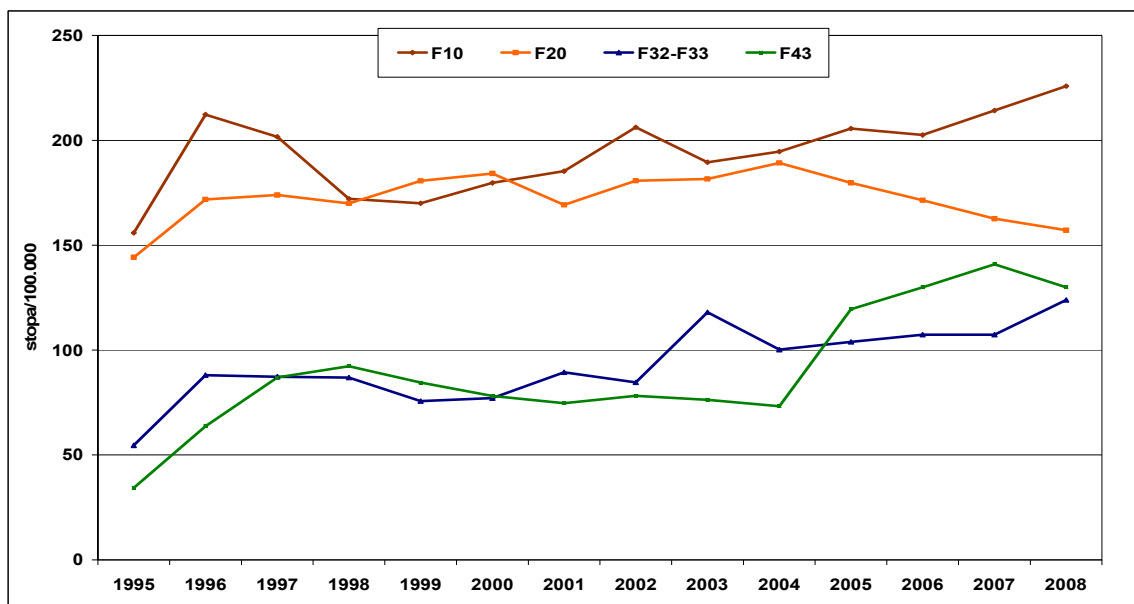
Izvor: HZJZ, Baza bolnički liječenih pacijenata

Sličan trend kretanja hospitalizacija, uz manje ili veće oscilacije, vidljiv je i kod najčešćih dijagnostičkih kategorija u skupini duševnih poremećaja. Stopa hospitalizacija zbog duševnih poremećaja uzrokovanih alkoholom izrazitije oscilira te bilježi najviše stope 1996., 2002., 2007. i 2008. godine (225,8). Uz manje izražene oscilacije, stopa hospitalizacije zbog shizofrenije, kontinuirano blaže raste, a od 2005. godine stopa je u padu (2008. godine stopa 157,1). Zbog reakcija na teški stres uključujući PTSP stopa hospitalizacije znatno raste do 1998. godine, od 1999. godine zapaža se kontinuirani blaži pad stope te izraziti porast stope od 2005. do 2007. godine. U 2008. godini bilježi se blaži pad stope (129,9). Kod depresivnih poremećaja stopa hospitalizacije pokazuje rastući trend, s najvišim stopama 2003., 2007. i 2008. godine kada je iznosila 123,9. (Slika 6.)

Također, za te dijagnostičke kategorije bilježe se prema spolu razlike u broju i stopi hospitalizacija. Kod shizofrenije stope hospitalizacija nešto su više kod muškaraca. Značajno više stope kod muškaraca nego kod žena bilježe se kod duševnih poremećaja uzrokovanih alkoholom i reakcija na teški stres uključujući PTSP dok su kod depresivnih poremećaja stope više kod žena.

Slika 6.

Stope hospitalizacija zbog duševnih poremećaja uzrokovanih alkoholom (šifra F10), shizofrenije (F20), reakcije na teški stres uključujući PTSP (F43) i depresivnih poremećaja (F32-F33) u razdoblju 1995. - 2008. godine



Izvor: HZJZ, Baza bolnički liječenih pacijenata

Prema podacima Registra za psihoze bolnička incidencija shizofrenije i shizoafektivnog poremećaja nije se kroz godine značajnije mijenjala te prosječna dobno-standardizirana stopa iznosi 0,22/1.000. Bilježi se porast broja primljenih i otpuštenih bolesnika kao i broja prijema i otpusta. Hospitalizacije su učestalije, ali pretežito kraće s kraćim ukupnim vremenom koje bolesnik provede u bolnici, dok broj bolesnika liječenih tijekom cijele godine izrazito opada. Procijenjena prevalencija shizofrenije i shizoafektivnog poremećaja na temelju podataka Registra iznosi 4,5 na 1.000 stanovnika. (Tablica 2.)

Tablica 2.

Neki pokazatelji bolničkog liječenja osoba s dijagnozom shizofrenije (šifra F20) ili shizoafektivnih poremećaja (F25) u Republici Hrvatskoj po pojedinim godinama

KONTINGENTI	GODINA												
	1962.	1970.	1980.	1990.	1995.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005*	2006.*	2007.*
PRIMLJENI U BOLNICU													
Broj prvi put primljenih bolesnika	1472	893	970	1028	1008	997	948	918	916	902	883	833	771
Broj ukupno primljenih bolesnika	1650	2450	3726	4794	4365	5168	5230	5247	5146	5182	5303	5137	4700
Broj prijama	2022	3187	5086	7154	7205	8453	8409	8286	7873	8144	8519	8210	7677
Omjer broja prijama i primljenih bolesnika	1,2	1,3	1,4	1,5	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6
ZATEČENI U BOLNICI (31.12)	2305	2821	2615	2494	2115	1972	1966	1795	1806	1826	1655	1566	1120
BOLNIČKI LIJEČENI													
Broj bolesnika	3698	4876	5757	6618	5396	6665	6436	6319	6019	6257	6432	6147	5695
Broj hospitalizacija	4097	5589	7031	8682	7759	9347	9412	9257	8341	8973	9162	8853	8165
Omjer broja hospitalizacija i hospitaliziranih bolesnika	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Broj dana bolničkog liječenja u '000	836	1013	930	926	804	723	727	647	602	663	648	610	544
Broj bolesnika bolnički liječenih tijekom cijele godine	1753	1910	1359	1225	810	874	802	596	593	622	609	549	498
Udio dana liječenja bolesnika bolnički liječenih cijele godine	76,8	68,8	53,2	48,3	36,8	44,1	40,3	33,6	36,6	34,2	34,3	32,9	33,4
OTPUŠTENI IZ BOLNICE													
Broj bolesnika	1607	2491	3759	4858	4659	5305	5352	5536	4991	5264	5529	5261	5543
Broj otpusta	1914	3095	4982	7117	7337	8399	8336	8377	7501	8087	8593	8224	8094
Omjer broja otpusta i otpuštenih bolesnika	1,2	1,2	1,3	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5

