

# MENTALNO ZDRAVLJE KAO POLITIČKI PROBLEM U HRVATSKOJ

## SAŽETAK

*Sustavna politika mentalnog zdravlja, koju karakterizira holistički pristup mentalnom zdravlju i koja je na dnevnom redu europskih institucija, u Hrvatskoj tek treba doći na popis važnih političkih tema. Cilj je ovog rada istražiti hrvatsku politiku mentalnog zdravlja, kako bi se potaknula rasprava znanstvene i stručne javnosti, potaknula dodatna istraživanja mentalnog zdravlja te eventualno i doprinijelo razvoju same politike. Ovo istraživanje usmjereno je na pitanje o tome kakvi su preduvjeti da mentalno zdravlje u Hrvatskoj postane važniji politički problem. Predložen je teorijski model utemeljen na Kingdonovoj teoriji ispreplitanja tri procesna toka u postavljanju neke politike na dnevni red. Stoga se istražuje kakvo je stanje u strujama koje utječu na to da pitanje uspostavljanja sustavne politike mentalnog zdravlja dođe na formalni politički dnevni red. Prikupljeni su podaci o akterima hrvatske politike mentalnog zdravlja, pokazateljima stanja mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, o funkcioniranju postojećeg sustava skrbi za mentalno zdravlje, o percepciji mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, o pozicijama hrvatskih političkih*

<sup>1</sup> Dr. sc. Miranda Novak, psihologinja, e-mail: novak.miranda@gmail.com

<sup>2</sup> Doc. dr. sc. Ana Petek, politologinja, e-mail: apetek@fpzg.hr

Prethodno priopćenje  
Primljeno: Studeni, 2014.  
Prihvaćeno: Travanj, 2015.  
UDK UDK: 159.913 : 32(497.5)  
DOI 10.3935/ljsr.v22i2.47

Miranda Novak<sup>1</sup>  
Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski  
fakultet

Ana Petek<sup>2</sup>  
Sveučilište u Zagrebu  
Fakultet političkih znanosti

Ključne riječi:

obiteljsko pravo, Europska  
unija, harmonizacija,  
Ugovor o funkcioniranju  
Europske unije, Ugovor o  
Europskoj uniji.

***stranaka o mentalnom zdravlju, o interesnim konfliktima te o prijedlozima stručnjaka za mentalno zdravlje. Glavni nalaz rada jest da trenutno ne postoji niti jedna pretpostavka postavljanja sustavne nacionalne politike mentalnog zdravlja na dnevni red političkih prioriteta u Hrvatskoj.***

## UVOD

Politika mentalnog zdravlja na globalnoj i europskoj razini postaje sve značajnija, te se značajno restrukturira širenjem na nove sadržaje i prihvaćanjem holističkog pristupa mentalnom zdravlju. Uz skrb za ozdravljenje osoba oboljelih od mentalnih bolesti, suvremena sustavna politika mentalnog zdravlja uključuje i brigu za pozitivno mentalno zdravlje cijele populacije. Sadrži promociju mentalnog zdravlja, zatim prevenciju mentalnih poremećaja, potporu rehabilitaciji i socijalnome uključivanju oboljelih od mentalnih bolesti, te općenito pitanja ljudskih prava i uklanjanja diskriminacije te stigmatizacije osoba s nekim mentalnim poteškoćama. Time politika mentalnog zdravlja postaje široka multisektorska politika koja temu kvalitete mentalnoga zdravlja »provlači« kroz sve klasične javne resore.

Cilj ovog rada je istražiti hrvatsku politiku mentalnog zdravlja, kako bi se informirala rasprava znanstvene i stručne javnosti, potaknulo dodatna istraživanja mentalnog zdravlja te eventualno i doprinijelo razvoju same politike. Postavlja se pitanje o tome kakvi su preduvjeti da mentalno zdravlje u Hrvatskoj postane važniji politički problem, da sustavna politika mentalnog zdravlja dođe na politički dnevni red. Rad se temelji na interdisciplinarnom modelu istraživanja politike mentalnog zdravlja koji je nastao kroz suradnju znanstvenika iz područja javnih politika, političke znanosti, psihologije, prevencijske znanosti te promocije mentalnog zdravlja. Model je utemeljen na teoriji postavljanja politika na dnevni red Johna Kingdona (1984.), koja taj proces konceptualizira kroz ispreplitanje tri procesna toka. Stoga se istražuje kakvo je stanje u procesnim tokovima hrvatske politike mentalnog zdravlja.

Rad se temelji na mješovitim metodama istraživanja koje kombiniraju kvantitativni i kvalitativni pristup kako bi se kroz integraciju raznih podataka najbolje odgovorilo na istraživačka pitanja koja zahtijevaju razumijevanje raznih kontekstualnih razina te višerazinskih perspektiva (Johnson i Onwuegbuzie, 2004.). Prvi dio izvornog empirijskog istraživanja odnosi se na rezultate primjene anketnog upitnika »Implementacija politike za mentalno zdravlje«. Dodatno je provedena značajna analiza sekundarnih podataka kao i analiza dokumenata. Rad prvo donosi prikaz međunarodnog konteksta politike mentalnog zdravlja i razvoja te politike u Hrvatskoj. Zatim se kratko pojašnjava interdisciplinarni model istraživanja politike mentalnog zdravlja, te se detaljnije objašnjavaju korištene metode prikupljanja

i analize podataka. Prikupljeni podaci usustavljeni su u sljedećim kategorijama: (1) akteri hrvatske politike mentalnog zdravlja; (2A) pokazatelji stanja mentalnog zdravlja u Hrvatskoj; (2B) povratne informacije o djelovanju postojeće politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj; (2C) percepcija mentalnog zdravlja u Hrvatskoj; (3A) pozicije hrvatskih političkih stranka o mentalnom zdravlju; (3B) interesni konflikti i monopol profesionalnih skupina u hrvatskoj politici mentalnog zdravlja te (4) prijedlozi hrvatskih stručnjaka za mentalno zdravlje.

## MEĐUNARODNI KONTEKST POLITIKE MENTALNOG ZDRAVLJA

Razvijena sustavna politika mentalnog zdravlja<sup>1</sup> podrazumijeva viziju budućnosti mentalnog zdravlja populacije, vrijednosti i principe na temelju kojih vlada razvija smjernice za aktivnosti i strategije u području mentalnog zdravlja, zatim mjerljive ciljeve koji konkretiziraju navedenu viziju te jasno razrađena područja na koja se aktivnosti i strategije odnose, poput financijskih pitanja, zakonske regulativne, ljudskih prava, promocije mentalnog zdravlja, prevencije mentalnih poremećaja, evaluacije uspješnosti politike, itd. (Funk i sur., 2005.). Suvremeni trendovi u razvoju politike mentalnog zdravlja počivaju na nasljeđu Alma Ata Deklaracije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti (1978.) te Povelji za promociju zdravlja iz Ottawe (1986.) koje predstavljaju temelje za sve ostale napore u ovome području.

Tijekom ministarske konferencije u Helsinkiju 2005. godine na razini Europe donesena je Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje Europe (WHO, 2005.). Time je stvorena snažna politička potpora unaprjeđenju mentalnog zdravlja. Akcijski plan za mentalno zdravlje Europe koji je donesen nakon prihvaćanja Deklaracije od strane svih tadašnjih ministara zemalja članica Europskog ogranka Svjetske zdravstvene organizacije, u uvodu navodi izazove kojima će se težiti tijekom narednih desetak godina: 1) povećavanje svijesti za brigu o mentalnoj dobrobiti građana; 2) kolektivno adresiranje stigme i nejednakosti te osnaživanje i podrška za one građane koji imaju probleme iz spektra mentalnih bolesti kao i za njihove obitelji; 3) osmišljavanje i implementacija sveobuhvatnog sustava skrbi koji uključuje promociju, prevenciju, tretman, rehabilitaciju, skrb i oporavak; 4) zagovaranje potrebe za kompetentnom radnom snagom, učinkovi-

---

<sup>1</sup> *Mentalno je zdravlje dio općeg zdravlja čovjeka – temeljna je odrednica kvalitete života, čini osnovu svakog drugog zdravlja, omogućava iskustvo života kao smislenog, podržava kreativnost i aktivni društveni doprinos građana (Jané-Llopis i Anderson, 2006.; Prince i sur., 2007.; WHO, 2001.). Svjetska zdravstvena organizacija definirala je mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodonosno te je sposoban pridonositi svojoj zajednici (WHO, 2001.).*

tom na svim životnim područjima te 5) prepoznavanje iskustva i znanja korisnika usluga te skrbnika kao važne baze za planiranje i razvoj usluga (WHO, 2005.). Navedene aktivnosti svjetske zdravstvene organizacije potakle su Europsku uniju na donošenje *Green papera* »Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union« (2005.) koji predstavlja prvu stepenicu u razvoju službene politike mentalnog zdravlja na razini Europske unije.

Na konferenciji o mentalnom zdravlju koja je uslijedila 2008. godine prihvaćen je Europski pakt za mentalno zdravlje i blagostanje koji izdvaja pet prioriternih područja djelovanja u zaštiti mentalnog zdravlja: prevenciju depresije i suicida, mentalno zdravlje mladih i ulaganje preventivnih aktivnosti u obrazovanje, mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje starijih te suprotstavljanje stigmi i socijalnoj isključenosti (WHO, 2009.). 2014. godine osma je u nizu globalnih konferencija donijela tezu da je »zdravlje za sve glavni socijalni cilj svih vlada te kamen temeljac održivog razvoja« (WHO, 2014.: 1). U toj helsinškoj izjavi predstavnici svih vlada sudionica potpisom su izrazili da prepoznaju zdravlje i jednako pravo na zdravlje za sve kao ljudsko pravo, bez obzira na vjersku i rasnu pripadnost, politička uvjerenja, ekonomske i socijalne uvjete. Vlade svih država potpisnica jasno preuzimaju odgovornost za osiguravanje zdravlja za sve, posebno pozitivnog mentalnog zdravlja,<sup>2</sup> dok se na ulaganje u zdravlje gleda kao izraz socijalne pravednosti.

Zemlje potpisnice također se obvezuju da će tema zdravlja i promocije zdravlja njihovih građana postati prioritet u svim politikama, da je nužno uskladiti raznorodne javne politike kojima se brine o kvaliteti zdravlja i života građana te da će ministarstva zdravlja svih zemalja potpisnica partnerski uključiti ostale sektore, građane, institucije te organizacije civilnog društva (WHO, 2014.). Time je sveobuhvatna holistička politika mentalnog zdravlja stavljena na politički dnevni red na globalnoj, europskoj pa i na razini Europske unije.

---

<sup>2</sup> Pozitivno mentalno zdravlje uključuje dobar osjećaj o samom sebi, svijest o svojim pravima, osjećaj osobne vrijednosti, mogućnost prepoznavanja i izražavanja misli i osjećaja, svijest o drugima, mogućnost stvaranja bliskih odnosa, kao i prihvaćanje životnih promjena i suočavanje sa stresnim događajima koji doprinose osnaživanju pojedinca (Moodie i Jenkins, 2005.; Jenkins i sur., 2011.; Prince i sur., 2007.). Barry i Jenkins (2007.) pod pojmom pozitivnog mentalnog zdravlja podrazumijevaju mogućnost emotivnog, psihološkog, intelektualnog, socijalnog i spiritualnog napredovanja te ga smatraju krovnim pojmom koji obuhvaća koncepte poput otpornosti, osjećaja izvrsnosti, kontrole, optimizma i nade. Uz termin pozitivnog mentalnog zdravlja, koristi se koncept promocije mentalnog zdravlja koji podrazumijeva utjecaj na determinante koje određuju mentalno zdravlje, smanjuju nejednakosti, grade kvalitetu života, socijalni kapital i smanjuju zdravstveni jaz među zemljama (Herrman, Saxena i Moodie, 2004.).

