

4. Todd J, Hammond P. Choice and use of peripherally inserted central catheters by nurses. *Prof Nurse* 2004;19:493–7.
5. Mermel LA, Allon M, Bouza E i sur. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009;49:1–45.
6. Boban A, Dujmović D, Mikulić M i sur. Upotreba periferno uvedenog centralnog katetera u bolesnika s hematološkim zloćudnim tumorima. *Liječ Vjesn* 2012;134(Suppl 2); str. 114 (sažetak).
7. Ajenjo MC, Morley JC, Russo AJ i sur. Peripherally inserted central venous catheter-associated bloodstream infections in hospitalized adult patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011;32:125–30.
8. Maki DG, Kluger DM, Crnich CJ. The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices: A systematic review of 200 published prospective studies. *Mayo Clin Proc* 2006;81:1159–71.
9. Wilson TJ, Steiler WR Jr, Fletcher JJ. Comparison of catheter-related large vein thrombosis in centrally inserted versus peripherally inserted central venous lines in the neurological intensive care unit. *Clin Neurol Neurosurg* 2013;115:879–82.
10. Chopra V, Anand S, Hickner A i sur. Risk of venous thromboembolism associated with peripherally inserted central catheters: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2013; 2013;382:311–25.
11. Walshe LJ, Malak SF, Eagan J, Sepkowitz KA. Complication rates among cancer patients with peripherally inserted central catheters. *J Clin Oncol* 2002;20:3276–81.
12. Worth LJ, Seymour JF, Slavin MA. Infective and thrombotic complications of central venous catheters in patients with hematological malignancy: prospective evaluation of nontunneled devices. *Support Care Cancer* 2009;17:811–8.
13. Mollee P, Jones M, Stackelroth J i sur. Catheter-associated bloodstream infection incidence and risk factors in adults with cancer: a prospective cohort study. *J Hosp Infect* 2011;78:26–30.
14. Manian FA. IDSA guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related bloodstream infection. *Clin Infect Dis* 2009;49:1770–1.
15. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA i sur. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control* 2011;39 (4 Suppl 1):S1–34.
16. Moller T, Borregaard N, Tvede M i sur. Patient education—a strategy for prevention of infections caused by permanent central venous catheters in patients with haematological malignancies: A randomized clinical trial. *J Hosp Infect* 2005;61:330–41.
17. Chee L, Brown M, Sasadeusz J, MacGregor L, Grigg AP. Gram-negative organisms predominate in Hickman line-related infections in non-neutropenic patients with hematological malignancies. *J Infect* 2008; 56:227–33.
18. Petree C, Wright DL, Sanders V, Killion JB. Reducing blood stream infections during catheter insertion. *Radiol Technol* 2012;83:532–40.
19. Allan ND, Giare-Patel K, Olson ME. An in vivo rabbit model for the evaluation of antimicrobial peripherally inserted central catheter to reduce microbial migration and colonization as compared to an uncoated PICC. *J Biomed Biotechnol* 2012;2012:921617.
20. Lee AY, Levine MN, Butler G i sur. Incidence, risk factors, and outcomes of catheter-related thrombosis in adult patients with cancer. *J Clin Oncol* 2006;24:1404–8.
21. Akl EA, Kamath G, Yosuiico V i sur. Thromboprophylaxis for patients with cancer and central venous catheters: a systematic review and a meta-analysis. *Cancer* 2008;112:2483–92.
22. Marnejon T, Angelo D, Abu Abdou A, Gemmel D. Risk factors for upper extremity venous thrombosis associated with peripherally inserted central venous catheters. *J Vasc Access* 2012;13:231–8.
23. Bellei S, Chiusolo P, De Pascale G i sur. Peripherally inserted central catheters (PICCs) in the management of oncohematological patients submitted to autologous stem cell transplantation. *Support Care Cancer* 2013;21:531–5.
24. Hernández PR, López JL, Martín JG, Eguía BR. Care and cost-utility indicators for high-flow PICC catheters: a study. *Br J Nurs* 2011;20: S22–7.

EPIDEMIOLOŠKA SLIKA PSIHIJATRIJSKIH HOSPITALIZACIJA U OPĆOJ BOLNICI BJELOVAR

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATIONS IN GENERAL HOSPITAL BJELOVAR

VINKO ČATIPOVIĆ, DUŠKA ŠKLEBAR, ELVIRA KOIĆ, MARIJA KUDUMIJA SLIJEPCHEVIĆ*

Deskriptori: Mentalni poremećaji – epidemiologija, dijagnoza; Hospitalizacija – statistički podatci; Bolnički psihijatrijski odjel – statistički podatci; Retrospektivna studija; Hrvatska – epidemiologija

Sažetak. Na osnovi podataka Registra Djelatnosti psihijatrije Opće bolnice Bjelovar, učinjena je epidemiološka studija hospitalno liječenih bolesnika 1980., 1985., 1990., 1995., 2000., 2005. i 2010. godine. U određivanju dijagnostičkih skupina autori su se služili Međunarodnom klasifikacijom bolesti MKB-10 i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, prilagodivši dijagnostičke entitete važećoj klasifikaciji. Uzorak istraživanja čine bolesnici bolnički liječeni u Djelatnosti psihijatrije OB Bjelovar tijekom navedenih godina. Analizirani su broj, spol i dob ispitanika po dijagnostičkim skupinama. Uočljivo je smanjenje ukupnog broja psihijatrijskih hospitalizacija, omjera muškaraca i žena, te smrtnosti. Smanjen je broj hospitalizacija pod kliničkom slikom alkoholizma i komplikacija, a povećan broj hospitalizacija bolesnika s dijagnozom demencije, kriznih stanja i afektivnih poremećaja, oscilira broj hospitalizacija shizofrenih bolesnika. Razlike rezultata početne i završne godine studije analizirane su Hi-kvadrat testom. Rezultati epidemiološke studije pomoći će u evaluaciji, racionalnom planiranju i daljnjem razvoju zaštite mentalnog zdravlja populacije Bjelovarsko-bilogorske županije.

* **Djelatnost za psihijatriju OB Bjelovar** (prim. Vinko Čatipović, dr. med.; prim. mr. sc. Elvira Koić, dr. med.), **Djelatnost za neurologiju OB Bjelovar, Visoka tehnička škola u Bjelovaru, Studij sestrinstva** (prim. mr. sc. Duška Šklebar, dr. med.), **Djelatnost za psihijatriju OB Bjelovar, Visoka tehnička škola u Bjelovaru, Studij sestrinstva** (Marija Kudumija Slijepčević, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prim. dr. V. Čatipović, Djelatnost za psihijatriju OB Bjelovar, Mihanovićeva 8, 43000 Bjelovar, e-mail: vinko.catipovic@gmail.com

Primljeno 15. veljače 2013., prihvaćeno 24. veljače 2014.