Izvor podataka: HZJZ, Registar za psihoze Hrvatske

Napomena: * Nisu uključeni podaci o bolesnicima koji su u tijeku dijagnostičkog procesa, kao i o bolesnicima koji su primljeni prethodne, a otpušteni iduće godine koja još nije obrađena. U broj prijama, hospitalizacija i otpusta nisu uključeni premještaji kao ni hospitalizacije kod kojih je od otpusta do ponovnog prijema proteklo manje od 7 dana.

U djelatnosti primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj također se zapaža uzlazni trend pobola zbog duševnih poremećaja. U 2008. godini registrirano je ukupno 521.243 dijagnostička entiteta (stopa 1174,6/10.000) iz skupine duševnih poremećaja te se nalaze na 7. mjestu ukupnog pobola na razini primarne zdravstvene zaštite s udjelom 5,0%. Neuroze, afektivni poremećaji povezani sa stresom i somatiformni poremećaji, s udjelom oko 50% vodeća su dijagnostička podskupina. U 2008. godini registrirano je ukupno 273.641 dijagnoza te skupine.

Također, zapaža se uzlazni trend incidencije klinički razvijenih duševnih poremećaja kod djece i adolescenata, što posebno zabrinjava.

U Registru osoba s invaliditetom registrirano je 125.358 osoba čiji su uzroci invaliditeta ili komorbiditetne dijagnoze koje pridonose funkcionalnom oštećenju iz skupine duševnih poremećaja i mentalne retardacije (šifre F00-F79), što je oko 24% svih uzroka invaliditeta. Veća učestalost zabilježena je kod muškog spola, a najviše invalidnih osoba u dobi je 50-59 godina.

Najčešći uzroci invaliditeta ili komorbiditetne dijagnoze koje pridonose funkcionalnom oštećenju osobe iz skupine su neurotskih, vezanih uz stres te somatoformnih poremećaja. (Tablica 3.)

Tablica 3.

Prikaz uzroka invalidnosti ili komorbiditetnih dijagnoza koje pridonose funkcionalnom oštećenju osoba iz skupine duševnih poremećaja prema dijagnostičkim entitetima

MKB šifra	Dijagnostički entiteti	Broj
F00 - F09	Organski duševni poremećaji, uključujući simptomatske poremećaje	25.860
F10 - F19	Duševni poremećaji ponašanja uzrokovani zlouporabom psihoaktivnih tvari	9.807
F20 - F29	Shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji	15.958
F30 - F39	Poremećaji afekta (raspoloženja)	27.763
F40 - F48	Neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji	37.527
F50 - F59	Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike	366
F60 - F69	Poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih	3.716
F70 - F79	Duševna zaostalost (mentalna retardacija)	20.766
Ukupno		141.763

Izvor: HZJZ, Registar osoba s invaliditetom

Napomena: ukupni broj dijagnoza veći je od broja osoba zbog postojanja višestrukih dijagnoza iz navedene skupine vezane za jednu osobu

Duševni poremećaji rijetko se navode kao izravni uzrok smrti. U ukupnom mortalitetu 2008. godine u Republici Hrvatskoj nalazili su se na 9. mjestu s udjelom 1,5% (772 smrti).

Samoubojstva su pokazatelj ugroženosti duševnog zdravlja te predstavljaju glavni posredni uzrok smrtnosti zbog duševnih poremećaja.

Izvršena samoubojstva godinama su bila vodeći uzrok smrti od ozljeda u Republici Hrvatskoj s udjelom od oko 30%. U 2008. godini registrirano je 795 samoubojstava (stopa 17,9/100.000) te se s udjelom od oko 26% (kao i 2007. godine) nalaze na 2. mjestu (iza padova) na ljestvici smrtnosti od ozljeda.

U razdoblju 1985. do 2008. godine dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava, za sve dobi kao i za dob 0-64 godina, pokazuju oscilacije do 1997. godine, a od 1998. godine vidljiv je pad stope (2008. godine stopa 15,0/100.000 za svu dob; stopa 12,1 za dob 0-64). Dobno standardizirana stopa smrtnosti zbog samoubojstava za dob 65+ godina ima sličan trend kretanja uz veće oscilacije stope (2008. godine stopa 38,7). (Slika 7.)