## RAZVOJ POLITIKE MENTALNOG ZDRAVLJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Razvoj politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj do sada nije istraživao, već dajemo njegov pregled putem analize temeljnih dokumenata i osobnog profesionalnog iskustva. U Hrvatskoj se promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja te skrb za mentalno zdravlje temelji na Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN, 70/2012. i 144/2012.). Zaštita mentalnog zdravlja u tom se zakonu izrijekom spominje u članku 26. i 27. kao dio zdravstvene zaštite na primarnoj razini. 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.). Prema dostupnim podacima, HZMZ formalno je osnovan čak 2003. godine,<sup>3</sup> no nikad nije bio aktivan. Koliko je autoricama poznato, najprije se nekoliko godina tražilo ravnatelja i nije poznato da li je imao ostale zaposlenike, prostor ili pak plan aktivnosti, no zasigurno je točno da aktivnosti propisane zakonom nije obavljao.

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). Također, 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 je dovelo do povećanja opsega poslova tih službi koje sada u nadležnosti imaju sve aspekte politike mentalnog zdravlja. Nova je verzija Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2012. godine (NN, 144/2012.) 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«.

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 dizabilitetom kroz socijalnu inkluziju, zaštita njihovih prava i dostojanstva; usklađivanje s drugim specifičnim strategijama i programima koje se odnose na područje

---

<sup>3</sup> v. Uredbu o osnivanju Hrvatskog zavoda za mentalno zdravlje (NN 167/2003.).

mentalnog zdravlja te razvoj informiranja, istraživanja i sustava znanja na području mentalnog zdravlja (Vlada RH, 2010.). Može se uočiti kako su prioriteti zapravo postavljeni u skladu sa suvremenim trendovima u politici mentalnog zdravlja. No, s obzirom da nema akcijskih planova za provedbu strategije za koje je navedeno da će se donijeti (Vlada RH, 2010.: 24) niti pak dostupnih izvješća o provedbi strategije, trenutno je stanje pomalo obeshrabrujuće.

Iako je imenovanje HZJZ kao nositelja politike i prva strategija za zaštitu mentalnog zdravlja početni korak ka konkretizaciji politike za očuvanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja, mnogo elemenata politike još nedostaje. Ne postoji krovno tijelo koordinacije zaduženo isključivo za mentalno zdravlje. U odnosu na svjetske trendove, nedovoljno je naglašena promocija mentalnog zdravlja i ulaganje u kvalitetu života svih građana. Na mentalno se zdravlje najčešće gleda vrlo usko, prvenstveno iz medicinske perspektive, te nema dovoljno interdisciplinarnog pristupa. Za sada ne postoji potpuni državni registar oboljelih od mentalnih poremećaja, kao ni sustavnih istraživanja mentalnog zdravlja. Nedostaje promotivnih aktivnosti i adekvatnih znanstveno utemeljenih programa na svim razinama prevencije mentalnih bolesti.

Nije previše reći da je sustav još uvijek razjedinjen i vrlo fragmentiran, te da gotovo zasebno funkcioniraju skrb za psihijatrijske bolesnike, rehabilitacija te savjetodavni rad, dok su preventivne i promocijske aktivnosti iznimno rijetke i ne razumije ih se dovoljno. Često među relevantnim strukama, poput psihijataru, psihologa, liječnika opće prakse i školske medicine, socijalnih radnika, socijalnih pedagoga i rehabilitatora nema kvalitetne suradnje, te je ona prepuštena inicijativi pojedinaca. Opisano oslikava izostanak sustavne nacionalne politike mentalnog zdravlja u Republici Hrvatskoj. Stoga se ovaj rad usmjerava na pitanje postavljanja holističke politike mentalnog zdravlja na dnevni red političke rasprave.

## **Teorijski model za istraživanje hrvatske politike mentalnog zdravlja**

Teorijski model za istraživanje hrvatske politike mentalnog zdravlja utemeljen je na Kingdonovoj teoriji ispreplitanja tri procesna toka u postavljanju neke politike na dnevni red (Kingdon, 1984.). Riječ je o već klasičnoj politološkoj teoriji kojom se istražuje prva faza procesa stvaranja javnih politika. Stoga se i u ovome radu istražuje kakvo je stanje u procesnim tokovima koji utječu na tō da pitanje uspostavljanja sustavne politike mentalnog zdravlja dođe na formalni politički dnevni red u Hrvatskoj. Da bi se općeniti Kingdonovi tokovi nastali na osnovi analize više različitih javnih politika posebno specificirali baš za politiku mentalnog zdravlja,

njihov je sadržaj preciziran faktorima Davida Rocheforta (1997.), jednog od najznačajnijih politologa u analizi politike mentalnog zdravlja. Rochefort pokušava, pregledom postojećih studija slučaja politike mentalnog zdravlja, odrediti obrazac njena kreiranja, te na taj način detektira 14 faktora koji utječu na njeno (ne)mijenjanje.

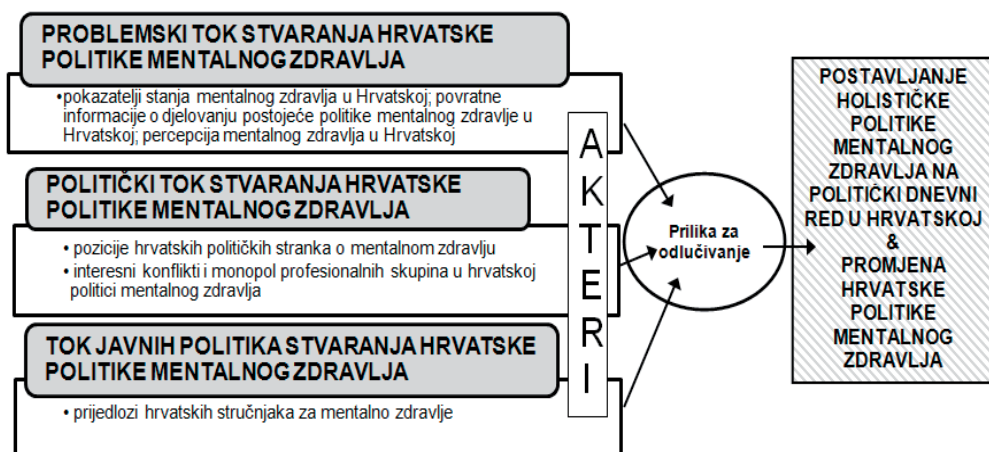
U sklopu teorije javnih politika ističe se više razina političkog dnevnog reda – sveobuhvatna, društvena, institucionalna te odlučivačka agenda – koje su redom sve uže, sa sve manje tema, sve više specijalizirane i pod sve intenzivnijim povećalom javnosti i odlučitelja. Postavljanje dnevnog reda zapravo je pomicanje tema na uže i važnije agende. Naravno, to je daleko od automatskog i linearnog procesa, te uvijek postoji više izvora neke teme koja je uspješno postavljena visoko na agendi. Literatura o javnim politikama u svrhe istraživanja tog kompleksnog fenomena najčešće koristi Kingdonovu teoriju postavljanja političkog dnevnog reda s tri struje. Teorija ističe kako se prilika za odlučivanje i postavljanje teme na agendu događa ispreplitanjem tri procesna toka – problemskog toka, političkog toka i toka javnih politika, koje čini niz utjecajnih faktora i u kojima djeluju različiti akteri (Brikland i DeYoung, 2013.; Birkland, 2006.; Grdešić, 1995.; Green-Pederson i Mortensen, 2013.; Howlett, Ramesh i Perl, 2009.: 103-107; Kingdon, 1984.; Majone, 2006.: 234-235; Rochefort i Donnelly, 2013.).

Akteri su pojedinci, skupine i organizacije koje utječu na oblikovanje i provedbu neke politike, smješteni unutar ili izvan strukture državnog aparata. Među akterima posebno treba istaknuti tzv. poduzetnike javnih politika, istaknute pojedince, najčešće predstavnike neke organizacije, koji svojim djelovanjem značajno utječu na ispreplitanje procesnih tokova i stvaranje prilike za odlučivanje. Prvi, problemski tok odnosi se na promjene društvenog stanja, najopćenitije rečeno, na mijene socio-ekonomskih uvjeta i razine razvoja društva, te se očituje u objektivnim indikatorima, povratnim odgovorima (eng. *feedback*) postojećih programa i u subjektivnim percepcijama određenog problema kod elite i građana. Politički se procesni tok odnosi na usko razumijevanje politike, u izbornom, stranačkom i interesnom smislu, a tok javnih politika na ekspertna rješenja nekog problema u zajednici stručnjaka. Takozvano otvaranje prozora, koje nastaje ispreplitanjem procesnih tokova, označava povoljan trenutak za odlučivanje, odnosno postavljanje teme na agendu. Svi su tokovi značajni i nije moguće istaknuti jedan ključni čimbenik koji determinira uspješnost postavljanja neke teme na politički dnevni red. No, problemska i politička procesna struja te sudionici vidljivi javnosti značajniji su za postizanje statusa institucionalne agende. A zatim dodatno i struja javnih politika i javnosti nepoznati sudionici za postizanje statusa odlučivačke agende.

Tri toka su zapravo skupine varijabli, faktora koji utječu na mijenjanje neke politike. Na kreiranje politike mentalnog zdravlja, zato što je zaista kompleksna,



utječe cijeli niz faktora. David Rochefort u sumiranju studija slučaja istraživanja te politike detektira 14 temeljnih faktora koji određuju cikličnost longitudinalnog obrasca stvaranja politike mentalnog zdravlja.<sup>4</sup> Velik broj faktora svakako »krši načelo elegancije u izgradnji teorije« (Rochefort, 2007.: 118). Njihova nestrukturiranost i brojnost izrazito otežavaju empirijsko istraživanje, organiziranje prikupljanja podataka i njihovu analizu, te smo ih stoga dodatno strukturirale i sažele na manji broj varijabli koje se mogu jasno operacionalizirati. Temeljne skupine sažimanja Rochefortovih faktora čine upravo Kingdonova tri procesna toka. Isto tako, da bi se općeniti Kingdonovi tokovi pogodni za analizu različitih politika posebno specifikirali za politiku mentalnog zdravlja, njihov je sadržaj preciziran popunjavanjem faktorima D. Rocheforta na način prikazan na slici 1.<sup>5</sup>



Slika 1. Interdisciplinarni model za istraživanje hrvatske politike mentalnog zdravlja

Interdisciplinarni model za istraživanje politike mentalnog zdravlja prikazan na slici 1. sastoji se od (1) aktera javnih politika te od tri toka postavljanja politike

<sup>4</sup> To su: 1. priroda problema – heterogenost fenomena mentalnog zdravlja; 2. pretjerana retorika reformi politike mentalnog zdravlja; 3. niska razina razvijenosti psihijatrije kao znanstvene discipline; 4. stalna neučinkovitost aktualne politike mentalnog zdravlja; 5. nekoherentnost instrumenata i ciljeva politike mentalnog zdravlja; 6. konflikt profesionalnih standarda i interesa profesija; 7. promjenjivost etioloških teorija u psihijatriji; 8. česta otkrića i razvoj novih tretmana; 9. promjenjivo javno mnijenje o pitanjima mentalnog zdravlja; 10. disfunkcionalnosti lokalnih zajednica; 11. društvene promjene koje stvaraju nove probleme mentalnog zdravlja; 12. aktualnosti političkog trenutka; 13. općeniti intelektualni i filozofski razvoj; 14. nacionalne krize (Rochefort, 1997.: 106-113).