Descriptors: Mental disorders – epidemiology, diagnosis; Hospitalization – statistics and numerical data; Psychiatric department, hospital – statistics and numerical data; Retrospective studies; Croatia – epidemiology

Summary. Based on the data provided by the Registry of the Department of Psychiatry, General Hospital Bjelovar, an epidemiological study of the hospital treated patients for the years 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 and 2010 was made. In determining the diagnostic groups, the authors used the International Classification of Diseases ICD-10 and the World Health Organization's (WHO) recommendations, adjusting all diagnostic entities to that classification. The study sample consists of patients hospitalized at the Department of Psychiatry, General Hospital Bjelovar in the years mentioned above. Following parameters were analyzed: total number of hospitalizations, gender, age and hospitalization outcome – by diagnostic groups. What is noted is the decrease in the total number of psychiatric hospitalizations, the reduction of the proportion of men and women in the sample, and the decrease of mortality. In the observed period, the number of hospitalized patients diagnosed as alcoholics decreased, and the number of patients hospitalized with diagnosed as alcoholics decreased, and the number of patients hospitalized with diagnosed dementia, affective disorders, and critical conditions increased, while the number of the hospitalized schizophrenic patients has been oscillating. The main differences between the results of the initial and final year of the epidemiological study have been analyzed by the chi square test. The results of the epidemiological study shall help the evaluation, rational planning and further development in the protection of mental health of the inhabitants of the Bjelovar-Bilogora County.

Liječ Vjesn 2014;136:140–146

Poremećaji mentalnog zdravlja, zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj i radno aktivnoj životnoj dobi, kroničnog tijeka i znatnog narušavanja kvalitete života oboljele osobe i njezine obitelji, jedan su od prioritarnih javnozdravstvenih problema. Psihijatrijska epidemiologija znanstvena je disciplina koja proučava učestalost i raspodjelu pojedinih mentalnih bolesti u različitim populacijama, daje parametre za evaluaciju terapijskih postupaka i planiranje organizacije psihijatrijske službe, ali i znanstvena istraživanja etioloških čimbenika pojedinih psihičkih poremećaja.¹⁻⁴

Na temelju istraživanja Globalnog opterećenja bolestima (GBD) mentalni i neurološki poremećaji sudjeluju s udjelom od 13% u ukupnom opterećenju bolestima. Duševni poremećaji i poremećaji uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari vodeći su uzrok YLDs (godina života s invalidnošću) u svijetu. Depresivni poremećaji uzrok su 40,5% DALYs (godina života izmijenjenih zbog invalidnosti) uzrokovanih mentalnim poremećajima i uporabom psihoaktivnih tvari. Anksiozni poremećaji uzrokuju 14,6%, poremećaji uzrokovani nedopuštenim uzimanjem psihoaktivnih tvari 10,9%, poremećaji uzrokovani alkoholom 9,6%, shizofrenija 7,4%, bipolarni poremećaj 7,0%, razvojni poremećaji 4,2%, poremećaji ponašanja u djetinjstvu 3,4%, poremećaji hranjenja 1,2% DALYs uzrokovanih mentalnim poremećajima i uporabom psihoaktivnih tvari.⁵ Prema predviđanjima Globalnog opterećenja bolestima za 2030. godinu unipolarni depresivni poremećaj s udjelom od 6,2% postat će vodeća dijagnostička kategorija u uzrocima opterećenja bolestima (DALYs) na svjetskoj razini.⁶

Mentalni poremećaji sudjeluju s udjelom od oko 7% u ukupnome bolničkom pobolu u Hrvatskoj. Najveći broj hospitalizacija u dobi je od 20 do 59 godina. U posljednjem desetljeću vidljive su promjene u načinu hospitaliziranja, bilježimo porast broja primljenih i otpuštenih osoba s učestalijim i kraćim hospitalizacijama. Prema procjenama izgubljenih godina života usklađenih s dizabilitetom (DALYs) za Hrvatsku unipolarni depresivni poremećaji zauzimaju visoko 3. mjesto. Alzheimerova demencija i druge demencije nalaze se na 7. mjestu vodećih pojedinačnih dijagnostičkih kategorija prema procjeni opterećenja bolestima za Hrvatsku s udjelom od 2,6% ukupnog broja DALYs.⁷ U Hrvatskoj je u razdoblju od 1995. do 2008. godine u bolničkom pobolu zbog duševnih poremećaja evidentirano nepravilan i neravnomjeran trend rasta broja hospitalizacija. Stopa hospitalizacija zbog duševnih poremećaja uzrokovanih alkoholo-

lom izrazitije oscilira te pokazuje najviše stope 1996., 2002., 2007. i 2008. godine.⁸ U razdoblju od 1962. do 1974. godine povećavao se broj hospitalizacija shizofrenih bolesnika.⁹ Takav se trend zadržao do 2005. godine, od kada je broj hospitalizacija shizofrenih bolesnika u padu. Hospitalizacije zbog reakcija na teški stres, uključujući PTSP, u porastu su do 1998. godine, od 1999. godine zapaža se blaži pad stope te izraziti porast stope od 2005. do 2007. godine. U 2008. godini bilježi se blaži pad stope. Kod depresivnih poremećaja stopa hospitalizacije pokazuje rastući trend, s najvišim stopama 2003., 2007. i 2008. godine.⁸ Zamjetan je porast broja hospitalizacija osoba s demencijom ili organskim psihosindromom.¹⁰

Svjetski i hrvatski trend razvoja psihijatrije jest preusmjerenje pružanja usluga s velikih institucija na usluge koje se mogu pružiti u lokalnoj zajednici, s ciljem podizanja kvalitete i izbjegavanja nepovoljnog omjera troška i učinkovitosti. Jasno je da takva predviđanja zahtijevaju reorganizaciju psihijatrijske službe. Neadekvatna distribucija financijskih sredstava namijenjenih liječenju duševnih bolesti vidi se i u činjenici da se 67% financijskih sredstava dodijeljenih za mentalno zdravlje usmjerava direktno u bolnički sektor, iako je jasno da aktivnosti bazirane na zajednici daju bolje i ekonomski isplativije rezultate za većinu ljudi.¹¹

U Djelatnosti za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar od 1980. godine kontinuirano se prati i analizira dinamika psihijatrijskih hospitalizacija¹²⁻¹⁵ uzimajući u obzir zemljopisne i povijesne^{16,17} te kulturološke i socijalno-ekonomske specifičnosti regije.¹⁸⁻²¹

Motiv istraživanja je uporaba podataka studije za bolju organizaciju psihijatrijske službe. Opći je cilj istraživanja utvrditi dinamiku hospitalizacija Djelatnosti psihijatrije Opće bolnice Bjelovar tijekom 1980., 1985., 1990., 1995., 2000., 2005. i 2010. godine. Posebni su ciljevi istraživanja prikazati dobna, spolna i nozološka obilježja hospitalno liječenih psihijatrijskih bolesnika Djelatnosti psihijatrije OB Bjelovar u navedenom razdoblju.

