

**ORGANIZACIJA ZAŠTITE
MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI**

THE ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH CARE IN COMMUNITY

SLAĐANA ŠTRKALJ IVEZIĆ, VLADO JUKIĆ, LJUBOMIR HOTUJAC,
MARIJA KUŠAN JUKIĆ, ANA TIKVICA*

Deskriptori: Službe za mentalno zdravlje u zajednici – organizacija; Psihijatrija – edukacija; Obiteljska medicina – edukacija; Mentalni poremećaji – dijagnoza, liječenje

Sažetak. Integracija psihijatrije u primarnu zdravstvenu zaštitu pomaže u ranom otkrivanju poremećaja, smanjenju stigme i djelotvornom liječenju mentalnih poremećaja. Psihijatrijska služba je glavni nosilac organizacije službe za mentalno zdravlje. Očekuje se sukladno praksi u Europi da liječnici obiteljske medicine značajnije sudjeluju u liječenju mentalnih poremećaja. Trajanje i sadržaj aktualne dodiplomske i poslijediplomske izobrazbe ne osposobljava liječnika dostatno za ovu ulogu. Rad uspoređuje sadašnje stanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s novonastalim potrebama te predlaže promjene, u skladu s činjenicom da se najbolji rezultati u ranom otkrivanju i liječenju mentalnih poremećaja postižu uz: a) organizaciju psihijatrije po modelu psihijatrije u zajednici; b) postojanje programa borbe protiv stigme; c) kontinuiranu edukaciju liječnika obiteljske medicine iz područja mentalnih poremećaja; d) mrežu psihijatar konzultanata.

Descriptors: Community mental health services – organization and administration; Psychiatry – education; Family practice – education; Mental disorders – diagnosis, therapy

Summary. Integration of the psychiatry in primary care is beneficial for the early detection of mental disorder, better outcome of mental disorder and reduction of stigma. Psychiatry is a leading profession in organisation of mental health services. General practitioners (GPs) in Europe deal with mental disorders in their everyday practice, so the same is expected in Croatia. Graduate and postgraduate education of our GPs is insufficient for this new role. The paper compares actual situation in Croatia with forthcoming needs. The paper suggests that community psychiatry, anti-stigma program, continuing medical education of GPs and network of consultant psychiatrists give the best results in the early detection and treatment of mental disorder.

Liječ Vjesn 2010;132:38–42

Interes za mentalno zdravlje je u porastu, kako među liječnicima i ostalim zdravstvenim radnicima tako i u općoj populaciji, a posljedica je, između ostalog, i objavljivanja epidemioloških podataka koji upozoravaju na vrlo visoku prevalenciju mentalnih poremećaja. Tako je, primjerice, jedan od najcitiranijih podataka u međunarodnim dokumentima o mentalnom zdravlju^{1,2} podatak da četvrtina stanovnika svijeta tijekom svog života ima makar jedan od mentalnih poremećaja. Često se spominje visoka stopa prevalencije depresije i predviđanje da će depresije 2020. godine postati vodećom bolesti na morbiditetnoj listi.¹ Posljednjih je godina velik broj međunarodnih dokumenata o zdravlju posvećen mentalnom zdravlju,^{1–4} a nekoliko se preporuka ponavlja. Preporučuju se liječenje u obiteljskoj medicini i organizacija psihijatrije po modelu psihijatrije u zajednici koji najbolje zadovoljavaju potrebe pacijenta s mentalnim poremećajem. Preporučuju se također programi borbe protiv stigme i diskriminacije zbog mentalnih poremećaja te stvaranje nacionalne politike mentalnog zdravlja.^{1–4} Posebice je važan Europski plan akcije za mentalno zdravlje⁴ koji se temelji na Deklaraciji o mentalnom zdravlju za Europu iz 2005. koju su potpisali ministri zdravlja članica Europske Unije i europske regije Svjetske zdravstvene organizacije, pa se stoga Deklaracija odnosi i na Hrvatsku. Utemeljen je na činjenicama o važnosti mentalnog zdravlja za cjelokupno zdravlje, rasprostranjenosti mentalnih poremećaja, pronađenju djelotvornih metoda liječenja, raširenosti stigme o

mentalnim poremećajima i diskriminacije povezane sa psihičkom bolešću koja negativno utječe na traženje pomoći i otežava integraciju oboljelih u zajednicu nastojeći ih isključiti umjesto uključiti u život zajednice.⁴ Navedeno je pokrenulo mnoge države da mentalnom zdravlju daju prioritet u nacionalnim programima i pokrenu programe borbe protiv stigme na nacionalnom nivou. Preporuke su našle odjeka i u našim psihijatrijskim krugovima te ujedinile psihijatrijska društva u stvaranju nacionalnog programa borbe protiv stigme i planiranju organizacije psihijatrijske službe prema modelu psihijatrije u zajednici.^{5,6} Od kasnih devedesetih 20. stoljeća Prijedlog reforme službe za mentalno zdravlje predan je sukcesivno trojici ministara zdravstva i svi su ga prihvatili. Nažalost, vrlo malo ili ništa od toga do sada nije ostvareno.