<sup>5</sup> Izgradnja svih elemenata modela detaljno je pojašnjena u Petek i Novak, *Interdisciplinary research model of mental health policy* (u pripremi).



na dnevni red: problemskog, političkog i toka javnih politika. Problemski tok čine tri aspekta: (2A) pokazatelji stanja mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, (2B) povratne informacije o djelovanju postojeće politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj te kao posljednje, (2C) percepcija mentalnog zdravlja u Hrvatskoj. Politički tok sastoji se od (3A) pozicije hrvatskih političkih stranaka o mentalnom zdravlju te od (3B) interesnih konflikata i monopola profesionalnih skupina u hrvatskoj politici mentalnog zdravlja. Tok javnih politika razmatra se kroz (4) prijedloge hrvatskih stručnjaka za mentalno zdravlje.

## METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

### Istraživački pristup

Postavljanje političkog dnevnog reda najčešće se istražuje takozvanim pristupom mješovitih metoda (eng. *mixed-methods research design*): kombiniranjem kvantitativnih i kvalitativnih metodoloških alata i postupaka. Kombinirani mješoviti dizajn pronalazi se i u suvremenim istraživanjima ponašanja vezanih uz zdravlje, istraživanjima obrazovne politike te istraživanjima problema u ponašanju, tj. u raznim disciplinama gdje je za donošenje zaključaka potrebno miješanje kvalitativnih i kvantitativnih podataka kako bi se bolje razumio problem (Creswell, 2003.). Dodatno, podaci vezani uz politiku mentalnog zdravlja također zahtijevaju miješane metode (Rochefort, 2007.: 10-11), a kako se na politiku mentalnog zdravlja gleda s interdisciplinarnog stajališta, u ovome se radu čini isto. Na taj način omogućena je triangulacija podataka, njihovo međusobno nadopunjavanje i pojašnjavanje, međusobno informiranje metoda te se kroz praćenje procesa osigurava veća kredibilnost i valjanost zaključaka (Creswell, 2003.). U ovom istraživanju postavljanja politike mentalnog zdravlja na dnevni red nakon provedenog anketnog istraživanja kojim su prikupljeni i kvantitativni i kvalitativni podaci, za odgovor na istraživački problem prikupljeno je i analizirano dosta sekundarnih podataka te je analiziran širok niz dokumenata.

### Anketno istraživanje

Prvi dio izvornog empirijskog istraživanja odnosi se na rezultate primjene anketnog upitnika »Implementacija politike za mentalno zdravlje«. Polustrukturirani upitnik, koji je sastavljen za ovo istraživanje, uz temeljne osobne podatke, sastojao se od 11 čestica. Šest čestica bilo je zatvorenog tipa, tj. imalo je ponuđene odgovore, dok je preostalih 5 čestica bilo otvorenog tipa, tj. sudionici su na njih davali esejističke odgovore. Dobiveni i prikazani kvantitativni podaci temelje se na

pitanjima zatvorenog tipa poput »Sukladno Vašim iskustvima i dojmovima, smatrate li da u Hrvatskoj postoji sveobuhvatno planirana skrb za mentalno zdravlje građana na različitim razinama?« Kvantitativni podaci analizirani su jednostavnim deskriptivnim statističkim metodama. Kvalitativni podaci temelje se na pet otvorenih pitanja koja su obuhvaćala pitanja: »Što je po Vama mentalno zdravlje?«, »Koji su koraci nužni za stvaranje kvalitetnijeg i sveobuhvatnijeg sustava za mentalno zdravlje?«, »Koje stručnjake smatrate ključnima za donošenje odluka i bolje skrbi za mentalno zdravlje?«, »Što smatrate razlogom nepokretanja Hrvatskog zavoda za mentalno zdravlje?« te »Koje biste preduvjete predložili za unaprjeđenje politike za mentalno zdravlje?« Prikupljeni kvalitativni podaci posloženi su prema tematskim cjelinama te analizirani metodom otvorenog kodiranja od strane jedne od autorica rada<sup>6</sup> (Charmaz, 2006.; Mesec, 1998.). Prvo su podcrtani dijelovi izjava koji se izravno odnose na teme (kodovi prvoga reda). Zatim su tako suženoj empirijskoj građi pripisani određujući pojmovi (kodovi drugoga reda) te su na kraju srodni pojmovi pridruženi u kategorije višeg reda (kodovi trećeg reda). Tablice kodiranja, koje su previše opsežne da bi bile uvrštene u rad, mogu se dobiti na uvid od autorica.

Istraživanje je provedeno na širem području grada Zagreba, uzorak je bio prigodan, a u istraživanju je sudjelovao 121 zaposlenik organizacija i institucija koje skrbe za mentalno zdravlje djece, mladih i odraslih. Od 121 sudionika, 36 je medicinskih sestara, 31 su psihijatri, 20 je psihologa, 9 socijalnih pedagoga, 5 socijalnih radnika, 4 su rehabilitatora, dok su ostali sudionici drugih srodnih struka. Sudionici istraživanja bili su djelatnici zagrebačkih psihijatrijskih klinika (Psihijatrijske bolnice Vrapče, Klinike za psihijatriju i Referentnog centra za prevenciju ovisnosti KBC Sestara Milosrdnica, Klinike za psihološku medicinu KBC Rebro, Psihijatrijske bolnice Sveti Ivan Jankomir), savjetovališta (Centar za djecu, mlade i obitelj Modus, Centar za rehabilitaciju ERF-a, Centar za kliničku psihologiju, HUBIKOT), ambulanti liječnika opće prakse te ustanova, udruga i organizacija koje vode brigu o psihičkom zdravlju i dobrobiti djece, mladi i odraslih (Poliklinika za zaštitu djece Grada Zagreba, Zavod za javno zdravstvo, Udruga Igra, Udruga Ambidekster, Dom za djecu i mladež Dugave). Dob sudionika kreće se u rasponu od 20 do 63 godina, s time da je najveći broj sudionika u dobi od 42 do 63 godina (46%). Od ukupno uključenog broja sudionika, 67 je žena, a 54 muškaraca. Sudionici imaju različit broj godina staža, od 1 do 44 godina, a polovica sudionika u ovom području radi duže od deset godina (čak do trideset i sedam godina). Riječ je o provoditeljima hrvatske politike mentalnog zdravlja koji na neki način zauzimaju poziciju »između« ciljne skupine politike te najmoćnijih aktera koji je aktivno oblikuju.

<sup>6</sup> Detaljnije o kvalitativnoj analizi provedenog istraživanja vidi u Novak, M., *Doživljaj politike za mentalno zdravlje od strane provoditelja politike: Kvalitativni pristup (u pripremi)*.

## Sekundarni podaci

U više dimenzija koje opisuju hrvatsku politiku mentalnog zdravlja prikupljeni su sekundarni podaci. Prikupljen je niz statističkih podataka o stanju mentalnog zdravlja u Hrvatskoj kao i razna istraživanja o percepciji mentalnog zdravlja hrvatskih građana. Monopol interesnih i konfliktnih skupina također je opisan na temelju dostupnih publikacija.

## Analiza dokumenata

U radu je za prikupljanje podataka korištena i analiza dokumenata. Reprezentacijskom analizom i pregledom dostupnih dokumenata, pobrojani su relevantni akteri hrvatske politike mentalnog zdravlja. Dodatno je provedena i jednostavna analiza sadržaja pozicija hrvatskih političkih stranaka prema politici mentalnog zdravlja (Burnham i sur., 2004.). Selektirane su aktualne parlamentarne političke stranke u Hrvatskoj u 7. sazivu Sabora.<sup>7</sup> Izvor za određivanje političkih pozicija stranaka o pitanjima mentalnog zdravlja činili su njihovi temeljni aktualni programski dokumenti, koje ističu na svojim internetskim stranicama, jer oni donose sadržaj koji politička stranka želi ostvariti.<sup>8</sup> Riječ je, dakle, o ukupno 15 dokumenata u uzorku za analizu (v. Popis dokumenata na kraju rada). Dokumenti su pretraživani na najjednostavniji mogući način – s funkcijom »traženje« (eng. *find*) – po tri puta za tri termina koji se potencijalno mogu odnositi na politiku mentalnog zdravlja kako bi se odredila frekvencija i kontekst njihova pojavljivanja. To je prvenstveno bio *mental\**, koji je potencijalno moguće pronaći u složenicama politike mentalnog zdravlja, mentalnih poremećaja / bolesti / smetnji, kao i samog mentalnog zdravlja. Za dodatnu provjeru tražene su i sve inačice s *psih\** te *dušev\**, koje bi eventualno mogle donijeti neke nešto starije izraze vezane uz područje, poput duševnih smetnji ili psihičke bolesti.

<sup>7</sup> To je, prema abecednom redu, sljedećih 16 stranaka: Bošnjačka demokratska stranka Hrvatske (BDSH), Demokratski centar (DC), Hrvatska demokratska zajednica (HDZ), Hrvatski demokratski savez Slavonije i Baranje (HDSSB), Hrvatska građanska stranka (HGS), Hrvatski laburisti – Stranka rada, Hrvatska narodna stranka – Liberalni demokrati (HNS), Hrvatska seljačka stranka (HSS), Hrvatska stranka prava dr. Ante Starčević (HSP dr. Ante Starčević), Hrvatska stranka umirovljenika (HSU), Istarski demokratski sabor (IDS), Narodna stranka – Reformisti, Novi val – Stranka razvoja, Održivi razvoj Hrvatske (ORaH), Socijaldemokratska partija Hrvatske (SDP) i Samostalna demokratska srpska stranka (SDSS) (v. Sabor.hr, 2014.).

<sup>8</sup> Najveća vladajuća stranka SDP na svojim stranicama ima isključivo zajednički predizborni program Kukuriku koalicije Plan 21 iz 2011., te je on preuzet kao osnovni dokument za analizu. Ostale stranke koalicije (HNS, HSU, IDS) na svojim mrežnim stranicama također nemaju aktualne programske dokumente povrh navedenog Plana 21, no u opisima stranke donose neka općenita programska načela. I ta tri dokumenta uključena su u analizu. Dodatno, u uzorak je uključen i trenutno važeći Program Vlade RH, jer je to fundamentalni programski dokument navedenih vladajućih stranaka. Sve ostale političke stranke koje su trenutno u opoziciji (BDSH, DC, HDZ, HDSSB, HGS, Laburisti, HSS, HSP dr. Ante Starčević, OraH, SDSS) imaju aktualne programe koji su dostupni i uključeni u analizu.