Ispitanici i metode

Bjelovarsko-bilogorska županija obuhvaća 2652 četvorina kilometara sjevernog dijela Hrvatske i ima 119.743 stanovnika. Sjedište Županije je grad Bjelovar s 41.869 stanovnika.^{16,17} U sastavu su Županije i gradovi Daruvar, Čazma, Garešnica, Grubišno Polje te 18 općina. Ugovorna

mreža bolničke zdravstvene zaštite Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo ne poklapa se potpuno s granicama Županije, ali kada se u ovom radu govori o Bjelovarsko-bilogorskoj županiji, podrazumijeva se navedeno zemljopisno područje. Psihijatrijsku zaštitu stanovnicima Županije pruža Djelatnost za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar.

U radu je primijenjena retrospektivna metoda temeljena na analizi epidemioloških podataka o skupini psihijatrijskih bolesnika liječenih na odjelu Djelatnosti psihijatrije Opće bolnice Bjelovar tijekom 1980., 1985., 1990., 1995., 2000., 2005. i 2010. godine. Godina 1980. odabrana je kao početna godina slučajnim izborom, a sljedeće su godine pravilna petogodišnja razdoblja.

Podaci su prikupljeni pregledom Registra Djelatnosti psihijatrije Opće bolnice Bjelovar. Izdvojeni su i analizirani ovi parametri: ukupan broj ispitanika, spol, dob, letalitet, vodeća psihijatrijska dijagnoza pri otpustu. U određivanju dijagnostičkih skupina rabila su se Međunarodna klasifikacija bolesti – MKB-10 i preporuke SZO-a, a zbog promjene klasifikacijskog sustava koji je stupio na snagu u razdoblju koje obrađuje studija, svi su dijagnostički entiteti prilagođeni sadašnjoj klasifikaciji.

Ispitanici liječeni pod dijagnozom Poremećaj prilagodbe (F43.2) prikazani su zasebno, radi lakšeg praćenja dinamike broja hospitalizacija pod navedenom dijagnozom. Dijagnoza Poremećaj ličnosti (F60–F69, s izuzetkom F62.0) i Mentalna retardacija (F70–F79) od 2000. godine evidentirana je samo kao dijagnoza na Osi II. Bolesnici liječeni pod dijagnozom PTSP-a i Trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja, iako pripadaju različitim dijagnostičkim skupinama (F43.1/F62.0), prikazane su zajedno, zbog etiološke povezanosti.

Dobiveni rezultati opisani su metodama deskriptivne statistike i prikazani grafički i tablično.

Rezultati

Tijekom promatranih godina ostvareno je ukupno 6427 hospitalizacija, od čega su 2695 ili 41,93% hospitalizacije bolesnika. Najmlađi bolesnik bolnički liječen u navedenom razdoblju imao je 12 godina (do stupanja na snagu Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama 1998. godine na Odjelu su liječeni i adolescenti). Većina ispitanika bila je u dobi od 45 do 55 godina. U promatranom razdoblju smanjen je broj psihijatrijskih hospitalizacija, a uspoređujući početnu

i završnu godinu studije, dobivamo pad ukupnog broja psihijatrijskih hospitalizacija za 30,65% (tablica 1.). Apсолutni broj muških bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika nepravilno se smanjivao od početnih 716 godine 1980. do 455 godine 2010. Ukupan broj hospitalizacija ispitanica također pokazuje pad (od 439 na 346, $p=0,0008$).

Smrtnost bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika iznosila je 1980. godine 4,68% te se kontinuirano smanjivala do 2010. kada je iznosila 0,62% ($p=0,3*10^{-8}$). Prosječna smrtnost za cijelo razdoblje iznosi 2,18%. Najviša je smrtnost zabilježena u dijagnostičkoj skupini F00–F09 (Organski duševni poremećaji, uključujući simptomatske poremećaje), zatim F10 (Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari), u dobnim skupinama bolesnika starijih od 60 godina.

Udio hospitalizacija u dijagnostičkoj skupini F00–F09 (Organski duševni poremećaji), nakon naglog skoka 1990. godine (1980. = 6,75%; 1990. = 12,54%) zadržava se na približno istoj razini od 10 do 12% ukupnog broja hospitaliziranih. Usporedba rezultata početne i završne godine studije upućuje na značajan porast hospitalizacija bolesnika u ovoj dijagnostičkoj skupini ($p = 0,95*10^{-3}$).

U skupini bolesnika dijagnostičke skupine F10–F19 dominiraju bolesnici liječeni pod šifrom F10 (Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom), uz zamjetan pravilan pad broja hospitalizacija po tipu trenda potencija ($R^2=0,98$) (slika 1.). Broj bolnički liječenih alkoholičara 2010. godine 3,5 puta je manji od broja liječenih 1980. godine ($p=0,18*10^{-50}$).

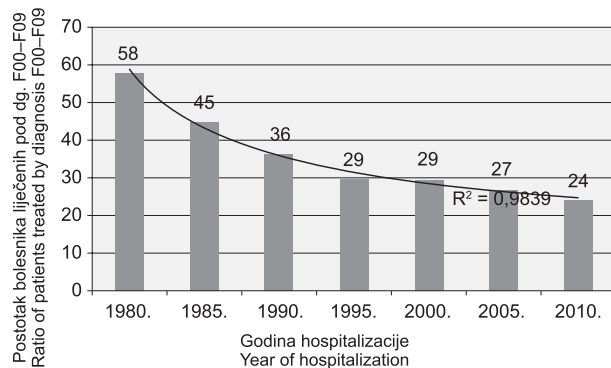
Dinamika kretanja broja hospitaliziranih bolesnika u skupini F20–29 (Shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji) nije pravilna, pokazuje polinomni trend ($R^2=0,8134$) s vrhom brijega 1995. godine (24% hospitalizacija), razlika početne i završne godine studije (12% – 13% hospitalizacija) nije značajna. BEZ PROMJENE

Hospitalizacije bolesnika dijagnostičke skupine F30–39 (Poremećaji raspoloženja) pokazuju oscilacije u razdoblju od 1980. do 1990. godine (8 do 13% ukupnog broja hospitaliziranih) nakon čega zadržavaju konstantan udio od 13 do 14% ukupnog broja hospitaliziranih, do 2010. godine kada se postotak hospitalizacija bolesnika ove skupine izrazito povećao (22,84%), tako da je razlika 1980./2010. statistički značajna ($p=0,82*10^{-16}$).