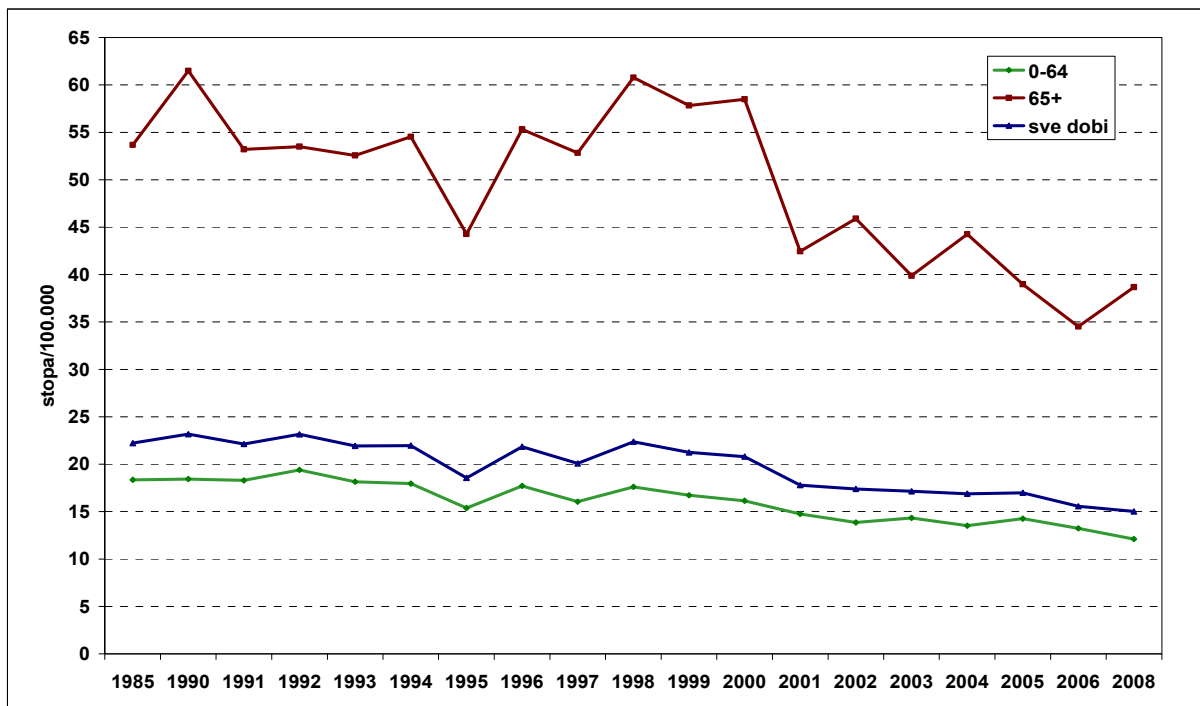
Republika Hrvatska bilježi više dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava od prosjeka zemalja Europske unije (2008. godina 15,0 prema 10,1/100.000). (Slika 8.)

Stope su kod muškaraca trostruko više nego kod žena, a kod oba spola značajno rastu s dobi. Najčešći način izvršenja samoubojstava u oba spola je vješanje. U ratnim i poratnim godinama značajno je porastao broj samoubojstava vatrenim oružjem posebice u muškaraca, no posljednjih godina postoji trend pada ovog načina izvršenja samoubojstava.

Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava po županijama Republike Hrvatske pokazuju značajne razlike. Županije primorskog dijela bilježe značajno niže stope (do pet puta) izvršenih samoubojstava od pojedinih županija kontinentalnog dijela.

Slika 7.

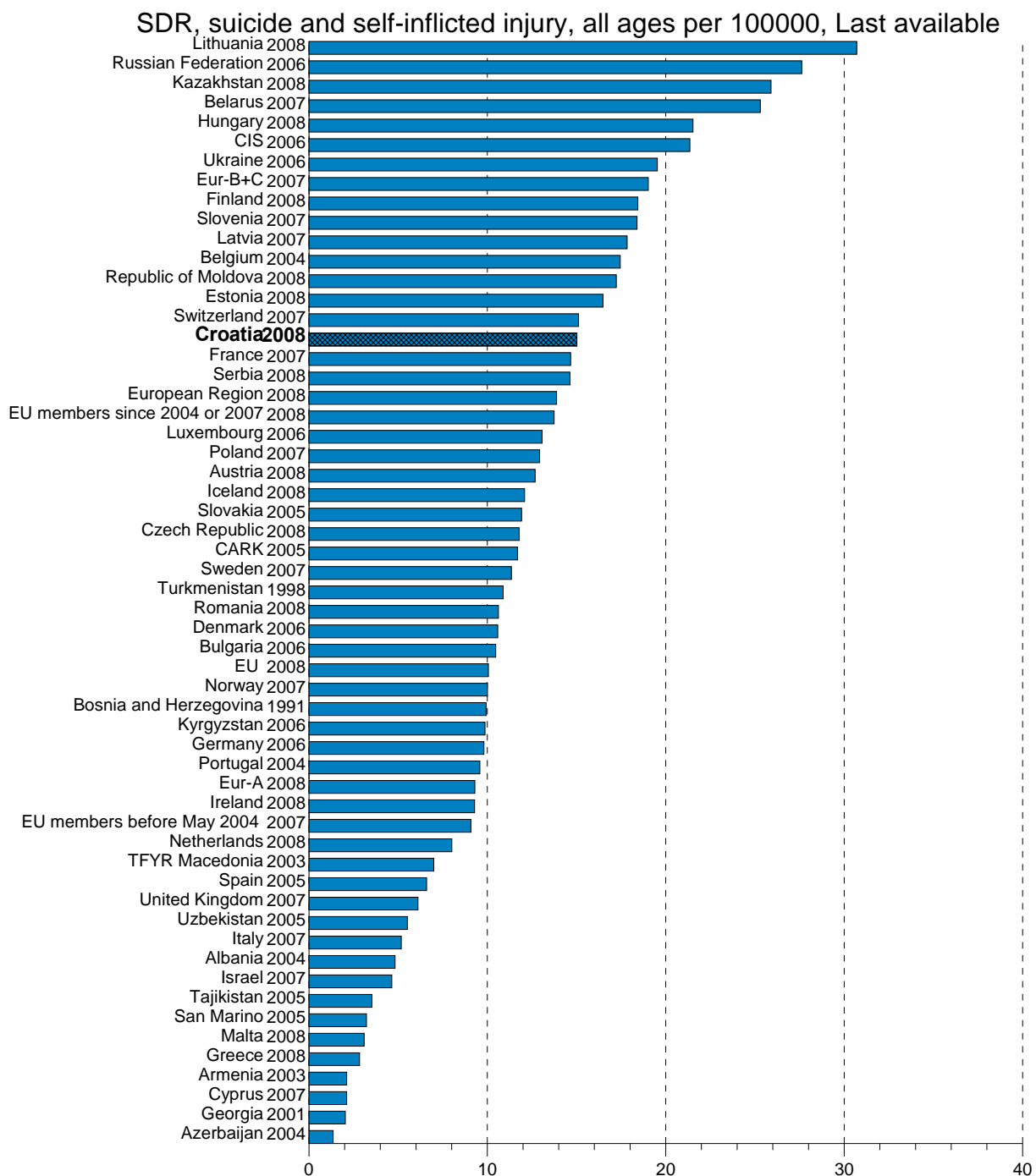
Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava (šifre X60-X84) u Republici Hrvatskoj za sve dobi, dob 0-64 i 65+ godina, 1985. godine te u razdoblju 1990. - 2008. godine



Izvor: Who/Europe, European HFA Database, January 2010. Obrada: HZJZ

Slika 8.

Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava za sve dobi po pojedinim zemljama Europe, zadnja dostupna godina



Izvor: Who/Europe, European HFA Database, January 2010

Psihijatrijski kreveti nalaze se u tri tipa bolničkih ustanova: općim bolnicama, kliničkim odjelima i kliničkim bolnicama te specijalnim psihijatrijskim bolnicama. U sva tri tipa bolnica bilježi se pad broja psihijatrijskih bolničkih postelja kao i ukupnog broja bolničkih postelja. (Tablica 4.)

Tablica 4.

Broj postelja u općim bolnicama, kliničkim odjelima i kliničkim bolnicama te u specijalnim bolnicama po pojedinim godinama

Godina	Opće bolnice - psihijatrija	Ukupan kapacitet kreveta u općim bolnicama	Klinički odjeli i kliničke bolnice - psihijatrija	Ukupan kapacitet kreveta u kliničkim odjelima i kliničkim bolnicama	Specijalne bolnice psihijatrija	Ukupan kapacitet kreveta u specijalnim bolnicama
1995.	626	8.468	539	9.747	3.643	9.248
2001.	499	8.280	522	9.344	3.538	8.994
2008.	431	7.616	428	8.472	3.353	8.194

Izvor: HZJZ, Baza bolnički liječenih pacijenata

U kliničkim bolnicama i kliničkim odjelima godišnja zauzetost, odnosno iskorištenost psihijatrijskih postelja ima trend pada što se, iako uz oscilacije, registrira i u specijalnim psihijatrijskim bolnicama te u općim bolnicama. (Tablica 5.)

Tablica 5.

Godišnja zauzetost kreveta u općim bolnicama, kliničkim odjelima i kliničkim bolnicama te u specijalnim bolnicama po pojedinim godinama

Godina	Opće bolnice - psihijatrija	Prosječna popunjenost kreveta u općim bolnicama	Klinički odjeli i kliničke bolnice - psihijatrija	Prosječna popunjenost kreveta u kliničkim odjelima i kliničkim bolnicama	Specijalne bolnice - psihijatrija	Prosječna popunjenost kreveta u specijalnim bolnicama
1995.	350	308	429	329	320	288
2001.	346	308	348	315	374	308
2008.	338	297	342	321	319	292

Izvor: HZJZ, Baza bolnički liječenih pacijenata

Prosječno trajanje bolničkog liječenja psihijatrijskih bolesnika smanjuje se u sva tri tipa bolničkih ustanova što je trend i u trajanju bolničkog liječenja ukupno. U općim bolnicama trajanje bolničkog liječenja je najkraće. (Tablica 6.)

Tablica 6.

Prosječno trajanje bolničkog liječenja općim bolnicama, kliničkim odjelima i kliničkim bolnicama te u specijalnim bolnicama po pojedinim godinama

Godina	Opće bolnice- psihijatrija	Prosječno trajanje boravka u općim bolnicama	Klinički odjeli i kliničke bolnice- psihijatrija	Prosječno trajanje boravka u kliničkim odjelima i kliničkim bolnicama	Specijalne bolnice- psihijatrija	Prosječno trajanje boravka u specijalnim bolnicama
1995.	18,9	9,5	19,3	10,9	63,2	36,7
2001.	14,5	8,3	19,0	9,5	75,9	33,4
2008.	11,9	6,8	17,4	7,7	48,7	28,2

Izvor: HZJZ, Baza bolnički liječenih pacijenata

U psihijatrijskoj djelatnosti registrira se trend rasta broja psihijatar i liječnika na specijalizaciji iz psihijatrije (njihov ukupni broj porastao je u prošlom desetljeću za više od 50%). Ovaj trend ne odražava gubitak interesa za specijalizaciju psihijatrije, koji je uočen u nekim europskim zemljama, ali porast nije praćen i povećanjem broja subspecijalista dječje i adolescentne psihijatrije sukladno populacijskim potrebama. Drugi stručnjaci na području zaštite mentalnog zdravlja, kao što su psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti i specijalisti u edukaciji postoje, ali je još uvijek malo specifičnih i dobro razvijenih programa njihovog djelovanja u zajednici.

Godine 2008. u radnom odnosu bilo je 413 specijalista psihijatar, 41 neuropsihijatar i 86 specijalizanata psihijatrije. Neki od ovih djelatnika rade u privatnim ordinacijama i ustanovama na razini primarne zdravstvene zaštite. (Tablica 7.)

Tablica 7.

Broj djelatnika u psihijatrijskoj djelatnosti u Hrvatskoj po pojedinim godinama

Godina	Psihijatri	Neuropsihijatri	Specijalizanti psihijatrije	Medicinske sestre	Socijalni radnici	Psiholozi
1995.	206	157	75	1.570	25	141
2001.	314	106	55	1.440	19	107
2008.	413	41	86	1.731	28	143

Izvor: HZJZ, Registar zdravstvenih djelatnika

Usluge zdravstvene i socijalne skrbi jednako su dostupne duševno bolesnim osobama, ali postoji i nerazmjer u dostupnosti usluga u različitim regijama i županijama.

Suvremena znanstvena dostignuća i klinička znanja, kao i principi dobre kliničke prakse, primjenjuju se u dijagnosticiranju i liječenju duševnih poremećaja. Terapijske smjernice i algoritmi su razvijeni i objavljeni, ali nisu u potpunosti primijenjeni u cijeloj zemlji. Suvremene metode rehabilitacije razvijene su na razini pilot programa i dostupne su tek malom broju oboljelih.

Skrb za mentalno zdravlje u lokalnoj zajednici slabije je razvijena osim pojedinačnih programa kao što je prevencija ovisnosti. Pri županijskim zavodima za javno zdravstvo u tijeku je popunjavanje timova djelatnosti zaštite mentalnog zdravlja, a nedavno je uspostavljena i mreža obiteljskih centara. U sredinama s većim kadrovskim i financijskim mogućnostima razvijene su i dodatne usluge u praćenju rane interakcije roditelja i djece, zaštiti mentalnog zdravlja pri domovima zdravlja te zaštiti mentalnog zdravlja djece žrtava nasilja, no kapaciteti su značajno manji od potreba. Nekoliko nevladinih organizacija pruža usluge žrtvama raznih vrsta nasilja, uglavnom na području pravnih savjeta i pružanja skloništa. Iako propisi izrijeком zabranjuju diskriminaciju duševno oboljelih pacijenata na području stanovanja i zapošljavanja, programi rehabilitacije, zapošljavanja i podržanog stanovanja su rijetki, a nezaposlenost predstavlja društveni problem.