## REZULTATI I RASPRAVA

Rezultati koji slijede bit će prikazani sukladno modelu za istraživanje politike mentalnog zdravlja koji predlažu autorice, tj. na temelju kombinacije Kingdonove teorije o tri procesna toka koji se koriste za postavljanje politike na dnevni red te Rochefortovih čimbenika koji utječu na tu politiku (vidi sliku 1.). Prema elementima teorijskog modela, sumirani su prikupljeni kvantitativni, kvalitativni i sekundarni podaci.

### Akteri hrvatske politike mentalnog zdravlja

Analize aktera politike mentalnog zdravlja su gotovo nepostojeće i u svijetu, između ostaloga, zato što je riječ o zahtjevnim studijama koje traže značajne istraživačke napore i resurse. U Hrvatskoj čak ni samo identificiranje aktera politike mentalnog zdravlja nije, naravno, nikada provedeno. Jedini dokument koji navodi neke aktere jest Nacionalna strategija (Vlada RH, 2010.). Ističe ih se kao sudionike u provedbi za svako pojedino područje djelovanja Strategije, ispod pobrojanih mjera u području. Navedeni su: 1. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi<sup>9</sup>; 2. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa; 3. Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti; 4. Ministarstvo zaštite okoliša, prostornog uređenja i graditeljstva; 5. Ministarstvo unutarnjih poslova; 6. Ministarstvo gospodarstva, rada i poduzetništva; 7. Ministarstvo pravosuđa; 8. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 9. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; 10. Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu; 11. Agencija za odgoj i obrazovanje; 12. županijski zavodi za javno zdravstvo; 13. jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave; 14. zdravstvene ustanove i ustanove socijalne skrbi; 15. centri za socijalnu skrb; 16. akademske institucije; 17. stručna društva i strukovne komore u zdravstvu, socijalnoj skrbi, obrazovanju i gospodarstvu; 18. mediji; 19. nevladine organizacije (Vlada RH, 2010.: 20-24).

Što pokazuje prikazani popis? Treba istaknuti sljedeća četiri uvida. Prvo, u svih šest područja djelovanja Strategije kao provoditelji mjera navedeni su gotovo identični akteri. Popis sudionika provedbe tek nešto manje varira na način da se doda i makne pokoje ministarstvo ili tip ustanova. Zatim, drugo, važno je istaknuti da su navedeni akteri raznovrsni. Iz strukture državnog aparata, skupine formalnih aktera, prisutni su akteri iz središnje države uprave (ministarstva, zavodi i agencije), vlast lokane razine, područna tijela (županijski zavodi) te izravni provoditelji na terenu (ustanove i centri). Također, bogat je i popis nedržavnih aktera, onih izvan

---

<sup>9</sup> Riječ je o dokumentu donesenom u mandatu Vlade Jadranke Kosor, te stoga sadrži stare nazive ministarstava.

strukture vlasti. No, treće, problematično je to što se akteri navode izrazito općenito i vrlo neprecizno. Gotovo su svi akteri navedeni u nespecificiranim, generičkim kategorijama (primjerice, akademske institucije, a ne točno koja institucija). To pokazuje kako se zapravo tek očekuje da bi nabrojane vrste aktera mogle i trebale sudjelovati u stvaranju hrvatske politike mentalnog zdravlja, a ne da se konkretno i precizno zna koje to zaista i čine. Ovako nepreciznim određenjima posve je nemoguće istaknuti tko su tzv. poduzetnici u ovoj politici, te se opravdano može sumnjati da oni zapravo i ne postoje.

Ipak, za iznošenje obuhvatnijih podataka i kvalitetnijih sudova o akterima hrvatske politike mentalnog zdravlja potrebno je uložiti dodatne istraživačke napore i provesti originalno empirijsko istraživanje koje bi detektiralo konkretne organizacije i tijela koja stvaraju ovu politiku što prelazi kapacitete ovog rada. Naime, dodatnih sekundarnih podataka nema, a analiza dokumenata pokazala se posve nedostatnom metodom u ovome slučaju. Stoga je svakako potrebno provesti opsežno intervjuiranje sudionika s insajderskim saznanjima o praksi kako bi se putem *snowball* metode došlo do konačnog i preciznog popisa aktera politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, te kako bi se uloga pojedinih aktera u stvaranju ove politike utemeljeno procijenila.

## Pokazatelji stanja mentalnog zdravlja u Hrvatskoj

Da bismo mogli govoriti o pokazateljima mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, za potpunu sliku morali bismo navesti reprezentativne podatke o pozitivnom mentalnom zdravlju i kvaliteti života, longitudinalne i reprezentativne podatke o vrsti i zastupljenosti mentalnih poremećaja u Hrvatskoj, o dosegu skrbi, rehabilitacije i posttretmana za sve kojima je dijagnosticirano neko stanje te podatke o kvaliteti života članova njihovih obitelji. Dakle, za kvalitetnu analizu trebali bismo predstaviti podatke slijedeći intervencijski kontinuum, primjerice, modificirani intervencijski spektar za mentalno zdravlje Margaret Barry (2001.). Unatoč hvalevrijednim naporima HZJZ-a, ne postoji sustavno praćenje mentalnog zdravlja ni dovoljno obuhvatni epidemiološki podaci na kojima bi se mogla temeljiti nacionalna slika mentalnog zdravlja. *Mental Health Atlas 2011.* navodi da je većina podataka koji se prikupljaju u polju mentalnog zdravlja u cijelom svijetu za Hrvatsku nepoznata (WHO, 2011.b).

No, neizostavno je spomenuti važne nalaze Centra za istraživanje kvalitete življenja koji djeluje pri Institutu Ivo Pilar. Centar ima za cilj uspostaviti kontinuirano praćenje kvalitete življenja hrvatskih građana nizom objektivnih i subjektivnih indikatora. Glavne skupine indikatora koje nastoje pratiti su zdravlje, uvjeti stanovanja, zaposlenost, sigurnost, kakvoća životnog okoliša, naobrazba te sveukupno ži-

votno zadovoljstvo, osjećaj sreće i zadovoljstvo pojedinim područjima života (materijalno stanje, zdravlje, odnosi u obitelji, osjećaj sigurnosti, osjećaj prihvaćenosti). Rezultati istraživanja kvalitete života u Hrvatskoj provedenog 2003. i 2005. godine, koje se temelji na sekundarnim podacima, sadrže i za ovaj članak zanimljive nalaze o subjektivnoj dobrobiti. Naime, mjereni su indikatori zadovoljstva životom te indeks sreće, tj. afektivnog doživljaja dobrobiti uporabom *International Well-being Indeksa* (Cummins, 2000.; Kaliterna-Lipovčan i Prizmić Larsen, 2006.). Rezultati iz 2003. i 2005. godine bili su slični i čini se da su Hrvati najzadovoljniji sa svojim odnosima u obitelji i s prijateljima, slijedilo je zadovoljstvo s prihvaćenosti od strane zajednice, a najmanje su bili zadovoljni svojim standardom življenja i materijalnim statusom. Kada su se rezultati usporedili s ostalim europskim zemljama, Hrvatska je rangirana na 19. mjestu u grupi od 29 europskih zemalja te je imala iste rezultate kao Mađarska i Rumunjska (Bejaković i Kaliterna-Lipovčan, 2007.; Kaliterna-Lipovčan i Prizmić Larsen, 2006.).

U prikazu odnosa kvalitete života i psihičkih bolesti uglavnom se navode strana istraživanja, strani podaci po raznim kategorijama psihičkih bolesti te rezultati analiza, dok hrvatskih podataka uglavnom nema (Markanović i Jokić-Begić, 2011.). Ukupno tijekom života oko 25% populacije doživi neki mentalni poremećaj koji se može dijagnosticirati (WHO, 2009.), no za Hrvatsku je taj broj procijenjen i nešto više – 26,9% (WHO, 2011.b). Hrvatski zdravstveni ljetopis za 2014. (Poljičan i Benjak, 2014.) navodi da je skupina mentalnih bolesti i poremećaja na sedmom mjestu ljestvice uzroka hospitalizacija u Hrvatskoj 2013. godine s udjelom od 7,0%, no prema broju hospitalizacija u radnoaktivnoj dobi (20-59 godina), nalazi se na drugom mjestu (12,8%) odmah iza novotvorina (14,1%). Prema broju korištenih dana bolničkog liječenja, mentalni se poremećaji nalaze na prvom mjestu, s udjelom od 23,2%, u ukupnom broju dana bolničkog liječenja. To praktički znači da se u Hrvatskoj skoro svaki četvrti dan bolničkog liječenja koristio za skupinu mentalnih poremećaja. Vodeći uzroci hospitalizacija iz skupine mentalnih poremećaja 2013. godine bili su mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom 19,2%, shizofrenija (15,5%), depresivni poremećaji (13,3%), reakcije na teški stres uključujući posttraumatski stresni poremećaj (7,3%) i mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti (7,1%). Podaci Zdravstvenog ljetopisa (2014.) također navode da su među uzrocima invaliditeta ili komorbiditetnih dijagnoza afektivni poremećaji depresivne epizode na drugom mjestu, dok su neurološki poremećaji vezani uz stres i somatoformni poremećaj na trećem mjestu MKB dijagnoza na temelju kojih se ostvaruje mirovina i invaliditet.

Podaci o unipolarnom depresivnom poremećaju za Hrvatsku govore o 3. mjestu tog poremećaja s udjelom od 7,5% u ukupnom opterećenju bolestima, dok se kroz godine u Hrvatskoj bilježi značajan trend rasta bolničkog pobola zbog depre-

sivnih poremećaja kod oba spola (Silobrčić-Radić i Hrabak-Žerjavić, 2014.). Izvješće o prometu lijekova u Republici Hrvatskoj za 2012. godinu donosi da je 2012. godine u Hrvatskoj potrošnja anksiolitika bila 7 156 357 kutija, hipnotika i sedativa 871 705 kutija, dok je potrošnja antidepresiva iznosila 1 602 855 kutija. I uz silan nedostatak i količine i kvalitete podataka o stanju mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, čak i prema prikazanome, može se naznačiti da prilike u ovom području postaju zaista zabrinjavajuće.

## Povratne informacije o djelovanju postojeće politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj

Od svih sudionika koji su ispunili upitnik »Implementacija politike za mentalno zdravlje«, samo 33,9% sudionika smatra da u Hrvatskoj postoji sveobuhvatno planirana skrb za mentalno zdravlje građana, tj. nacionalna politika mentalnog zdravlja. Više od trećine, njih čak 40,5% smatra da su za takvo stanje odgovorni isključivo donositelji odluka, odnosno da je riječ o *par excellence* političkom pitanju (gotovo isti udio, 42,9%, odgovornima drži sve aktere politike). Najviše zabrinjava činjenica da je postojeći sustav uglavnom vezan uz tretman psihičkih bolesti te skrb za pacijente, a da ulaganje u pozitivno mentalno zdravlje sustavno izostaje: čak je 77,12% ispitanika odgovorilo da je glavno usmjerenje ove politike rad s populacijom koja ima razvijenu kliničku sliku, odnosno govore o tretmanu<sup>10</sup> (tablica 1.).