Broj hospitalizacija bolesnika liječenih pod dijagnozom Neurotskih, uza stres vezanih i somatoformnih poremećaja

Tablica 1. Broj i postotak ispitanika prema dijagnostičkim kategorijama
Table 1. Numbers and percentage of subjects regarding diagnostic category

Dijagnostička skupina / Group disorder	Godina hospitalizacije / Year of Hospitalization													
	1980.		1985.		1990.		1995.		2000.		2005.		2010.	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
F00–F09	6,75	78	5,97	52	12,54	110	11,92	108	8,18	68	10,34	102	10,99	88
F10–19	57,66	666	44,66	389	36,15	317	29,36	266	29,48	245	26,98	266	23,85	191
F20–F29	12,90	149	16,07	140	17,56	154	24,39	221	22,02	183	17,65	174	14,23	114
F30–F39	9,26	107	12,63	110	8,32	73	13,91	126	13,60	113	14,71	145	22,85	183
F40–F48 (bez/without F43.2)	11,00	127	15,15	132	12,77	112	5,41	49	8,30	69	10,75	106	7,24	58
F43.2	1,73	20	2,76	24	10,49	92	11,26	102	10,71	89	9,84	97	8,74	70
F43.1 + F62.0	–	–	–	–	–	–	–	–	7,58	63	9,33	92	11,86	95
F50–59	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,30	3	0,25	2
F60–F69 (bez F62.0)	0,26	3	0,80	7	1,82	16	2,87	26	.(56)		.(35)		.(13)	
F70–F79	0,35	4	1,84	16	0,34	3	0,88	8	.(39)		.(8)		.(3)	
F90–F98	0,09	1	0,11	1	0,00	0	0,00	0	0,12	1	0,10	1	0,00	0
Ukupno / Total	100,00	1155	100,00	871	100,00	877	100,00	906	100,00	768	100,00	986	100,00	801



Slika 1. Dijagnostička skupina F10–19 po godinama hospitalizacije
Figure 1. Group disorders F10–F19 through years of hospitalization

(F40–48) oscilirao je u razdoblju od 1989. do 1990. (udio 11 do 15% ukupnog broja hospitaliziranih), a krivulja trenda najviše odgovara polinomnoj s udubinom 1995. godine (5% hospitaliziranih), nakon čega slijedi znatan porast hospitalizacija u ovoj dijagnostičkoj skupini (16 – 20% ukupnog broja hospitaliziranih), pogotovo oboljelih od PTSP-a. Udio oboljelih od PTSP-a (uključujući i skupinu F62.0) i dalje je u porastu (2000. 7,58%, 2005. 9,32% i 2010. 11,86% ukupnog broja hospitaliziranih).

U dijagnostičkoj skupini F43.2 (Poremećaj prilagodbe) naglo se povećao broj hospitalizacija 1990. godine, zadržavajući nakon toga postotni udio od 9 do 11% svih hospitalizacija, a razlika broja bolnički liječenih bolesnika 1980. i 2010. godine statistički je visoko značajna ($p=0,3*10^{-13}$).

Broj hospitalizacija bolesnika skupine F60–F69 (Poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih) i F70–F79 (Duševna zaostalost) oscilirao je u analiziranom razdoblju, a za obje skupine najveći postotak hospitalizacija zabilježen je 2000. godine (F60–F69 6,74%; F70–F79 4,69%), najmanji 1980. godine (F60–F69 0,26%; F70–F79 0,35%). Razlika broja hospitalizacija po tim dijagnostičkim skupinama u odnosu 1980./2010. statistički je značajna (u smislu porasta) za Poremećaje ličnosti ($p = 0,002$), ali ne i za Mentalnu retardaciju ($p = 0,78$).

Rasprava

Jedna od četiri osobe u Europi barem jedanput u životu ima smetnje duševnog zdravlja, a puno ih je više koje su ovim problemima zahvaćene neizravno. Životna prevalencija psihičkih poremećaja vrlo je visoka: 28,8% za anksiozne poremećaje, 20,8% za poremećaje raspoloženja, 24,8% za poremećaje kontrole impulsa, 14,6% za poremećaje nastale uzimanjem psihoaktivnih supstancija; odnosno za bilo koji psihički poremećaj 46,4%. Srednja dob početka bolesti mnogo je ranija za anksiozne poremećaje (11 godina) i poremećaj nadzora impulsa (11 godina) nego za zlouporabu psihoaktivnih tvari (20 godina) i poremećaje raspoloženja (30 godina).²²

Prema podacima HZZJZ-a 2010. godine provedene su 41.144 hospitalizacije zbog mentalnih/duševnih poremećaja te se ova skupina s udjelom od 7,2% nalazila na sedmome mjestu u ukupnome bolničkom pobolu u Hrvatskoj.²³ U 2011. godini u primarnoj je zdravstvenoj zaštiti registrirano ukupno 790.099 dijagnoza iz skupine mentalnih poremećaja, a učinjeno je 510.186 psihijatrijskih pregleda.²⁴

Neuropshijatrijski odjel u Bjelovaru osnovan je 1. veljače 1958. godine s dva muška i dva ženska kreveta na Internom odjelu, 1965. godine imao je 36 kreveta, a 1969. se Odjel

seli sa 70 kreveta u vlastiti prostor (»Vilu Mariju«), sedamdesetih je godina Odjel imao 89 kreveta. Nakon toga dolazi do smanjivanja broja kreveta, osamdesetih godina Odjel je imao osamdeset kreveta, a nakon adaptacije »Vile Marije« 1987. godine 70 kreveta. 1. siječnja 1996. godine došlo je do razdvajanja Djelatnosti za živčane i duševne bolesti na dvije nove organizacijske jedinice – Djelatnost za psihijatriju i Djelatnost za neurologiju, pri čemu je svakoj djelatnosti pripalo 35 kreveta, da bi 2005. godine broj kreveta bio smanjen na današnjih 29. Tijekom godina nije se mijenjao samo krevetni fond, mijenjalo se i gravitirajuće područje, pojavile su se nove kategorije bolesnika, radilo se na podizanju kvalitete bolničkih i izvanbolničkih rehabilitacijskih postupaka, osnovan je Centar za psihijatrijsku zaštitu na županijskoj razini, otvorena je ambulanta za razvoj dječje i adolescentne psihijatrije, započela je s radom dnevna bolnica, poboljšana je suradnja s CZSS-om itd., a sve to u sklopu modernizacije regionalne psihijatrijske zaštite.²⁵ Smanjivanje krevetnih kapaciteta smisleno je samo kada ga prati razrađen i uhodan program izvanbolničkog liječenja.^{26,27} Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. predviđa pad broja hospitalizacija za sve kategorije osoba s duševnim smetnjama osim oboljelih od raznih demencija. Planira se prenamjena dijela posteljnih kapaciteta u psihijatrijskim bolnicama u smislu povećanja kapaciteta namijenjenih zbrinjavanju gerontopsihijatrijskih bolesnika. U zbrinjavanju akutnih bolesnika težište rada preusmjerit će se na dnevne bolnice, čime se planira osloboditi dio kapaciteta za produženo liječenje bolesnika u tim ustanovama.²⁸