Uloga nevladinih organizacija u pružanju usluga je ograničena, radi nedostatne suradnje sa stručnjacima na području mentalne skrbi, a predložene aktivnosti često nisu koordinirane, dugoročno planirane i samoodržive.

Sustav socijalne skrbi jedan je od najvećih u regiji i potpore su jednako dostupne svim korisnicima, ali osobe s duševnim poremećajima ipak imaju teškoća u ostvarivanju socijalnih prava uslijed specifičnosti svoje bolesti. Invalidske mirovine dodjeljuju se pod jednakim uvjetima kao i drugim osobama. U sustavu socijalne skrbi smještaj duševno bolesnih osoba najčešće je u velikim ustanovama što izravno umanjuje njihovu kvalitetu života i ne stvara temelj za njihovu primjerenu društvenu reintegraciju. U posljednje vrijeme primjenjuju se drugi pristupi, kao što je primjerice smještaj u druge obitelji.

Postojeći informacijski sustav ne daje dovoljno informacija za pravovremenu i primjerenu intervenciju u zaštiti mentalnog zdravlja, niti pruža punu povezanost korisnika iste ili različite razine korištenja usluga koja je bitna za zaštitu u zajednici. Sustavno se ne registriraju bitni podaci, primjerice prethodno suicidalno ponašanje i epizode samoozljeđivanja.

Program specijalističke edukacije psihijatarata je program s dugogodišnjom tradicijom i usklađen je s europskim standardima. Međutim „psihijatrijsko“ obrazovanje studenata medicine i stažista nije dostatno. Obrazovanje drugih stručnjaka na području zaštite mentalnog zdravlja je tek bazično, pa su za zahtjevnije oblike zaštite mentalnog zdravlja pripremljeni tek po završetku dodatnih specijalističkih studija. Strukovne komore nalažu obvezu trajne edukacije za liječnike, psihologe, medicinske sestre i djelatnike u odgoju i obrazovanju.

Psihijatrijski odjeli u općim i kliničkim bolnicama istog su standarda kao i druge specijalnosti u istim bolnicama, ali standard u specijalnim psihijatrijskim bolnicama, iako bitno poboljšán, još uvijek je ispod prosjeka općih bolnica.

U tijeku je nekoliko istraživačkih projekata na području zaštite mentalnog zdravlja. Projekti usmjereni na napredak i evaluaciju sustava zaštite mentalnog zdravlja posebno su rijetki.

CILJEVI

- I. Promocija mentalnog zdravlja za sve
- II. Pristup mentalnim poremećajima kroz preventivne aktivnosti
- III. Promocija rane intervencije i liječenja duševnih poremećaja
- IV. Unaprjeđenje kvalitete života osoba s mentalnim poremećajima ili dizabilitetom kroz socijalnu inkluziju, zaštitu njihovih prava i dostojanstva
- V. Usklađivanje s drugim specifičnim strategijama i programima koje se odnose na područje mentalnog zdravlja
- VI. Razvoj informiranja, istraživanja i sustava znanja na području mentalnog zdravlja.

VODEĆA NAČELA

Zdravlje je najveće bogatstvo za građane i društvo, a bez duševnog nema ni općeg zdravlja. SZO opisuje duševno zdravlje kao „stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa stresom svakodnevnog života, raditi produktivno i plodno te pridonositi svojoj zajednici“. Na duševno zdravlje mogu utjecati mnogi čimbenici uključujući biološke, psihološke i socijalne čimbenike. Smetnje duševnog zdravlja obuhvaćaju duševne probleme i oštećeno funkcioniranje povezano s distresom, simptomima ili klinički izraženim poremećajima, kao što su primjerice shizofrenija ili depresija.

Zaštita mentalnog zdravlja u Europi temelji se na zajedničkim vrijednostima i načelima uključujući univerzalnost, solidarnost, dostupnost i učinkovitost te visoku kakvoću i sigurnost zdravstvene zaštite. Temeljnu vrijednost predstavlja osnaživanje građana za aktivno sudjelovanje u planiranju i provođenju aktivnosti na području zaštite zdravlja. Pružanje usluga preusmjerava se s velikih institucija na usluge koje se mogu pružiti u lokalnoj zajednici. Veliku pozornost treba obratiti kvaliteti i ujednačenosti zaštite, posebice u primjeni novih mjera, usluga ili tehnologija, u svrhu izbjegavanja etičkih problema, podizanja razine povjerenja i zadovoljstva građana te izbjegavanja nepovoljnog omjera troška i učinkovitosti.

Zaštita mentalnog zdravlja zastupljena je u raznim područjima političkog i strateškog značenja i ne predstavlja pitanje izolirano samo na područje zdravstvene politike. Ključnu ulogu imaju i druge politike, primjerice na području održivog, ekonomskog i regionalnog razvoja, obrazovanja, novih tehnologija, istraživanja i inovacija, zdravlja i sigurnosti na radu, socijalne sigurnosti, zaštite ljudskih prava, zaštite okoliša, kontrole hrane i lijekova.

Zajedničko djelovanje na svim ovim područjima ključno je za ispunjavanje ciljeva i mjera ove Strategije.

Načela na kojima se temelje mjere ove Strategije:

- a) Teritorijalna, vremenska i ekonomska pristupačnost,
- b) Pravičnost i jednakost pri korištenju zdravstvenih usluga,
- c) Učinkovitosti sustava zdravstva i socijalne skrbi,
- d) Poboljšanje kvalitete medicinskog rada,
- e) Sigurnost pacijenata i zdravstvenih radnika i
- f) Solidarnost.

PODRUČJA DJELOVANJA STRATEGIJE

1. Unapređenje mentalnog zdravlja u općoj populaciji

Jedna od četiri osobe u Europi barem jednom u životu ima smetnje duševnog zdravlja, a puno ih je više koji su ovim problemima zahvaćeni neizravno, stoga je nužno povećati znanje javnosti o ovim pitanjima. Informiranje javnosti i programi podizanja svijesti značajni su za promociju mentalnog zdravlja i zdravog načina života, povećanje znanja o rizičnim čimbenicima i čestim simptomima, destigmatizaciju duševnih poremećaja i promociju ranog traženja pomoći. Stvaranjem sigurne i poticajne okoline ostvaruju se preduvjeti za unapređenje mentalnog zdravlja. Građane treba poticati u aktivnom sudjelovanju u planiranju i provođenju aktivnosti na području zaštite mentalnog zdravlja. U ovome je ključna uloga medija i novih informacijsko-komunikacijskih alata kako bi se promijenila percepcija mentalnog zdravlja i mentalne bolesti te razvile smjernice za odgovoran odnos prema ovim pitanjima.