**Tablica 1.** Frekvencije odgovora na kvantitativna pitanja postavljena u upitniku »Implementacija politike za mentalno zdravlje«

Sukladno Vašim iskustvima i dojmovima, smatrate li da u Hrvatskoj postoji sveobuhvatno planirana skrb za mentalno zdravlje građana na različitim razinama?	f	%
U potpunosti postoji	2	1,7
Postoji	39	32,2
Niti postoji niti ne postoji	30	24,8
Ne postoji	44	36,3
U potpunosti ne postoji	6	5,0

<sup>10</sup> Poremećaji mentalnog zdravlja podrazumijevaju emocionalne i psihološke poteškoće koje uzrokuju patnju i smanjuju mogućnost društvenog funkcioniranja te se mogu dijagnosticirati prema prihvaćenim međunarodnim sustavima poput MKB-10 te DSM-V. Uz poremećaje mentalnog zdravlja veže se i cijeli set aktivnosti koji se odnosi na prevenciju psihičkih poremećaja te njihov tretman. Prevencija mentalnih poremećaja odnosi se na smanjivanje incidencije, prevalencije i povratka simptoma mentalnih poremećaja te se sve preventivne intervencije mogu podijeliti na univerzalne, selektivne i indicirane. Kako bi se naglasila povezanost, ali i distinkcija između pojmova prevencije i promocije, važno je istaknuti da preventivne aktivnosti adresiraju rizične čimbenike dok se promotivne aktivnosti odnose na podržavanje suportivnih okruženja obitelji, škole i zajednice kroz podržavanje zaštitnih čimbenika.



<b>Smatram da se poteškoće u sustavu skrbi za mentalno zdravlje mogu pripisati</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
Donositeljima odluka (vlada, odgovorna ministarstva, agencije)	49	40,5
Ravnateljima i upraviteljima institucija	5	4,2
Interesnim skupinama (Liječnički zbor, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Psihološka komora...)	11	9,1
Isporučiteljima usluga (liječnici, psihijatri, pomagači...)	4	3,3
Svima navedenima	52	42,9

<b>Kada razmislite o skrbi za mentalno zdravlje građana u Hrvatskoj, na što je ona većim dijelom usmjerena:</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
Na preveniranje mentalnih poremećaja i promociju mentalnog zdravlja	18	15,25
Na savjetovališni rad s populacijom koja je u riziku, ali još nije razvila neki poremećaj	9	7,63
Na rad s populacijom koja ima razvijenu kliničku sliku	91	77,12

<b>Budući da je briga za mentalno zdravlje interdisciplinarno područje, različiti stručnjaci i javnost trebali bi govoriti istim, svima razumljivim jezikom. Smatrate li da postoji konsenzus oko pojmova vezanih uz mentalno zdravlje među različitim stručnjacima?</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
U potpunosti postoji	-	-
Postoji	34	28,3
Niti postoji niti ne postoji	43	35,0
Ne postoji	40	33,3
U potpunosti ne postoji	4	3,3

Kvalitativni odgovori sudionika o postojećoj politici mentalnog zdravlja mogu se sumirati u krovnu kategoriju nedostatka koordinacije među nositeljima politike. Razlozi za to vide se kroz sljedeće kategorije: (1) političku apatiju za koju drže da je prisutna i u ostalim institucijama (»birokratske poteškoće u državi«, »uobičajeno provođenje politike i unaprjeđenja samo na papirima donošenjem odluka, uredbi bez implementacije istih«). Isto tako, prepoznata je i (2) društvena apatija i kriza vrijednosti u ostalim društvenim sferama (»sve je samo forma«; »kasnimo kao i obično u svemu«; »balkanska pasivnost«). Značajnim se razlogom za stanje politike mentalnog zdravlja navodi i (3) financijska kriza, tj. nedostatak sredstava koji je kronično prisutan u svim područjima. Istaknuto je i (4) nepreuzimanje odgovornosti od strane struke koja nije dovoljno motivirana što zbog vlastite nezainteresiranosti, što zbog nedostatka komunikacije (»manjkavost vizije, entuzijazma, inercija«; »neorganiziranost, nemotiviranost, interesne skupine«; »nezainteresiranost čelnštva i čelnika psihijatrijske struke«). Isto tako, sudionici istraživanja navode činjenicu da

(5) mentalno zdravlje nije prepoznata tema te da nije dovoljno relevantna («manjak brige za mentalno zdravlje», «nositelji politike nisu svjesni značenja mentalnog zdravlja za cijelu populaciju»; «nedostatak uvida o dugoročnim posljedicama takvih odluka»).

## Percepcija mentalnog zdravlja u Hrvatskoj

Odnos zdravlja i kvalitete života u Hrvatskoj istraživala je Vuletić (2011.). Istraživanje kojim je obuhvaćeno 315 sudionika pokazalo je da su u dobnoj skupini od 18 do 29 godina najvažnija područja zdravlje, obitelj, ljubav/religija; u skupini od 30 do 59 godina najvažnija su područja bila obitelj, zdravlje, ljubav/duhovni život; dok je u skupini iznad 60 godina najvažnijim navedeno zdravlje, te obitelj i prijateljstvo. Isto pokazuje kako je zdravlje važno područje kod svih dobničkih skupina. Govoreći o tome što je za njih konkretno mentalno zdravlje, sudionici našeg istraživanja u fokusu imaju službenu definiciju Svjetske zdravstvene organizacije. Kada su kvalitativni odgovori analizirani metodom otvorenog kodiranja, dobiveno je šest kategorija koje čine svojevrsne dimenzije mentalnog zdravlja: pojedinac i kontekst, pojedinac i drugi, prilagodljivost pojedinca na izazove, emotivni život, živjeti svoje vrijednosti i odgovornost zajednice.

Ispitanici smatraju da je za mentalno zdravlje izuzetno važan (1) odnos pojedinca prema kontekstu što dobro ilustriraju izjave poput «sposobnost funkcioniranja u socijalnoj sredini», «sposobnost funkcioniranja i stjecanja» te «skladno socijalno, funkcionalno, psihičko funkcioniranje prihvatljivo za sredinu u kojoj čovjek živi». Izjave ilustriraju da je važan radni doprinos i kultura u kojoj pojedinac obitava. Kategorija (2) pojedinac i drugi odnosi se na suživot s drugima kojeg stručnjaci također ističu kao izuzetno značajnog za psihičku stabilnost i kvalitetu života. Održavanje veze s drugima, briga za druge te bliski odnosi prisutni su u brojnim odgovorima. Ispitanici također ističu i (3) prilagodljivost pojedinca na izazove i nedaće, koje su sastavni dio života, te nose priliku za rast i razvoj. «Mogućnost prilagodbe na životne nedaće» te «uspješno prilagođavanje zahtjevima svakodnevnog života uz subjektivni osjećaj zadovoljstva» naglašavaju otpornost pojedinca i rješavanje problema kao značajne karakteristike mentalno zdrave osobe. Vrlo značajnim segmentom mentalnog zdravlja ispitanici smatraju i (4) emotivni život: «osjećati sreću i zadovoljstvo sa životom», postići «stanje prihvaćanja vlastitih osjećaja» koje se odnosi na «potencijal pojedinca za osjećaj samopoštovanja, svijesti o vlastitim pravima i osjećajima, osjećaja za svijet oko sebe». Prepoznata je i (5) važnost vrijednosti i moralnih načela koje također posjeduje mentalno zdrava osoba: «da se privatno i profesionalno ponaša u skladu sa standardnim (društveno prihvatljivim) moralnim, etičkim i zakonskim normama». Sve navedeno zaokružuje stav sudio-

nika istraživanja o (6) odgovornosti zajednice, tj. da je mentalno zdravlje »briga zajednice za pojedinca«.

Prikazane kategorije pokazuju da su provoditelji hrvatske politike mentalnog zdravlja skloni mentalno zdravlje shvaćati holistički, i iz perspektive mentalnih bolesti i iz perspektive pozitivnog mentalnog zdravlja. No, posebice je važna njihova ocjena kako u Hrvatskoj čak ni među stručnjacima ne postoji konsenzus oko pojmova vezanih uz mentalno zdravlje. To tvrdi 36,6% sudionika istraživanja, a 35% kaže da takvog konsenzusa i ima i nema (v. tablicu 1.).

## Pozicije hrvatskih političkih stranka o mentalnom zdravlju

Politički procesni tok podrazumijeva pojam politike u užem smislu – izborom, stranačkom i interesnom. Taj politički kontekst postavljanja neke javne politike na dnevni red sadržava prvenstveno djelovanje organiziranih političkih snaga, posebice političkih stranaka, te njihove (konfliktne) pozicije vezane za neku politiku. Stoga smo se u ovoj analizi usmjerili baš na njih i na njihove aktualne programske dokumenti. 15 analiziranih dokumenata – temeljnih programa aktualnih parlamentarnih stranaka – može se podijeliti u tri osnovne skupine s obzirom na to spominju li i kako temu mentalnog zdravlja. Kod njih ukupno 7 (HGS, HSS, HDSSB, HSU, Novi val, Narodna stranka – Reformisti, SDSS) niti jedna od riječi u pretraživanju (mentalno, duševno, psihičko) ne pojavljuje se ni u jednoj od inačica. Dakle, tu prvu skupinu čine stranke koje se na ovu politiku baš nikako ne osvrću. Zatim se u drugoj skupini nalazi 8 dokumenata (BDSH, DC, HDZ, HNS, HSP dr. Ante Starčević, Kukuriku koalicija – Plan 21, OraH i Program Vlade) u kojima se spominje nešto vezano uz mentalno zdravlje u jednoj od pretraživanih inačica. No, to je krajnje marginalno, kao da je posve slučajno navedeno.

Primjerice, DC, u dijelu programa koji se odnosi na kvalitetu života, pod odjeljkom o solidarnosti (a ne o zdravlju koji spominje važnost preventive) prepoznaje među ranjivim skupinama i postojanje »duševno oštećene i socijalne ugrožene djece« (Demokratski centar, 2010.: 15). HDZ ističe da je potrebno osigurati psiho-socijalnu zaštitu stradalnicima Domovinskog rata (HDZ, 2002.: 5), kao i, u dijelu o socijalnoj politici, pomoć obiteljima koje »imaju tjelesno i duševno oštećenu i socijalno zapuštenu djecu« (HDZ, 2002.: 11). HNS spominje samo »edukativne programe u cilju suzbijanja zlouporabe psihoaktivnih droga te promocije zdravih stilova života« (HNS, 2012.) u dijelu o mladima. BDSH spominje, u općem dijelu svojega programa, da se zalaže da se mladima osigura neometan psihofizički razvoj (Bošnjačka demokratska stranka Hrvatske, 2008.: 2). HSP dr. Ante Starčević kod sporta ističe psihofizičko zdravlje (HPS dr. Ante Starčević, 2010.: 13). OraH samo na jednom mjestu spominje psihičke bolesti, i to pod odjeljkom o zaštiti okoliša,

u kojem se važnost iste ističe i na način da se kaže kako se »u društvenom smislu smanjuju troškovi zdravstva za liječenje fizičkih i psihičkih bolesti uzrokovanih štetnim čimbenicima iz okoliša« (OraH, 2013.: 22). U Planu 21 termin psihološki koristi se u odjeljku o obrazovanju i znanosti gdje se nalazi mjera većeg zapošljavanja stručnjaka za mentalno i psihičko zdravlje, radi prevencije mogućih poremećaja u ponašanju učenika (Kukuriku koalicija, 2011.: 20). Isti termin može se naći i u dijelu o hrvatskim braniteljima gdje se ističe kako je riječ o raznolikoj društvenoj skupini, između ostaloga i prema zdravstvenom i psihičkom stanju (Kukuriku koalicija, 2011.: 30). Uporaba pridjeva mentalno već je spomenuta u prvom primjeru u kojemu nije jasno razlikovanje između mentalnog i psihičkog zdravlja. Program Vlade ima identičan rezultat pretraživanja – pronađena su dva apsolutno ista citata kao upravo navedeni iz Plana 21.