Depresija je četvrti uzrok invalidnosti diljem svijeta, a predviđa se da će do 2020. godine biti na drugome mjestu.²⁹ Raste učestalost somatskih stanja povezanih s poremećajima raspoloženja.^{30–33} Prevalencija depresije u bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti kreće se od 14 do 56% ovisno o vrsti tjelesne bolesti, njezinu trajanju te o prisutnosti boli, što još nekoliko puta povećava učestalost depresije.^{34,35} U skupini oboljelih od plućnih bolesti (astma, KOPB) prevalencija depresije iznosi od 25 do 35%, kod bolesnika koji su preboljeli infarkt miokarda od 45 do 50%, kod oboljelih od karcinoma 48%, u skupini dijabetičara oko 35%, u neuroloških bolesnika općenito oko 40%, Parkinsonove bolesti i multiple skleroze od 35 do 45%, a epilepsije od 30 do 35%.^{36–41} Depresivni poremećaj javlja se kao komorbidna dijagnoza u 30 do 50 posto slučajeva moždanog udara.^{42–44} U Hrvatskoj je u razdoblju od 1995. do 2011. godine registriran uzlazni trend u bolničkom pobolu zbog depresivnih poremećaja sa znatnim porastom broja i stopa hospitalizacija.⁴⁵ Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja daju prednost, kada je to god moguće, izvanbolničkom liječenju.⁴⁶ Bolničko je liječenje obavezno kod visokog suicidalnog rizika, lošega socijalnog funkcioniranja uz nedostatak potpore, a kod odlučivanja o vrsti liječenja u obzir treba uzeti mogućnost pacijentove suradnje tijekom terapije, u smislu uzimanja lijekova, mogućnosti dolaska na ambulantno liječenje i plaćanja lijekova koji se nadoplćuju. Smjernice za kliničko vođenje i plan liječenja definiraju plan liječenja temeljen na individualnoj psihobiosocijalnoj formulaciji poremećaja i individualiziranom izboru terapijskih postupaka.⁴⁷ U praksi slaba razvijenost ili potpuni nedostatak službe *case managementa* za kućno liječenje, psihoterapijskih ambulanta,⁴⁸ terapijskih timova u dnevnoj bolnici i drugih oblika izvanbolničkog liječenja znatno pridonose visokom broju rehospitalizacija depresivnih bolesnika. Razvoj psihijatrije dovodi do redukcije starih službi i aktivnosti i uspostave novih,⁴⁹ ali to ne znači da su

novi oblici aktivnosti i zaštite duševnog zdravlja u praksi riješili sve probleme.⁵⁰

Evidentan je porast hospitalizacija bolesnika dijagnostičke skupine Organski duševni poremećaji.^{51,52} Produženje životnog vijeka, veća incidencija nesretnih slučajeva s ozljedom mozga, porast broja oboljelih od kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, zlouporabe psihoaktivnih tvari i drugih bolesti povezanih s oštećenjem mozga, uzrokuje porast incidencije organskih i simptomatskih mentalnih poremećaja.⁵³⁻⁵⁵ Niz novoootvorenih domova za starije osobe s korisnicima iz drugih županija povećava gerijatrijsku populaciju koja psihijatrijsku pomoć traži na našem odjelu, strukturalno i organizacijski neprilagođenom potrebama te skupine bolesnika.⁵⁶ Programi izvanbolničke skrbi poput Pomoć u kući starijim osobama i Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama⁵⁷ nisu dovoljno implementirani u lokalnoj zajednici. Na području Županije slaba je i od lokalne uprave nedovoljno poduprta aktivnost regionalnih udruga⁵⁸ koje pružaju potporu starim osobama i gerontopsihijatrijskim bolesnicima. O gerontopsihijatrijskim centrima i gerontopsihijatrijskoj dnevnoj bolnici⁵⁹ na lokalnoj razini trenutačno ne možemo ni razmišljati.

Podaci HZZJZ-a o hospitalizacijama psihijatrijskih bolesnika u razdoblju od 1995. do 2010. godine govore o uzlaznom trendu hospitalizacija zbog duševnih poremećaja uzrokovanih alkoholom, a i radovi drugih domaćih autora upozoravaju na rastuću važnost tog problema.⁶⁰⁻⁶² Trend smanjenja broja hospitalizacija oboljelih od alkoholizma (i drugih ovisnosti) u Općoj bolnici Bjelovar nije vjeran odraz stvarnog stanja ovisnosti u Republici Hrvatskoj i regiji, već je posljedica porasta hospitalizacija bolesnika drugih dijagnostičkih skupina, u uvjetima ograničenih krevetnih kapaciteta. Zagrebačka alkohološka škola s Hudolinovim modelom tretmana alkoholičara temeljenim na sveobuhvatnom preventivnom, terapijskom i rehabilitacijskom liječenju, nositelj je oglednog modela tretmana i standard liječenja alkoholizma.⁶³ Osamdesetih i devedesetih godina 20. stoljeća samo je u Bjelovaru radilo pet KLA, osnovanih pri tzv. »industrijskim« ambulantama, a slična je situacija bila i u drugim hrvatskim gradovima.^{64,65} Bolesnici su na liječenje upućivani iz KLA i tvorničkih ambulanta u ranoj fazi bolesti, a nakon otpusta iz bolnice apstinencija je održavana neposrednom suradnjom psihijatra, liječnika obiteljske medicine, socijalnog radnika u tvornici i KLA. Pri odjelu je jedanput na tjedan radilo Savjetovalište za liječenje alkoholizma i drugih ovisnosti, prim. Drobac vodio je alkohološku ambulantu. U ratnom i poratnom razdoblju reducirana je organizacijska i financijska pomoć KLA, u našoj Županiji propale su praktički sve tvornice,⁶⁶ liječnici obiteljske medicine prešli su u zakup, brojni KLA prestali su s radom. Zakazuju društveni mehanizmi kontrole pijenja alkohola i ranog upućivanja na liječenje. Zahvaljujući Klinici za psihijatriju KB »Sestre milosrdnice«, posljednjih pet godina se povećao broj KLA na području Županije, jačamo izvanbolničke programe liječenja alkoholizma te bilježimo pozitivne pomake na tom području.⁶⁷ Niži omjer hospitalizacija muškaraca i žena u ispitivanoj grupi posljedica je smanjenja hospitalizacija osoba oboljelih od alkoholizma i drugih ovisnosti, među kojima prevladavaju muškarci.

Prevalencija shizofrenije ne ovisi o demografskim i geografskim razlikama, konstantna je te se kreće između 3 i 10 slučajeva na 1000 ljudi.^{68,69} Uz genske i razvojne predispozicije važan faktor rizika od shizofrenije jesu socijalni faktori (migracija, pripadnost manjinskim grupama) i traume zlostavljanja u djetinjstvu.⁷⁰⁻⁷³ Ovi su bolesnici izuzetno