Mjere:

- 1.1. Razvijati svijest o zdravim načinima življenja i rizičnim čimbenicima
- 1.2. Poboljšati sposobnost građana da čitaju, procjenjuju i razumiju informacije vezane uz mentalno zdravlje (zdravstvenu pismenost) kako bi mogli stvarati utemeljeno mišljenje
- 1.3. Poticati aktivnosti kojima se osigurava sigurna okolina i smanjuju rizični čimbenici
- 1.4. Poticati aktivnosti kojima se destigmatiziraju duševne bolesti
- 1.5. Razvijati smjernice za odgovorno medijsko praćenje pitanja vezanih uz mentalno zdravlje
- 1.6. Omogućiti veće sudjelovanje i utjecaj javnosti, a posebice korisnika usluga i osoba koje o njima skrbe, u donošenju planova i odluka vezanih uz mentalno zdravlje.

Sudionici u provedbi:

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi; Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa; Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti; Ministarstvo zaštite okoliša, prostornog uređenja i graditeljstva; Ministarstvo unutarnjih poslova; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Agencija za odgoj i obrazovanje; županijski zavodi za javno zdravstvo; jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave; zdravstvene ustanove; centri za socijalnu skrb; akademske institucije; stručna društva i strukovne komore u zdravstvu; mediji; nevladine udruge.

2. Unapređenje mentalnog zdravlja u dobno-specifičnim i vulnerabilnim populacijama

S obzirom da se podloga za dobro mentalno zdravlje u najvećoj mjeri oblikuje u prvim godinama života, unapređenje mentalnog zdravlja djece i mladih ulaganje je u budućnost. Tranzicijsko razdoblje i ekonomske promjene u Republici Hrvatskoj iznimno su opteretile obiteljski život građana. Porast broja duševnih poremećaja povezan je s lošim odnosima u obitelji, ekonomskim teškoćama i duševnim smetnjama roditelja. Planiranjem u zdravstvenom sustavu potrebno je zadovoljiti rastuće potrebe za specijalističkim uslugama na području duševnog zdravlja djece i adolescenata. Pozornost u unapređenju duševnog zdravlja potrebno je posvetiti i drugim ranjivim skupinama kao što su osobe s dizabilitetom, nezaposleni, žrtve nasilja, žrtve rata i poraća, manjinske skupine, a posebice stariji ljudi. Europska populacija stari i duševno zdravlje starijih osoba postaje značajan društveni problem.

Mjere:

- 2.1. Unapređivati roditeljske vještine i ranu interakciju
- 2.2. Povećavati sposobnosti djece za nošenje s problemima, s posebnom pozornošću posvećenom djeci roditelja s duševnim bolestima
- 2.3. Poboljšati prepoznavanje problema mentalnog zdravlja kod mladih i adolescenata
- 2.4. Nastaviti podršku žrtvama rata, njihovim obiteljima i skrbnicima
- 2.5. Podržavati postojeće i razvijati nove aktivnosti na području prevencije obiteljskog i vršnjačkog nasilja
- 2.6. Poticati aktivnosti kojima se sprečava nasilje nad starijim osobama
- 2.7. Poticati i podržavati aktivnosti usmjerene na borbu protiv stigme kojom su označene ranjive populacijske skupine
- 2.8. Poticati aktivno starenje i sudjelovanje u volonterskim i drugim programima u lokalnoj zajednici
- 2.9. Poboljšati prepoznavanje i ranu intervenciju kod djece i mladih sa intelektualnim teškoćama uz podršku njihovim obiteljima.

Sudionici u provedbi:

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi; Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti; Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa; Ministarstvo zaštite okoliša, prostornog uređenja i graditeljstva; Ministarstvo unutarnjih poslova; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Agencija za odgoj i obrazovanje; županijski zavodi za javno zdravstvo; jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave; zdravstvene ustanove; centri za socijalnu skrb; akademske institucije; stručna društva i strukovne komore u zdravstvu i obrazovanju; mediji i nevladine udruge.

3. Unapređenje mentalnog zdravlja na radnom mjestu

Radno mjesto još je jedno od područja u kojima je nužno osigurati zdravu sredinu koja psihološki i socijalno potiče radnike. Održavanje dobrog duševnog zdravlja pomaže porastu produktivnosti i postizanju ciljeva ekonomskog rasta i globalne konkurentnosti. Smetnje duševnog zdravlja dovode do izostajanja s posla, boravljenja na poslu bez ispunjavanja radnih zadataka te preuranjenog odlaska u mirovinu. Poboljšano razumijevanje problema mentalnog zdravlja od strane poslodavaca, kao i kolega, bitno je za uspješnu radnu reintegraciju ljudi s problemima mentalnog zdravlja.

Mjere:

- 3.1 Razvijati zdrave uvjete na radnom mjestu, s posebnom pozornošću posvećenom manjim i srednjim poslodavcima koji mogu imati financijskih teškoća u provođenju preventivnih aktivnosti
- 3.2 Poticati uspostavljanje ravnoteže između poslovnog i obiteljskog života
- 3.3 Poticati aktivnosti kojima se sprječava negativno ponašanje na poslu, kao što je primjerice nasilje ili drugi oblici maltretiranja
- 3.4 Poboljšati rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja i unaprijediti metode rane intervencije na radnom mjestu
- 3.5 Podržavati povratak i radnu reintegraciju osoba s duševnim smetnjama
- 3.6 Podržavati zapošljavanje i zadržavanje posla osoba s duševnim smetnjama.

Sudionici u provedbi:

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi; Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti; Ministarstvo gospodarstva, rada i poduzetništva; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu; županijski zavodi za javno zdravstvo; jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave; zdravstvene ustanove; centri za socijalnu skrb; akademske institucije; stručna društva i strukovne komore u zdravstvu i gospodarstvu; nevladine udruge.