U samo dva dokumenta (Hrvatski laburisti i IDS) tema se prepoznaje u sklopu zdravstvene politike i oni čine treću skupinu dokumenata. Hrvatski laburisti, koji imaju i najopsežniji programski dokument, jedini izrijekom spominju mentalno zdravlje pod odjeljkom o zdravstvu i to na tri mjesta: kako prema našim pozitivnim propisima, dom zdravlja mora imati i zaštitu mentalnog zdravlja (Hrvatski laburisti – Stranka rada, 2011.: 87), spominje se i Hrvatski zavod za mentalno zdravlje (Hrvatski laburisti – Stranka rada, 2011.: 91-92) te se ističu tri osnovna problema mentalnog zdravlja u RH – da Zavod ne postoji, da se ne ulaže u nove ustanove u psihijatriji, te da dječja psihijatrija u Hrvatskoj praktično ne postoji (Hrvatski laburisti – Stranka rada, 2011.: 94). No, mentalno zdravlje spominje se samo u aspektima postojeće regulative ili ocjene stanja i problema, ali ne i ciljeva koje stranka želi ostvariti u području zdravstva. Najstariji analizirani dokument jest onaj IDS-a koji u dijelu o zdravstvu čak i s »najstaromodnijim« terminom ima donekle modernu odredbu o politici mentalnog zdravlja jer djelomično donosi ideje osnaživanja i inkluzije. Kaže kako je potrebno »poticanje aktivne politike usmjerene suzbijanju invalidnosti i osiguranju rehabilitacije tjelesno i duševno oštećenih osoba, kako bi se navedene osobe uz dužnu pomoć, osposobile u raznovrsnim područjima i aktivnostima i uključile u normalan život« (IDS, 1991.: 8).

Uz navedene razlike između programskih dokumenata, ključno je istaknuti da ova jednostavna analiza pokazuje izrazito visoku razinu konsenzusa hrvatskih političkih stranaka o potpunoj političkoj irelevantnosti pitanja vezanih uz mentalno zdravlje. Posebice treba naglasiti kako zapravo temeljni politički akteri uopće ne vide da o mentalnome zdravlju može postojati sustavna nacionalna politika.

## Interesni konflikti i monopol profesionalnih skupina u hrvatskoj politici mentalnog zdravlja

Istraživanje političkog toka usmjereno je i na djelovanje interesnih skupina. Sagledavaju se njihove aktivnosti – kako promoviraju postavljanje svojih ciljeva na agendu, primjerice, nekim javnim zagovaračkim kampanjama, te posebice kako blokiraju i onemogućavaju promjene neke politike. Važno je i postoji li među organiziranim interesnim skupinama konsenzus ili konflikt, jer specifični odnos snaga može priječiti promjenu neke politike. Naročito se ističe rad profesionalnih skupina te organiziranih korisnika neke politike (Kingdon, 1984.: 157-160, 171).

Temeljne profesionalne skupine hrvatske politike mentalnog zdravlja čine psihijatri, klinički psiholozi, psihijatrijski orijentirani socijalni radnici te socijalni pedagozi, koji pokrivaju područja skrbi (farmakološkog tretmana i psihoterapije) te socijalne rehabilitacije osoba s psihičkim poremećajima u aktualnom sustavu skrbi za mentalno zdravlje. Kako je kod nas još uvijek riječ o dominaciji medicinskog modela razumijevanja mentalnog zdravlja te uskom shvaćanju politike mentalnog zdravlja kao prvenstveno reguliranju tretmana bolesnih, istovremeno je prisutna i svojevrsna dominacija medicine u temama mentalnog zdravlja. Psihijatrija se još uvijek postavlja kao ključna ekspertiza u ovoj politici. Uz profesionalne skupine, značajne su i organizacije oboljelih u formi grupa za samopomoć, među kojima se posebice ističe razvijena mreža klubova liječenih alkoholičara, te organizacije civilnog društva koje djeluju u korist oboljelih i njihovih obitelji.<sup>11</sup>

Aktivno djelovanje profesionalnih skupina u ovoj politici, putem promoviranja, javnih kampanja i zagovaranja nekih promjena politike mentalnog zdravlja koje bi bilo vidljivo u javnosti i medijima je rijetkost. Iznimku čini Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske, koji je prije 10 godina inicirao donošenje Zakona o psihoterapiji u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom, Hrvatskom psihološkom komorom, sekcijama pri Hrvatskom liječničkom zboru, Hrvatskim psihološkim društvom te strukovnim udrugama socijalnih radnika, rehabilitatora i socijalnih pedagoga (v <http://www.savez-spuh.hr/o-nama/zakon-o-psihoterapiji/>). Zakon bi trebao promijeniti činjenicu da psihoterapijske usluge na teret HZZO-a mogu pružati samo

---

<sup>11</sup> U Hrvatskoj se među organizacijama civilnog društva, prema istraživanju provedenom pod vodstvom Gojka Bežovana i Siniše Zrinščaka (2007.), kao zasebna skupina ističu udruge u socijalu i zdravstvu, najčešće organizirane na načelima samopomoći, koje promiču inovacije, mobiliziraju članstvo i lokalne resurse, te pridobivaju ugledne osobe iz javnog života kao potporu. Osnaživanje marginalnih skupina i podmirjenje njihovih potreba određuje se kao jakost civilnog društva u Hrvatskoj, zato što su navedene udruge »izborile pravo građanstva za neke marginalne skupine i pokrenule više inovativnih programa« (Bežovan i Zrinščak, 2007.: 173). Ipak, one nisu u stanju mobilizirati marginalne skupine nego više djeluju u njihovo ime, a zatim treba istaknuti i da su najrazvijenije i najaktivnije udruge za osobe s invaliditetom (Bežovan, Zrinščak, 2007.: 153-154), dok pitanja mentalnog zdravlja i organiziranje osoba oboljelih od mentalnih bolesti još nisu na toj razini.

psihijatri, neovisno o njihovoj edukaciji, što pokazuje neravnopravnu poziciju ostalih stručnjaka. Kada bi prijedlog zakona stupio na snagu, psihoterapiju bi mogle i smjele obavljati jedino osobe koje su završile psihoterapijsku edukaciju. Iako nema podataka u istraživanjima ni informacija u dostupnim dokumentima o tome da pojedine skupine blokiraju donošenje ovoga zakona, opisano zaista dobro prikazuje kontekst interesnog konflikta i monopola.

U novije vrijeme pojavljuje se javna kritika hrvatske institucionalne psihijatrije od strane nekih njenih članova. Primjer su novinski feljtoni i popularno-znanstvena knjiga psihijatra Roberta Torrea koja zastupa ideje takozvane kritičke psihijatrije i zagovara dekonstrukciju aktualnog biokliničkog modela biologijske psihijatrije (2014.). Torre govori o stanju psihijatrije općenito, ne isključivo u Hrvatskoj, te u tom kontekstu posebice naglašava farmaceutski lobi kao najznačajniju interesnu skupinu u politici mentalnog zdravlja. U Hrvatskoj su, primjerice, farmaceutske kompanije financirale i organizirale niz obrazovnih sadržaja u sklopu obvezne trajne medicinske izobrazbe psihijatara propisane od strane Hrvatske liječničke komore (Torre, 2014.: 45).

O ovoj temi u Hrvatskoj nema postojećih istraživanja i dostupnih sekundarnih podataka, a analiza dokumenata nije metoda kojom se može doći do bilo kakvih značajnih uvida u pitanje utjecaja interesnih skupina na politiku mentalnog zdravlja. Potrebno je podrobno intervjuiranje različitih značajnih aktera, državnih i nedržavnih, kako bi se dobili preliminarni uvidi u stanje na terenu, posebice povezani s aktivnostima interesnih skupina koje se odnose na eventualno blokiranje inicijativa i promjena ove politike.

## Prijedlozi hrvatskih stručnjaka za mentalno zdravlje

Govoreći o organizaciji sustava skrbi za mentalno zdravlje, ispitanici su ponudili neke ideje i rješenja za unaprjeđenje hrvatske politike mentalnog zdravlja. Može ih se usustaviti u četiri osnovne kategorije. Ispitanici naglašavaju (1) **odgovornost političara za stanje** u ovoj politici, odnosno važnost »volje vladajuće strukture«, »zakonskih odredbi« i »nadgledanja provođenja zakona«. Smatraju i da bi političari djelatnike sustava trebali informirati »o djelatnostima Zavoda za mentalno zdravlje i aktivno približavati ideju Zavoda ljudima odgovornima za skrb o mentalnom zdravlju«. Prepoznata je i (2) **važnost stručne javnosti**, te da bi trebalo »staviti struku prije politike« i »uključiti stručnjake koji rade na tom području i poznaju problematiku, a ne preko političkih veza dovesti ljude koji nemaju pojma o struci«. Ističe se kako stručnjaci također imaju moć da se sami organiziraju, »afirmiraju područje« te građanskim inicijativama vrše pritisak jer, riječima ispitanika, »neke stvari mogu pokrenuti i sami stručnjaci, samoorganiziranjem, znanstvenici

svojim metodama te pokušajima prosvjeđivanja važnih *stakeholdera*, koje treba tražiti i u političkom vrhu«.

Mogućnosti napretka u organizaciji sustava skrbi za mentalno zdravlje ispitanici vide i u (3) **ulaganjima u postojeći sustav** kroz nove investicije, prestrukturiranje postojećih resursa te kroz ispravljanje propusta u sustavu. Ispitanici tako prepoznaju da »novac, stručni kadar«, »financijska potpora, promocija programa«, »educirano osoblje«, »adekvatni uvjeti rada«, »potpora stručnjacima u radu« te »izrada dugoročnih planova i programa« dovode do napretka u organizaciji sustava za mentalno zdravlje. Istovremeno, predlažu i rješavanje pitanja poput nedostatka ljudskih i prostornih kapaciteta, podjele odgovornosti, prekapacitiranosti te velikog utjecaja psihijatarata što se vidi u izjavama poput: »premali broj stručnjaka, nedostatak bolničkog kapaciteta, posebno za djecu i mlade, psiholozi rade samo u dijagnostici, drugim strukama osim psihijatarata se ne omogućuje da u sustavu rade psihoterapiju« te »mnogim je ljudima onemogućena pomoć za mentalno zdravlje jer ne mogu doći na red preko uputnice«.