osjetljivi na stres i psihotraumu,^{74,76} pa su oscilacije broja hospitalizacija u dijagnostičkoj skupini F20-29 (Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja) očekivane u uvjetima društvene nestabilnosti. Kvalitetniji obuhvat osoba s dijagnozom shizofrenije izvanbolničkim terapijskim i rehabilitacijskim programima rezultira smanjenjem broja i skraćanjem trajanja hospitalizacija,⁴⁵ što se i događa u europskim zemljama s razvijenom modernom izvanbolničkom psihijatrijskom službom. U skladu sa suvremenim međunarodnim i nacionalnim stajalištima 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.⁷⁷⁻⁸⁰ Naglasak se daje radu psihijatra u domovima zdravlja, psihijatrijskoj edukaciji liječnika obiteljske medicine, suradnji psihijatrijskog odjela s građanskim udrugama u provođenju izvaninstitucionalnih aktivnosti, formiranju i potpori prijelaznim ustanovama za zbrinjavanje osoba s težim duševnim smetnjama, socioterapijskoj aktivnosti izvan zidina bolnice itd.⁸¹ Dnevne bi bolnice trebale imati stručne timove koji u suradnji s centrima za socijalnu skrb, obrazovnim sustavom, sektorom zapošljavanja i sustavom udruga organiziraju asertivni *case management*, zapošljavanje uz potporu, kognitivnu bihevioralnu terapiju, rad s obitelji, trening socijalnih vještina, psihosocijalne intervencije za zlorabu alkohola i droga te psihosocijalne intervencije za zdrave stilove života.⁸² I zemlje mnogo bogatije i bolje organizirane od Hrvatske imaju problema s organizacijom izvanbolničkih ustanova namijenjenih smještaju, resocijalizaciji i rehabilitaciji psihijatrijskih bolesnika.⁸³⁻⁸⁵ Prema svojem iskustvu smatramo da se na razini općih bolnica premalo investira u edukaciju i rad timova psihijatrijskih dnevnih bolnica. Nepripremljen proces deinstitutionalizacije rezultira negativnim posljedicama kao što su beskućništvo, transinstitucionalizacija, nedostatna društvena potpora, povećano opterećenje bolesnikove obitelji i sl.⁸⁶

Reakcija na teški stres uključujući posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) uvodi se u desetu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema kao nova dijagnostička kategorija.⁸⁷ Vremensko odmicanje od Domovinskog rata, kao izvora masovne traumatizacije, i ublažavanje socioekonomskih čimbenika koji su negativno interferirali s terapijskim postupcima,^{88,89} nije značajno smanjilo broj hospitalizacija oboljelih u našem uzorku. Jedan od razloga je sekundarna traumatizacija.⁸⁹ Osim toga, vjerojatnost remisije vrlo je malen u onih koji 1 – 2 godine nakon događaja još pokazuju simptome.⁹¹ U porastu je i incidencija civilnog PTSP-a.^{91,92}

Bitno obilježje poremećaja prilagodbe jest postojanje poznatoga psihosocijalnog stresora, a klinički značajni emocionalni simptomi ili simptomi u ponašanju nastaju kao odgovor na taj stresor. Aktualne životne okolnosti obiluju stresnim situacijama,⁹⁴⁻⁹⁷ posljedično se održava visok postotak psihijatrijskih hospitalizacija pod dijagnozom poremećaja prilagodbe (10%). Navedena stanja u pravilu prati naglašena nemedicinska problematika. Dobra organizacija rada i kvalitetna suradnja s drugim ustanovama (centri za socijalnu skrb, domovi zdravlja, sudovi) nužne su kako psihijatra u svakodnevnom radu ne bi dodatno opterećivala stanja i situacije izvan granica struke.⁹⁸ Na žalost, usprkos vrlo visokoj stopi samoubojstava⁹⁸ u Bjelovaru nikada nije zaživjela učinkovita izvanbolnička služba za pomoć osobama u kriznim stanjima.

Zaključak

Smanjenje broja psihijatrijskih hospitalizacija općenito, a posebno u skupini alkoholičara i bolesnika liječenih pod dijagnozom neurotskih poremećaja, rezultat je trenda smanjenja broja psihijatrijskih kreveta u općim bolnicama te nužnosti zbrinjavanja potreba tih bolesnika izvanbolničkim oblicima liječenja. Tradicionalno visok omjer hospitalizacija muškaraca i žena postupno se smanjuje, kao odraz smanjenja broja hospitalizacija alkoholičara, ali i činjenice da se broj alkoholičarki povećava brže od ukupnog porasta broja alkoholičara. Veća incidencija nesretnih slučajeva s ozljedom mozga, porast broja oboljelih od kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti, dijabetesa, malignih bolesti i stanja kronične boli, zlorabe psihoaktivnih tvari i drugih bolesti povezanih s oštećenjem mozga uzrokuje porast incidencije organskih i simptomatskih mentalnih poremećaja i poremećaja raspoloženja. Nepovoljne društveno-ekonomske okolnosti popraćene su konstantno visokim postotkom hospitalizacija pod dijagnozom poremećaja prilagodbe, koji se u nedostatku izvanbolničkih programa često liječe u bolnici. Broj hospitalizacija osoba liječenih pod dijagnozom posttraumatskoga stresnog poremećaja ne smanjuje se. Smanjena je smrtnost hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika, što je rezultat primjene novih dostignuća u psihijatriji i medicini općenito, kao i poboljšanja uvjeta smještaja i života bolesnika na psihijatrijskom odjelu.

Uspoređujući rezultate svoje analize epidemioloških podataka s organizacijom službe za liječenje mentalnih poremećaja i u skladu s preporukama SZO-a, možemo zaključiti da je bitno nepromijenjen trend hospitalizacija oboljelih od shizofrenije (pad hospitalizacija nije statistički značajan), porast hospitalizacija zbog organskih poremećaja, poremećaja raspoloženja, PTSP-a i poremećaja prilagodbe velikim je dijelom posljedica nedovoljno razvijenih programa liječenja ovih poremećaja u izvanbolničkom sustavu pa se mnogi oboljeli umjesto u izvanbolničkom sustavu liječe u bolnici, stoga je ova naša analiza stimulativna za planiranje razvoja izvanbolničke službe za liječenje mentalnih poremećaja u našoj Županiji, kao i za ponovno istraživanje nakon uvođenja novih programa u zajednici. Istraživanjem nismo obuhvatili i druge razloge koji mogu utjecati na naše rezultate poput brojnih socijalnih razloga, što je ograničavajući faktor ovog istraživanja.