4. Prevencija, liječenje i rehabilitacija duševnih poremećaja

Suvremena znanost ima značajan utjecaj na poboljšanje zaštite mentalnog zdravlja. Nažalost, još uvijek postoji nerazmjer između primjene znanstvenih postignuća i svakodnevne prakse. Medicinsko znanje omogućuje liječenje duševnih poremećaja, no dvije trećine osoba s duševnim poremećajem nikada ne zatraži stručnu pomoć. Stoga je nužno unaprjeđivati znanje o ranoj dijagnostici, intervenciji i skrbi za osobe s duševnim poremećajima. Skrb o duševnom zdravlju treba uključiti u obrazovne programe svih stručnjaka na području zdravstvene skrbi i njima srodnim područjima. Javnost treba postati svjesna da se mnogi duševni poremećaji, a posebice depresija, mogu liječiti te da je samoubojstvo čin koji se može spriječiti.

Mjere:

- 4.1. Razvijati javnu svijest o duševnim poremećajima i mogućnostima liječenja
- 4.2. Organizirati trajnu edukaciju i programe poduke za sve koji se nalaze na ključnim

- položajima za postavljanje rane dijagnoze, ranu intervenciju i sveobuhvatnu skrb o osobama s duševnim problemima
- 4.3. Poboljšati uočavanje problema mentalnog zdravlja na svim razinama zdravstvene skrbi
 - 4.4. Nastaviti s poboljšanjem uvjeta u specijalnim bolnicama i odjelima, posebice usmjereno daljnjem razvoju aktivnosti za neležće pacijente,
 - 4.5. Poticati aktivni pristup poslijeporođajnim duševnim smetnjama majki
 - 4.6. Poboljšati prepoznavanje i ranu intervenciju kod samoubilačkih nakana
 - 4.7. Poticati davanje podrške osobama koje su pokušale počiniti samoubojstvo i njima bliskim osobama
 - 4.8. Nastaviti provoditi i poboljšavati mjere borbe protiv svih oblika ovisnosti
 - 4.9. Poticati suvremene metode rehabilitacije poput koordiniranog liječenja i drugih psihosocijalnih metoda rehabilitacije
 - 4.10. Nastaviti razvijati programe rehabilitacije osoba s duševnim smetnjama u kaznenim institucijama, posebice maloljetnih počinitelja
 - 4.11. Aktivno podržavati razvoj gerijatrijske medicine, usmjeren na individualiziranu skrb, dnevnu skrb te skrb u lokalnoj zajednici
 - 4.12. Unaprjeđivati podršku obiteljima i skrbnicima osoba s problemima duševnog zdravlja
 - 4.13. Poboljšati prepoznavanje i ranu intervenciju kod djece i adolescenata sa poremećajima u prehrani.

Sudionici u provedbi:

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi; Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti; Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa; Ministarstvo pravosuđa; Ministarstvo unutarnjih poslova; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu; Agencija za odgoj i obrazovanje; županijski zavodi za javno zdravstvo; jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave; zdravstvene ustanove; centri za socijalnu skrb; akademske institucije; stručna društva i strukovne komore u zdravstvu, socijalnoj skrbi i obrazovanju; nevladine udruge.

5. Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici

Tijekom proteklih nekoliko desetljeća, u razvijenim zemljama trend pružanja usluga u zaštiti duševnog zdravlja usmjeren je na liječenje osoba s duševnim poremećajima u lokalnoj zajednici, s odmakom od pružanja skrbi u velikim institucijama prema primarnoj zaštiti, centrima zaštite u lokalnoj zajednici, te općim bolnicama. U skladu sa suvremenim međunarodnim i nacionalnim stavovima, optimalna zaštita osoba s duševnim poremećajima postiže se uravnoteženim sustavom koji uključuje bolničke i izvanbolničke usluge. Samo psihijatrija u zajednici ili samo bolnička psihijatrija nisu dovoljne za potpunu uslugu na nekom području. Iskustvo zemalja (Italija, Velika Britanija) u kojima sustav zaštite duševnog zdravlja počiva na psihijatriji u zajednici potvrđuje ovakav stav. Daljnje izazove skrbi u zajednici predstavljaju i druge institucije kao što su domovi za starije osobe, domovi za nezbrinutu djecu, te kaznene institucije. Specijalizirane bolnice i klinike imaju veliko stručno iskustvo i predstavljaju mogući izvor stručnjaka koji nedostaju u zajednici, 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.

Mjere:

- 5.1. Razvijati u svakoj regiji usluge zaštite u zajednici, uz istovremeno postupno usmjeravanje pacijenata iz velikih ustanova prema korištenju usluga u lokalnoj zajednici
- 5.2. Razvijati mjere promocije i prevencije u lokalnoj zajednici
- 5.3. Razvijati mjere rane intervencije i rehabilitacije u lokalnoj zajednici
- 5.4. Ulagati u ljudske resurse i obrazovanje, posebice na području zaštite mentalnog zdravlja djece i adolescenata
- 5.5. Osiguravati da znanje i vještine potrebne za rad u zaštiti mentalnog zdravlja pružaju ovlašteni stručnjaci ili stručna društva
- 5.6. Nastaviti i poboljšavati mjere podržanog stanovanja, socijalne inkluzije i socijalne skrbi u zajednici.

Sudionici u provedbi:

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; županijski zavodi za javno zdravstvo; jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave; akademske institucije; stručna društva i strukovne komore u zdravstvu; zdravstvene i ustanove socijalne skrbi; nevladine udruge.

6. Suradnja s drugim sektorima, razmjena informacija i znanja, istraživanje

Pokazatelje općeg zdravstvenog stanja, uključujući i mentalno zdravlje, prati Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalno zdravlje nije u dovoljnoj mjeri zastupljeno postojećim sustavom praćenja zdravstvenog stanja. Trebat će značajni naponi u usklađivanju postojećih nacionalno primijenjenih indikatora i sustava podataka za praćenje koji se razvijaju u Europskoj uniji. Slabije su razvijeni mehanizmi razmjene i širenja informacija na jasan, lako dostupan i cjelovit način. Informacijski sustav mora odražavati sve relevantne aspekte zaštite mentalnog zdravlja temeljene na načelima jasno definirane razine dostupnosti relevantnim informacijama, tajnosti i privatnosti podataka te zaštiti ljudskih prava. Indikatori pozitivnog mentalnog zdravlja prikupljaju se samo putem povremenih istraživanja, a rijetki su i istraživački projekti usmjereni na napredak i evaluaciju sustava skrbi o mentalnom zdravlju. Na nekim područjima nedostaje i iskustva što se može premostiti samo suradnjom s relevantnim stranim stručnjacima i međunarodnim organizacijama.