Zatim ispitanici ističu raznolike (4) prioritete djelovanja: **jačanje interdisciplinarnosti, uključivanje znanstvenika u istraživanja i suradnju sa stručnjacima u sustavu** (»istraživanje pravih potreba u društvu i uključivanje stručnjaka raznih struka«), **korištenje snage medija za educiranje i informiranje građana** (»rad na promjeni mentaliteta«, »informiranje javnosti kroz medijske kampanje«), **uvođenje preventivnih aktivnosti, posebice za djecu i mlade** (»ukazivanje na veću važnost prevencije mentalnih poremećaja u odnosu na liječenje kojem se pridaje veća važnost«, »Prvenstveno bi trebalo obratiti pozornost na zaštitu mentalnog zdravlja najosjetljivijeg dijela populacije – djece i mladeži«) te **posebno naglašavaju važnost koordinacije svih službi s naglaskom na decentralizaciju** (»međusobno povezivanje institucija i udruga koje aktivno sudjeluju u poboljšanju mentalnog zdravlja građana«). Može se zaključiti kako ispitanici, provoditelji politike na terenu, uviđaju potrebu da se politika mentalnog zdravlja tretira kao prioritetni politički problem i da se prevlada isključivo medicinsko razumijevanje pitanja mentalnog zdravlja. Ipak još uvijek nemaju razrađenu ideju o holističkom pristupu mentalnom zdravlju i multisektorskoj politici mentalnog zdravlja.

## ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Cilj ovog rada je istražiti preduvjete da sustavna nacionalna politika mentalnog zdravlja u Hrvatskoj postane važno političko pitanje. Nalazi ovoga istraživanja, interpretirani teorijom tri toka postavljanja politika na dnevni red, pokazuju da trenutno ne postoji niti jedna pretpostavka kako bi se to dogodilo. Svakako je prvo potrebno uzeti u obzir metodološke nedostatke rada, koji ograničavaju domete



analize i interpretacije rezultata. Provedeno empirijsko istraživanje bazira svoje rezultate na prigodnom uzorku, pitanja zatvorenog tipa imala su možda previše usko definirane kategorije, a otvorena pitanja već su djelomično definirala kategorije što je utjecalo na kvalitetu analize. Za sve segmente istraživanja prikazani podaci su preliminarni te zaista nepotpuni, posebice u aspektima analize aktera i interesnih konflikata. Zasigurno bi za svaku dimenziju trebalo pronaći više izvora podataka i više vrsta podataka, posebice izvorno prikupljenih, što bi omogućilo njihovu kvalitetnu analizu mješovitim metodama. Nedostaje uporaba intervjuiranja kao metode prikupljanja podataka, što se u nekim segmentima čini jedinim mogućim izvorom određenih informacija. No, čak i uz tu silnu ograničenost podataka po pojedinim strujama postavljanja politike na dnevni red, teza da nedostaju gotovo sve pretpostavke kako bi sustavna nacionalna politika mentalnog zdravlja postala politička tema zvuči uvjerljivo te je vrijedna daljnje istraživačke pažnje. Evo temeljnih argumenata.

Iako su potencijalni akteri ove politike zaista brojni, velika većina njih još je uvijek gotovo posve pasivna. Još važnije, ne postoji neki istaknuti poduzetnik javnih politika u ovome području – akter koji bi »pokrenuo stvari«. Hrvatske političke stranke potpuno su suglasne oko toga da mentalno zdravlje zapravo nije važna javna tema. Pokazatelji o stanju mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, koliko god nepotpuni bili, zapravo već postaju alarmantni – i u pitanjima mentalnih bolesti i vezano uz stanje cijele populacije, odnosno uz pozitivno mentalno zdravlje. No, ti podaci nisu ni na koji način prisutni u političkim raspravama. Istovremeno, postojeći zdravstveni sustav usmjeren je samo na pitanja tretmana oboljelih od mentalnih bolesti, te je i u tome segmentu loše koordiniran. Provedbe mjera u promociji i prevenciji mentalnog zdravlja gotovo da i nema. Jednako tako, kod hrvatskih stručnjaka za mentalno zdravlje još nisu prisutne ni razrađene ideje holističke politike mentalnog zdravlja koje bi se mogle ponuditi odlučiteljima kao potencijalna rješenja za ovu politiku, već opstaje dominacija psihijatrije i medicinskog modela mentalnog zdravlja. Zdravlje je građanima RH iznimno važno po pitanju kvalitete života, te postoje udruge oboljelih na principima samopomoći koje uspješno djeluju, no one ne utječu na stvaranje politike kontinuirano.

Promocija mentalnog zdravlja svih građana, prevencija nastanka i širenja mentalnih bolesti te socijalno uključivanje i ljudska prava oboljelih kao da uopće nemaju šansu postati tema kojom će se baviti hrvatska Vlada. Svi navedeni aspekti važni su za postavljanje politike na dnevni red, no njihov se utjecaj razlikuje ovisno o tome o kojoj razini agende je riječ. Za postavljanje na institucionalnu agendu prvenstveno su važni vidljivi akteri te problemski i politički tok. To je svakako prvi korak, a ostalim aspektima raste značaj približavanjem faze odlučivanja. Iz toga se može zaključiti kako, da bi mentalno zdravlje u Hrvatskoj postalo važan politički

problem, nedostaje neki poduzetnik javnih politika koji bi intenzivno zagovarao i promovirao to pitanje, tako što bi zabrinjavajuće podatke o stanju mentalnog zdravlja učinio prisutnima u javnosti, tako što bi postigao minimalno suglasje oko osnovnih pojmova vezanih uz mentalno zdravlje u znanstvenoj zajednici i javnosti, tako što bi se povezoao s jednom ili više političkih stranaka, te s nekim formalnim akterima koji koordiniraju postojećim sustavom skrbi za mentalno zdravlje.

U ovome je području najprije potrebna neka inicijalna, formativna inspiracija. Međunarodni i europski dokumenti koji strukturiraju suvremenu politiku promocije mentalnog zdravlja i prevencije mentalnih poremećaja svakako tome mogu pridonijeti. Isto tako, i suradnja i umrežavanje različitih disciplina s područja društvenih i medicinskih znanosti u istraživanju hrvatske politike mentalnog zdravlja može doprinijeti transferu znanja o pitanjima mentalnog zdravlja u političko odlučivanje u Hrvatskoj. Interdisciplinarnost je posebice važna kako bi se adekvatno obuhvatilo raznolike i vrlo široke aspekte pitanja mentalnog zdravlja što je u skladu s multisektorskom i holističkom prirodom politike. Iste stvari naglašava i Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja postavljanjem razvoja istraživanja u jedan od svojih šest ključnih ciljeva. Sukladno tome, preporuke i implikacije ovog rada za unaprjeđenje politike mentalnog zdravlja, posebice u kontekstu cilja razvoja istraživanja, obuhvaćaju sljedeće elemente.

1. Nužno je proširiti i usustaviti prikupljanje podataka o razmjerima javnozdravstvenog problema izazvanog mentalnim poremećajima. Navedeno se odnosi na kvalitetnu epidemiološku sliku mentalnih poremećaja, analizu rizičnih i zaštitnih čimbenika koji doprinose razvoju poremećaja te mogućnosti prevencije simptoma prije razvoja kliničke slike.
2. Sljedeći se korak odnosi na ispitivanje širokog spektra individualnih i kolektivnih društvenih posljedica mentalnih poremećaja u čemu trebaju sudjelovati istraživači iz svih područja društvenih znanosti. Hrvatskoj gotovo u potpunosti manjka studija koje analiziraju troškove društvenih posljedica mentalnih poremećaja. Isto tako, nema studija isplativosti koje će ispitati jesu li preventivne aktivnosti jeftinije od liječenja i naknadne skrbi.
3. Također nedostaju sustavna longitudinalna istraživanja pozitivnog mentalnog zdravlja, tj. stanja mentalnog zdravlja opće populacije (eng. *well-being*, kvalitete života).
4. Iznimno je važno provesti dubinsku analizu aktera kako bi se ispitala reprezentativnost i legitimnost stvaranja politike mentalnog zdravlja. Uz to je nužna i analiza monopola različitih interesa na proces stvaranja ove politike.

5. Sljedeći se korak odnosi na dodatno istraživanje djelovanja postojećeg sustava, tj. implementacije trenutne politike gdje je ovaj rad dao samo inicijalni presjek. Treba provesti analizu rada postojećih programa, identificirati resurse, slabosti i probleme te mogućnosti unaprjeđenja.
6. Iznimno je značajno ispitati i percepciju javnosti o važnosti politike mentalnog zdravlja kako bi se osigurale pretpostavke za edukaciju javnosti o važnosti pozitivnog mentalnog zdravlja te se umanjila stigmatizacija oboljelih.
7. Zadnja stepenica u razvoju istraživanja i istodobno same politike mentalnog zdravlja odnosi se na stvaranje šire interdisciplinarnе mreže stručnjaka za mentalno zdravlje koja bi mogla isporučiti konkretne prijedloge za unaprjeđenje politike. Takva bi stručna zajednica okupljala profesionalce u raznim medicinskim granama, od psihijatara, javnozdravstvenih stručnjaka, epidemiologa do liječnika obiteljske i školske medicine, sve društvene znanstvenike, psihologe, preventivske stručnjake, socijalne pedagoge, rehabilitatore, socijalne radnike, politologe, ekonomiste, upravne pravnike, medijske stručnjake, komunikologe, sociologe, informatologe, itd.

## LITERATURA

1. Barry, M. M. (2001). Promoting positive mental health: Theoretical frameworks for practice. **International Journal of Mental Health Promotion**, 3 (1), 25-34.
2. Barry, M. M. (2007). Building capacity for effective implementation of mental health promotion. **Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health**, 6 (2), 1-9, Preuzeto s: [www.auseinet.com/journal/vol6iss2/barryeditorial.pdf](http://www.auseinet.com/journal/vol6iss2/barryeditorial.pdf) (20.11.2013.).
3. Barry, M. M. & Jenkins, R. (2007). **Implementing mental health promotion**. Oxford: Elsevier.
4. Bejaković, P. & Kaliterna Lipovčan, Lj. (2007). **Quality of life in Croatia: Key findings from national research**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Preuzeto s: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/29/en/1/ef0729en.pdf> (10.6.2014.).
5. Bežovan, G. & Zrinščak, S. (2007). **Civilno društvo u Hrvatskoj**. Zagreb: Jesenski & Turk i Hrvatsko sociološko društvo.
6. Birkland, T. A. (2006). Agenda setting in public policy. In: Fischer, F. Gerald, J. Miller & Mara S. Sidney (eds.), **Handbook of public policy analysis: Theory, politics and methods**. London: Taylor and Francis, 63-79.
7. Birkland, T. A. & De Young, S. E. (2013). Focusing events and policy windows. In: Araral E., Fritzen, S., Howlett, M., Ramesh, M. & Wu, X. (eds.), **Routledge handbook of public policy**. London, New York: Routledge, 175-188.