LITERATURA

1. *Maylath E, Seidel J, Werner B, Schlattmann P.* Geographical analysis of the risk of psychiatric hospitalization in Hamburg from 1988–1994. *Eur Psychiatry* 1999;14:414–25.
2. *Jukić V, Gjilas T, Babić MM.* Utjecaj rata na strukturu hospitaliziranih bolesnika primljenih u Kliniku za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Zagrebu. *Soc Psihijat* 1992;2:157–67.
3. *Marković H, Marković A, Glavić N.* Alkoholizam tijekom Domovinskog rata u Dubrovniku. *Soc Psihijat* 1995; 23:79–87.
4. *Hotujac Lj, Brataljenović T, Popović-Knapić V.* Bolničko psihijatrijsko liječenje ratnih stradalnika. *Soc Psihijat* 1998; 26:183–88.
5. *Whiteford AH, Degenhardt L, Rehm i sur.* Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382:1575–86.
6. *WHO.* Burden of Mental and Behavioural Disorders. U: *Mental Health: New Understanding, New Hope.* The World Health Report 2001. WHO: Geneva; 2001, str. 19–45.
7. *Global Burden of Disease Study 2010.* Croatia Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results 1990–2010. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2013.
8. *Vlada RH.* Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine. Zagreb: Vlada RH; 2010.
9. *Folnegović Z, Folnegović-Smalc V, Kulčar Ž.* Epidemiologija shizofrenije u SR Hrvatskoj – tokovi hospitaliziranja bolesnika po zajednicama općina. *Liječ Vjesn* 1983;4:58–63.
10. *Gilić A, Perinčić R, Kovač I.* Broj hospitalizacija poradi demencija i organskog psihosindroma na Psihijatrijskom odjelu Opće bolnice u Zadru kroz 20 godina. *Med Jad* 2008;38:33–39.
11. *WHO.* Mental health atlas 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.
12. *Drobac R, Gregurek T, Majetić Z, Šarko B, Žalac D.* Epidemiološki prikaz hospitalno liječenih bolesnika Djelatnosti za živčane i duševne bolesti Medicinskog centra »Dr. Emilia Holik« u Bjelovaru. *Acta Med* 1985;3:135–43.
13. *Drobac R.* Bibliografija Djelatnosti za živčane i duševne bolesti Medicinskog centra Bjelovar 1985–1990. Bjelovar: Prosvjeta; 1991.
14. *Drobac R, Čatipović V, Golubić J i sur.* Neurološka i psihijatrijska epidemiologija u bjelovarskoj županiji. *Med Vjesn* 1996; 28:61–8.
15. *Čatipović V, Drobac R, Kudumija M.* Epidemiološka slika psihijatrijskih hospitalizacija Opće bolnice Bjelovar. *Liječ Vjesn* 2004;7–8:182–84.
16. *Strugar V.* Bjelovarsko-bilogorska županija. Bjelovar: Čvor; 1996, str. 46–47.
17. *Ivanček L, Ivanček K.* Nedovršeni spomenar. Bjelovaru u pohode. Bjelovar: Čvor; 2008.
18. *Krznar I.* Identifikacija razdoblja recesija i ekspanzija u Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatska narodna banka; 2011, str. 10–16.
19. *Bjelovarsko-bilogorska županija.* Prostorni plan Bjelovarsko-bilogorske županije. Bjelovar: Županijski zavod za prostorno uređenje; 2001, str. A4–A9.
20. *Feletar P.* Depopulacija i promjene u prostornom rasporedu stanovništva na području Bjelovarsko-bilogorske županije od 1857. do 2001. godine. Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru 2008;2:61–115.
21. *Dadić I, Diklić D, Jakovljević G i sur.* Znanstveni skup 250. obljetnica Bjelovara izgradnja i razvoj 1756.–2006., Bjelovar, 7. prosinca 2006.: sažeci radova sa znanstvenog skupa. – Bjelovar: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zavod za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru; 2006.
22. *Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatr* 2005;62:593–602.
23. *Silobrić Radić M, Jelavić M.* Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Ministarstvo zdravlja RH; 2011, str. 2–3.
24. *Silobrić Radić M, Jelavić M.* Registar za psihoze Hrvatske. U: Poljičanin T, Dečković-Vukres V, Kuzman M, ur. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2011. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2012, str. 271–273.
25. *Perković T.* Mreža psihijatrijske zaštite. *Soc Psihijat* 2000;28:39–47.
26. *Štrkalj Ivezić S, Jukić V, Hotujac Lj, Kušan Jukić M, Tikvica A.* Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. *Liječ Vjesn* 2010;132:38–42.
27. *Johnson S, Prosser D, Bindman J, Szmulker G.* Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. *Soc Psychiatr and Psychiatric Epidemiology* 1997;32:137–142.
28. *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.–2020.* Nar Nov 2012; 116:150.
29. *World Health Organization.* Mental Health: New Understanding. New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
30. *Rosamond W, Flegal K, Furie K i sur.* Heart disease and stroke statistics – 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008; 117:25.
31. *Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM i sur.* Executive summary: heart disease and stroke statistics – 2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010;121:948.
32. *King H, Rewers M.* Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults: WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group. *Diabetes Care* 1993;16:157–177.
33. *King H, Aubert RE, Herman WH.* Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21:1414–1431.
34. *Christodoulou GN.* Prevention on depression. *WPA Bull Depress* 2002; 5:24.
35. *Matthew J, Bair R, Robinson M, Katon WJ, Kronke K.* Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med* 2003;163:2433–45.
36. *Katon W, Lin EH, Kroenke K.* The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:147–55.
37. *Kühn KU, Maier W.* Depression in patients with somatic diseases. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1997;25:167–80.
38. *Christodoulou GN.* Prevention on depression. *WPA Bulletin of depression* 2002; 5:24.
39. *Matthew J, Bair R, Robinson M, Katon WJ, Kronke K.* Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med* 2003;163:2433–45.
40. *Egede LE.* Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utili-