Sustavno kontinuirano praćenje, uspoređivanje i analiza podataka, pravovremeno širenje informacija te usmjeravanje povratnih informacija odgovornim tijelima i drugim interesnim skupinama trebali bi biti sastavni dijelovi implementacije svake politike i intervencije s ciljem zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja.

Mjere:

- 6.1. Unaprijediti informacijski sustav koji se primjenjuje u zdravstvu te prikupljanje podataka u skladu s potrebama skrbi o mentalnom zdravlju
- 6.2. Uskladiti nacionalne indikatore sa sustavom podataka za praćenje koji se razvijaju u Europskoj uniji
- 6.3. Razviti mehanizme jasne i cjelovite razmjene informacija između sektora, posebice s obzirom na razlike u uporabi stručnih pojmova
- 6.4. Pratiti i usklađivati zakonske promjene obraćajući posebnu pozornost dobroj praksi i zaštiti ljudskih prava osoba s duševnim poremećajima
- 6.5. Razvijati mrežu regionalne razmjene informacija između sektora
- 6.6. Poboľšavati suradnju s medijima
- 6.7. Podržavati međunarodnu suradnju
- 6.8. Podržavati istraživanja na području sustava zaštite mentalnog zdravlja.

Sudionici u provedbi:

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi; Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa; Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti; Ministarstvo zaštite okoliša, prostornog uređenja i graditeljstva; Ministarstvo gospodarstva, rada i poduzetništva; Ministarstvo pravosuđa; Ministarstvo unutarnjih poslova; Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu; Agencija za odgoj i obrazovanje; županijski zavodi za javno zdravstvo; jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave; zdravstvene ustanove; centri za socijalnu skrb; akademske institucije; stručna društva i strukovne komore u zdravstvu, gospodarstvu i obrazovanju; mediji; nevladine udruge.

KLJUČNE SASTAVNICE UČINKOVITOSTI

Svaku politiku i strategiju treba pratiti odgovarajući akcijski plan uz potporu djelotvorne i održive realizacije i evaluacije, a pritom je nužno predvidjeti sveobuhvatne i međusektorske aktivnosti uz odgovarajuće financiranje kojima se propisuje veličina doprinosa i partnerska podjela odgovornosti.

Na temelju smjernica Strategije donijet će se akcijski planovi za trogodišnje razdoblje, kojim će se opisati pojedini ciljevi i načini ostvarivanja postavljenih ciljeva, kao i konkretne zadaće pojedinih izvršitelja, rokovi izvršenja i procjena potrebnih financijskih sredstava za određeno proračunsko razdoblje, praćenje provođenja i učinkovitosti aktivnosti te indikatori i način izvješćivanja. U izradi akcijskog plana potrebno je obratiti posebnu pozornost na usklađivanje s postojećim strategijama, akcijskim planovima i drugim programskim aktivnostima.

Za ostvarivanje načela i ciljeva ove Strategije treba nastaviti provođenje postojećih uspješnih mjera te odgovoriti novim izazovima na području mentalnog zdravlja uključujući i pet europskih prioritetnih područja kojima su ujedno obuhvaćeni i najveći problemi zaštite

mentalnog zdravlja u Republici Hrvatskoj, poštujući istovremeno i specifične nacionalne potrebe uključujući razvoj usluga u zajednici, nastavljajući podršku specifičnim vulnerabilnim skupinama kao što su žrtve rata te druge posebnosti navedene u predloženim strateškim mjerama.

Ulaganje u mentalno zdravlje ključan je čimbenik društvenog i ekonomskog razvoja. S obzirom na takav značaj zaštite mentalnog zdravlja za širu zajednicu, iako postoji određena razina suradnje među resorima potrebni su dodatni usklađeni naponi svih relevantnih čimbenika na nacionalnoj i lokalnim razinama, kako bi se postigli ciljevi.

Ključna je aktivna suradnja svih sudionika u provedbi, a posebno sustava zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja, gospodarstva, pravosuđa, obiteljsko pravne zaštite i unutarnjih poslova kako na nacionalnoj tako i lokalnoj razini, a od posebne važnosti je suradnja sa civilnim društvom. Istraživačke institucije i stručne udruge imaju također ključnu ulogu kako u pronalaženju novih spoznaja, tako i u širenju istih ali ne samo prema zdravstvenim profesionalcima, već i široj zajednici. U cilju smanjenja stigmatizacije duševnih bolesnika i mediji trebaju djelovati kao saveznici, a ne samo kao pokretači vijesti i informacija.

Važan preduvjet za postizanje širih javnozdravstvenih i razvojnih ciljeva je podržavanje i unapređenje potrebnih kapaciteta za prevenciju, rano otkrivanje, liječenje i rehabilitaciju osoba oboljelih od duševnih bolesti te njihovih obitelji. Programe rehabilitacije za osobe s duševnim smetnjama potrebno je učiniti dostupnima svim bolesnicima kao dio standardnog liječenja u sustavu zdravstva, ali i osobama s duševnim poremećajima u kaznenim ustanovama, a posebno maloljetnicima u kazneno–odgojnim ustanovama. Model pružanja usluga zaštite mentalnog zdravlja kroz djelatnost zaštite mentalnog zdravlja pri županijskim zavodima za javno zdravstvo potrebno je dalje razvijati kako bi se uspostavio sveobuhvatan nacionalni sustav zaštite mentalnog zdravlja u zajednici.

Praćenje trendova duševnih poremećaja, njihovo analiziranje i omogućavanje pravovremenog širenja informacija važna su područja za učinkovitu akciju i predstavljaju temelj za uspjeh i odgovarajuće provođenje svih navedenih područja Strategije. Uz poboljšanje praćenja relevantnih zdravstveno-statističkih podataka, potrebno će biti usklađivanje postojećih indikatora o mentalnom zdravlju sa sustavom podataka koji se razvija u Europskoj uniji, a značajno treba unaprijediti razmjenu podataka, uz posvećivanje posebne pozornosti tajnosti i privatnosti podataka te zaštitu ljudskih prava.