8. Burnham, P., Gilland, K., Grant, W. & Layton-Henry, Z. (2004). **Metode istraživanja politike**. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
9. Charmaz, K. (2006). **Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis**. London: Sage Publications Ltd.
10. Cowen, E. L. & Durlak, J. A. (2000). Social policy and prevention in mental health. **Development and Psychopathology**, 12 (4), 815-834.
11. Creswell, J. W. (2003). **Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches**. London: Sage.
12. Cummins, R. A. (2000a). Objective and subjective quality of life: An interactive model. **Social Indicators Research**, 52, 55-72.
13. European Commission (2005). **Green paper improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union**. Preuzeto s: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf) (11. mjesec 2014.).
14. Funk, M., Gale, E., Grigg, M., Minoletti, A. & Yasamy, M. T. (2005). Mental health promotion: An important component of national mental health policy. In: Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (eds.), **Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice**. Geneva: World Health Organization, 216- 225.
15. Grdešić, I. (1995). **Političko odlučivanje**. Zagreb: Alinea.
16. Green-Pederson, C. & Mortensen, P. B. (2013). Policy agenda-setting studies. Attention, politics and the public. In: Araral, E., Fritzen, S., Howlett, M., Ramesh, M. & Wu, X. (eds.), **Routledge handbook of public policy**. London New York: Routledge, 167-174.
17. Hill, M. (2010). **Proces stvaranja javnih politika**. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
18. Howlett, M., Ramesh, M. & Perl, A. (2009). **Studying public policy. Policy cycles & policy subsystems**. Oxford: Oxford University Press.
19. Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (eds.) (2006). **Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories**. Luxembourg: European Communities.
20. Jenkins, R., Baingana, F., Ahmad, R., Mcdaid, D. & Rifat, A. (2011). Mental health and the global agenda: Core conceptual issues. **Mental Health in Family Medicine**, 8, 69-82.
21. Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. **Educational Researcher**, 33 (7), 14-26.
22. Kaliterna Lipovčan, Lj. & Prizmić-Larsen, Z. (2006). Kvaliteta življenja, životno zadovoljstvo i osjećaj sreće u Hrvatskoj i europskim zemljama. U: Ott, K. (ur.), **Pridruživanje Hrvatske EU: Izazovi sudjelovanja**. Zagreb: Institut za javne financije i Friedrich Ebert Stiftung, 181-197.

23. Kingdon, J. W. (1984). **Agendas, alternatives and public policies**. New York: Harper Collins Publishers.
24. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. & Thornicroft, G. (eds.) (2007). **Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care**. New York: Open University Press.
25. Majone, G. (2006). Agenda setting. In: Moran, M., Rein, M. & Goodin, R. E. (eds.), **The Oxford handbook of public policy**. Oxford: Oxford University Press, 228-250.
26. Markanović, D. & Jokić-Begić, N. (2011). Kvaliteta života psihički bolesnih osoba. U: Vuletić, G. (ur.), **Kvaliteta života i zdravlje**. Osijek: Filozofski fakultet.
27. McCollam, A., O'Sullivan, C., Mukkala, M., Stengård, E. & Rowe, P. (2008). **Mental health in the EU: Key facts, figures and activities. A background paper provided by support project**. European communities: Directorate general for health and consumers.
28. Mesec, B. (1998). **Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu**. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
29. Moodie, R. & Jenkins, R. (2005). I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Why should I? **Promotion and Education Supplement 2**, 37-42.
30. Poljičan, T. & Benjak, T. (ur.) (2014). **Zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu**. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
31. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, M., Phillips, M. R. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. **The Lancet**, 370 (9590), 859-77.
32. Rochefort, D. A. (1997). **From poorhouses to homelessness. Policy analysis and mental health care**. Westport, London: Auburn House.
33. Rochefort, D. A. & Donnelly, K. P. (2013). Agenda-setting and political discourse. Major analytical frameworks and their application. In: Araral, E., Fritzen, S. Howlett, M., Ramesh, M. & Wu, X. (eds.), **Routledge handbook of public policy**. London, New York: Routledge, 189-203.
34. Silobrčić-Radić, M. & Hrabak-Žerjavić, V. (2013). Epidemiološki prikaz depresivnih poremećaja u Hrvatskoj. **Medix**, 19 (106), 22-35.
35. Štampar.hr. (2013). **Zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar**. Preuzeto s: <http://www.stampar.hr/Default.aspx?art=2036> (13.11. 2013.).
36. Torre, R. (2014). **Prava istina o psihijatriji**. Zagreb: Profil.
37. Vuletić, G. (ur.) (2011). **Kvaliteta života i zdravlje**. Osijek: Filozofski fakultet.
38. Uredba o osnivanju Hrvatskog zavoda za mentalno zdravlje (2003). **Narodne novine**, br. 167/2003.
39. Vlada RH. (2010). **Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011.-2016**. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske. Preuzeto s: [http://www.zdravlje.hr/programi\\_i\\_projekti/nacionalne\\_strategije](http://www.zdravlje.hr/programi_i_projekti/nacionalne_strategije) (17.11. 2013.).

40. Weisz, J. R., Sandler, I. R., Durlak, J. A., Barry, S. & Anton, B. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence – Based prevention and treatment. **American Psychologist**, 60 (6), 628-648.
41. World Health Organization (WHO) (2001). **Strengthening mental health promotion. Fact Sheet**, 20. Geneva: WHO.
42. World Health Organization (WHO) (2005). **Mental health declaration for europe: Facing the challenges, building solutions**. Helsinki: WHO. Preuzeto s: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88595/E85445.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf) (11. 8. 2013.).
43. World Health Organization (WHO) (2009). **European act for mental health and well-being. EU high-level conference together for mental health and wellbeing**. Brussels: WHO. Preuzeto s: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf) (2.1. 2014.).
44. World Health Organization (WHO) (2009). **Improving health systems and services for mental health**. Geneva: WHO. Preuzeto s: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf) (19.11. 2013.).
45. World Health Organization (WHO) (2011a). **Mental health atlas 2011**. Geneva: WHO. Preuzeto s: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf). (10.11.2013.).
46. World Health Organization (WHO) (2011b). Mental health atlas 2011 – Country profiles. Croatia. Preuzeto s: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles/hrv\\_mh\\_profile.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/hrv_mh_profile.pdf) (19. 11.2013.).
47. World Health Organization (WHO) (2013). The Helsinki statement on health in all policies. Preuzeto s: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf) (18.4. 2014.).
48. World Health Organization (WHO) (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action (19.4.2014.).
49. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2003, 2010). **Narodne novine**, br. 121/2003, 71/2010.
50. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2012) **Narodne novine**, br. 70/2012, 144/2012.

## PRILOG 1.

### POPIS DOKUMENATA STRANAKA

1. Bošnjačka demokratska stranka Hrvatske (2008). **Program rada**. Preuzeto s: <http://www.bdsh.hr/dokumenti/programrada.pdf> (10. 1. 2014.).
2. Demokratski centar (2010). **Program Demokratskog centra 2010-2014**. Preuzeto s: [http://www.demokratski-centar.hr/images/pdf/Program\\_rada/Program\\_rada.pdf](http://www.demokratski-centar.hr/images/pdf/Program_rada/Program_rada.pdf) (10. 1. 2014.).
3. HDSSB (2007). **Program HDSSB-a**. Preuzeto s: [http://www.hdssb.hr/files/Program\\_HDSSB-a.pdf](http://www.hdssb.hr/files/Program_HDSSB-a.pdf) (10.1.2014.).
4. HDZ (2002). **Program Hrvatske demokratske zajednice**. Preuzeto s: [http://www.hdz.hr/sites/default/files/program\\_7\\_opci\\_sabor.pdf](http://www.hdz.hr/sites/default/files/program_7_opci_sabor.pdf) (10.1.2014.).
5. HGS (2009). **Program političke stranke**. Preuzeto s: <http://hgs.com.hr/category/program/> (10.1.2014.).
6. HNS (2012). **Programska deklaracija**. Preuzeto s: <http://www.hns.hr/index.php/dokumenti/2012-04-20-00-38-37/programi-i-projekti/9-nekategorizirano/2956-hns-ov-cetverolist-reformski-projekti-2> (10.1.2014.).
7. Hrvatski laburisti – Stranka rada (2011). **Programski dokumenti**. Preuzeto s: <http://www.laburisti.com/preuzimanja/PROGRAM/Program.pdf> (10.1.2014.).
8. HPS dr. Ante Starčević (2010). **Programske smjernice**. Preuzeto s: <http://www.hsp-ante-starcevic.hr/index.php/stranka/opce-programske-smjernice> (10.1.2014.).
9. HSS (2012). **Osnovne odrednice programa HSS-a 2012.-2016**. Preuzeto s: <http://www.hss.hr/files/Osnovne%20odrednice%20programa%20HSS.pdf> (10.1.2014.).
10. HSU (2013). **Program stranke**. Preuzeto s: <http://www.hsu.hr/index.php/ona/program-stranke> (10.1.2014.).
11. IDS (1991). **Programska deklaracija Istarskog demokratskog sabora**. Preuzeto s: [http://www.ids-ddi.com/ids/3/0/168/Files/Programska\\_deklaracija.pdf](http://www.ids-ddi.com/ids/3/0/168/Files/Programska_deklaracija.pdf) (10.1.2014.).
12. Kukuriku koalicija (2011). **Plan 21**. Preuzeto s: <http://www.kukuriku.org/files/plan21.pdf> (10.1.2014.).
13. Narodna stranka – reformisti (2014). **Program**. Preuzeto s: <http://www.reformisti.hr/dokumenti/program> (7.11.2014.).
14. NoviVal (2014). **Novi val. »Suradnjom građana i vlasti do razvoja«. Program stranke**. Preuzeto s: <http://novi-val.eu/wp-content/uploads/2014/04/Program.pdf> (7.11. 2014.).
15. OraH (2013). **Program održivog razvoja Hrvatske**. Preuzeto s: <https://www.orah.hr/dokumenti/program.html> (10.1.2014.).



16. Sabor.hr (2014). Preuzeto s: <http://www.sabor.hr/Stranke> (10. 6. 2014.).
17. Samostalna demokratska srpska stranka (2012). **Program rada za 2013-2017.** Preuzeto s: <http://www.sdss.hr/> (10.1.2014.).
18. Vlada RH (2011). **Program Vlade Republike Hrvatske za mandat 2011.-2015.** Preuzeto s: [http://www.vlada.hr/hr/preuzimanja/program\\_vlade\\_2011\\_2015](http://www.vlada.hr/hr/preuzimanja/program_vlade_2011_2015) (10.1.2014.).

Miranda Novak

University of Zagreb

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences

Ana Petek

University of Zagreb

Faculty of Political Science

## **MENTAL HEALTH AS A POLITICAL PROBLEM IN CROATIA**

### **ABSTRACT**

*Systematic mental health policy, characterized by a holistic approach to mental health, has been present on the agenda of the European institutions, but is yet to be addressed as an important political issue in Croatia. The aim of this paper is to explore the Croatian policy on mental health in order to provide information for a debate in the scientific and professional community, encourage additional research on mental health and possibly contribute to the development of the policy itself. This research focuses on the question of which prerequisites must be met for mental health in Croatia to become a more important political issue. The paper proposes a model based on Kingdon's theory of interdependencies between three process flows in establishing a policy agenda. Therefore, it explores how the current situation affects the question of placing a systematic mental health policy on the formal political agenda. Data were collected on the main actors of the Croatian mental health policy, indicators of the state of mental health in Croatia, functioning of the current system of mental health care, perception of mental health in Croatia, Croatian political parties' positions on mental health, conflicts of interest and on the proposals of Croatian mental health professionals. The main finding of the paper is that currently there are no prerequisites for placing a systematic national mental health policy on the agenda of political priorities in Croatia.*

**Key words:** *mental health policy, public policy agenda, positive mental health, mental health promotion, prevention of mental disorders.*