- zation, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatr* 2007;29:409–16.
41. *Benton T, Staab J, Evans DL.* Medical co-morbidity in depressive disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2007;19:289–303.
 42. *Eastwood MR, Rifat SL, Nobbs H, Ruderman J.* Mood disorder following cerebrovascular accident. *Br J Psychiatry* 1989;154:195–200.
 43. *Robinson RG.* Poststroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003;54:376–87.
 44. *Williams LS.* Depression and Stroke: Cause or Consequence? *Semin Neurol* 2005;25:396–409.
 45. *Silobrić Radić M, Hrabak-Žerjević V.* Epidemiološki prikaz depresivnih poremećaja u Hrvatskoj. *Medix* 2013;19:134–9.
 46. *Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja.* *Medix* 2013;19(Suppl 1):10.
 47. *Štrkalj Ivezić S, Mihaljević-Peješ S, Mihanović M, Dračevac-Sabljar R.* Smjernice za kliničko vođenje i plan liječenja depresije. *Medix* 2013;19:175–80.
 48. *Begić D.* Kognitivno-bihevioralna terapija depresije. *Medix* 2013;19:171–73.
 49. *Babić G, Molnar S.* Komparativni prikaz organizacije skrbi za duševno oboljele osobe. I. Sociopolitička paradigma. *Soc Psihijat* 2002;30:189–200.
 50. *Jakovljević M, Bebić D.* Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti. *Soc Psihijat* 2013;41:16–20.
 51. *Mimica N.* Alzheimerova bolest – epidemiologija, dijagnosticiranje i standardno farmakološko liječenje. *Medix* 2012;18:152–8.
 52. *Gilić A, Perinčić R, Kovač I.* Broj hospitalizacija poradi demencija i organskog psihosindroma na Psihijatrijskom odjelu Opće bolnice u Zadru kroz 20 godina. *Med Jad* 2008;38:33–9.
 53. *Hume JA, Graham DI, Murray LS, Scott G.* Diffuse axonal injury due to nonmissile head injury in humans: An analysis of 45 cases. *Ann Neurol* 2011;12:557–63.
 54. *Seshadri S, Wolf PA, Beiser A i sur.* Lifetime risk of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 1997;49:1498–504.
 55. *Poljančanin T, Metelko Ž.* Epidemiologija šećerne bolesti u Hrvatskoj i svijetu. *Medix* 2009;15:82–8.
 56. *Mimica N, Presečki P.* Current treatment options for people with Alzheimer's disease in Croatia. *Chem-Biol Interact* 2010;187:409–10.
 57. *Vlada RH.* Program razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine. Zagreb: Nar Nov; 2007, str. 90.
 58. *Mimica N, Dajčić M, Ivanković V i sur.* Activities of Alzheimer's disease societies Croatia. *Neurol Croat* 2006;55(Suppl 4):100.
 59. *Steinkamp G, Werner B.* Effect of a geriatric psychiatric center on quality of care for elderly psychiatric patients. *Z Gerontol Geriatr* 2000;33:59–66.
 60. *Vitale K, Brborović O, Sović S, Bencević HS, Civić M.* Five-years cumulative incidence of alcohol consumption in Croatian adult population: the CroHort study. *Coll Antropol* 2012;36(Suppl 1):105–8.
 61. *Miskulin M, Petrović G, Miskulin I i sur.* Prevalence and risk factors of alcohol abuse among university students from eastern Croatia: questionnaire study. *Coll Antropol* 2010;34:1315–22.
 62. *Benčević-Strichl H, Malatestinić D, Vuletić S.* Regional Differences in Alcohol Consumption in Croatia. *Coll Antropol* 2009;33(Suppl 1):39–41.
 63. *Zoričić Z, Ivančić I.* Vladimir Hudolin and his work. *Acta Clin Croat* 2007;46:187–8.
 64. *Torre R, Zoričić Z, Orešković A.* Rad, radno mjesto i pijeње alkoholnih pića. *Soc Psihijat* 2009;4:216–21.
 65. *Jukić V, Hotujac Lj, Ivezić-Štrkalj S.* Mjesto psihijatrije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. 5. kongres menadžmenta u zdravstvu. Sažeci radova, Zagreb; 2003, str. 17.
 66. *UNDP Hrvatska.* Kvaliteta života u Hrvatskoj. Regionalne nejednakosti. Zagreb: UNDP Hrvatska; 2007, str. 20–150.
 67. *Zoričić Z, Ivančić I, Matošić A.* Importance of the Club of Treated Alcoholics. *Alcoholism* 2006;42:35–42.
 68. *Hafner H, Heiden W.* Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatr* 1997;42:139–51.
 69. *Hotujac Lj.* Suvremene koncepcije shizofrenije. *Medicus* 1998;7:45–5817.
 70. *Selten JP, van der Ven E, Rutten BP, Cantor-Graae E.* The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophr Bull* 2013;39:1180–6.
 71. *Cantor-Graae E, Selten JP.* Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatr* 2005;162:12–24.
 72. *Veling W, Hoek HW, Wiersma D, Mackenbach JP.* Ethnic Identity and the Risk of Schizophrenia in Ethnic Minorities: A Case-Control Study. *Schizophr Bull* 2010;36:1149–1156.
 73. *Read J, Os J, Morrison PA, Ross AC.* Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:330–50.
 74. *Junaci S.* Kako zaustaviti shizofreniju prije nego što se klinički očituje. *Pro Mente* 2000;9–10:82–83.
 75. *Yaktin US, Labaan S.* Traumatic war stress schizophrenia. *Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1992;30:29–33.
 76. *Hultman CM, Wieselgren IM, Ohman A.* Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients. *Scand J Psychol* 1997;38:3–13.
 77. *Hrvatsko psihijatrijsko društvo, HLZ – Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju.* Plan reorganizacije službe za mentalno zdravlje u RH. Zagreb: 2001.
 78. *Hotujac Lj.* Reorganizacija hrvatske psihijatrije. *Medicus* 1998;7:9–14.
 79. *Pavković I.* Kako nas vide izvana? *Medicus* 1998;7:9–14.
 80. *Perković T.* Psihijatrijska zaštita. U: Perković T, ur. Pristup suvremenoj organizaciji. Zagreb: Medicinska knjiga; 1997.
 81. *Gruber NE.* Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba sa psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada* 2012;19:73–94.
 82. *Antolić K, Lauri Korajlija A, Štrkalj-Ivezić S, Begić D.* Utjecaj programa psihosocijalne podrške na kvalitetu života osoba oboljelih od shizofrenije. *Soc Psihijat* 2012;40:135–40.
 83. *Giel R.* The jigsaw puzzle of Dutch mental health care. *Int J Ment Health* 1987;16:152–63.
 84. *Dencker K, Langstrom G.* The closure of a mental hospital in Sweden: 5 years of transition to district-based long-term care. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;243:109–15.
 85. *Garpenby P.* From ideology to reality: mental health in Sweden. *Eur J Public Health* 1993;3:296–8.
 86. *Babić G, Kušević Z.* Komparativni prikaz organizacije skrbi za osobe oboljele od poremećaja sa psihozom. II. dio. Deinstitutionalizacija i moguće negativne posljedice. *Soc Psihijat* 2012;40:118–126.
 87. *World Health Organization.* International Classification of Diseases and Related Health problems. Tenth Revision. Volume 1. Geneva: World Health Organization; 1992.
 88. *Kozarić-Kovačić D, Borovečki A, Udovičić S, Kocijan-Hercigonja D.* Simulirani PTSP. Društvena istraživanja 2003;12:541–59.
 89. *Kozarić-Kovačić D, Kovačić Z, Rukavina L.* Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix* 2007;13:102–6.
 90. *Kozarić-Kovačić D, Kovačić Z, Rukavina L.* Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix* 2007;13:102–6.
 91. *Clapp JD, Beck J.* Treatment of PTSD in Older Adults: Do Cognitive-Behavioral Interventions Remain Viable? *Cogn Behav Pract* 2012;19:126–35.
 92. *Pavičević L, Bobić J.* Utjecaj posljedica oružane pljačke na radnu sposobnost žrtava. *Sigurnost* 2011;53:311–7.
 93. *Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL.* Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:984–91.
 94. *Glavina V.* Stres u policijskoj profesiji. *Polic Sigur* 2011; 20:32–46.
 95. *Pamuk O.* Stres na radnom mjestu u odjevnoj industriji. *Tekstil* 2007; 56:627–32.
 96. *Foro D.* Stres u obrazovanju. *Metodika* 2009;10:473–5.
 97. *Juras K, Knežević B, Golubić R, Milošević M, Mustajbegović J.* Stres na radu: Mjere prepoznavanja, rješavanja i prevencija. *Sigurnost* 2009; 51:121–6.
 98. *Čubrilo-Turek M, Urek R, Turek S.* Burnout Syndrome – Assessment of a Stressful Job among Intensive Care Staff *Coll Antropol* 2006;30:131–5.
 99. *Čatipović V, Bilonić G, Novalić D.* Analiza samoubojstava na području Bjelovarsko-bilogorske županije u razdoblju od 1988. do 2005. godine. *Liječ Vjesn* 2010;132:345–51.