Psihijatrija nije jedina struka koja se bavi mentalnim zdravljem. Potrebno je naglasiti da mentalno zdravlje ne podrazumijeva samo odsutnost mentalnog poremećaja nego i

* Psihijatrijska bolnica Vrapče (doc. dr. sc. Slađana Štrkalj Ivezić, dr. med.; prof. dr. sc. Vlado Jukić, dr. med.), Klinika za psihijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb (prof. dr. sc. Ljubomir Hotujac, dr. med.), Dom zdravlja Istok, Zagreb (mr. sc. Marija Kušan Jukić, dr. med.), Opća bolnica Sv. Duh, Zagreb (Ana Tikvica, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Doc. dr. sc. S. Štrkalj Ivezić, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Bolnička c. 32, 10090 Zagreb, e-mail: sladjana.ivezic@bolnica-vrapce

Primljeno 3. prosinca 2007., prihvaćeno 28. srpnja 2009.

promicanje mentalnog zdravlja uz razvijanje psiholoških potencijala osobe koji će joj omogućiti optimalan razvoj i upotrebu vlastitih kapaciteta na svim područjima djelovanja. U ovom dijelu promicanja mentalnog zdravlja psihijatrija treba surađivati sa svim drugim strukama koje se bave ovim područjem kao što su, primjerice, javno zdravstvo, psihologija, socijalni rad i drugi. U organiziranju liječenja osoba s mentalnim poremećajem psihijatrija ima vodeću ulogu, što ne znači da isključuje i druge stručnjake koji su nužni u procesu liječenja i sprječavanju pojave bolesti. Integracija psihijatrije kao glavnog organizatora službe za mentalno zdravlje u sustavu zdravstva u primarnu zdravstvenu zaštitu pomaže ranom otkrivanju mentalnih poremećaja, redukciji stigme i efikasnijem liječenju mentalnih poremećaja.⁶

Zašto psihijatriju treba integrirati u primarnu zdravstvenu zaštitu, a liječnike obiteljske medicine naučiti dijagnosticirati i liječiti neke od mentalnih poremećaja?

Premda ima podataka u literaturi koji navode da na obraćanje liječniku obiteljske medicine zbog mentalnih poremećaja otpada više od 50% njegovih intervencija, ipak se čini realističnijim podatak da se prosječno kod 16 do 25%²⁻⁷⁻⁹ osoba koje se obraćaju liječniku obiteljske medicine može postaviti dijagnoza mentalnog poremećaja, što je isto tako velik broj pacijenata. Hrvatska nema aktualne epidemiološke pokazatelje o prevalenciji mentalnih poremećaja. Prema broju dijagnoza zabilježenih u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, učestalost korištenja zdravstvene zaštite zbog mentalnih poremećaja u obiteljskoj medicini u Republici Hrvatskoj iznosila je 2002. godine 3,8%,¹⁰ što znači da se duževni poremećaji nalaze na 10. mjestu. Vodeća dijagnostička podskupina bile su neuroze, afektivni poremećaji povezani sa stresom i somatoformni poremećaji s udjelom 58,3% u ukupnom broju utvrđenih duševnih poremećaja.¹⁰ Prema tome, manje od 10% ukupnog broja stanovnika zatražilo je pomoć zbog mentalnog poremećaja, što, naravno, ne govori o raširenosti mentalnih poremećaja koja bi prema procjenama trebala biti barem dvostruko veća.¹¹ U usporedbi sa svjetskim podacima i uzimajući u obzir činjenicu nepovoljnih socijalnih čimbenika, napose nedavnog rata, zbog čega možemo očekivati porast broja mentalnih poremećaja, ovaj mali broj mogao bi upućivati ili na neprepoznavanje mentalnih poremećaja u obiteljskoj medicini, potom na postojanje komorbiditeta somatske bolesti i mentalnog poremećaja (pri čemu se zabilježi dijagnoza samo somatske bolesti) ili na netraženje pomoći zbog mentalnog poremećaja (primjerice, zbog stigme psihičke bolesti). Prema nekim procjenama⁸ 20 do 30% pacijenata ima neprepoznati mentalni poremećaj, a razlozi neprepoznavanja su velikim dijelom nedovoljna educiranost liječnika obiteljske medicine, na koju upućuju i sami liječnici^{12,13} koji najčešće zbog prisutnosti somatskih simptoma (a oni su vrlo česti i u mentalnim poremećajima) postavljaju samo dijagnozu tjelesnog poremećaja. Procjenjuje se da 15% pacijenata sa somatskom dijagnozom ima i jednu od psihijatrijskih dijagnoza, a poznato je da psihička bolest može utjecati na ishod tjelesne bolesti. Tako je, primjerice, lošija prognoza izlječenja infarkta srca u osoba koje uz infarkt imaju depresiju.¹⁴⁻¹⁶

Epidemiološka istraživanja također pokazuju da se većina osoba s mentalnim poremećajima ne liječi.¹⁷ Ako traže pomoć, 20,8% osoba s dijagnozom mentalnog poremećaja obraća se specijalističkim službama, a njih 82,9% obraća se liječniku obiteljske medicine. To dodatno pokazuje koliko je važno da liječnik obiteljske medicine bude adekvatno

educiran u prepoznavanju i zbrinjavanju osoba s mentalnim poremećajem.¹⁷ Mentalni se poremećaji nalaze već godinama na prvome mjestu¹⁰ po broju korištenih dana bolničkog liječenja, što potvrđuje podatak da se 23,4% ukupnog broja dana bolničkog liječenja odnosno svaki 4. dan bolničkog liječenja 2005. godine koristio za skupinu mentalnih poremećaja.¹⁸ Ovaj podatak također upućuje da je liječenje mentalnih poremećaja u našoj zemlji usmjereno prema bolničkom sustavu liječenja, najvjerojatnije zbog nerazvijeno-ga psihijatrijskog liječenja u ambulantnim uvjetima. Štoviše, poremećaji koji se standardno ne liječe u bolničkim uvjetima, kao što su poremećaji prilagodbe, zatim posttraumatski, anksiozni i somatizacijski poremećaji (izuzev njihove najteže oblike), suviše su često razlogom hospitalizacije.¹⁰

Psihijatrija u nacionalnim planovima

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti¹⁹ zaštita mentalnog zdravlja predviđena je u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a provode je liječnici obiteljske medicine i psihijatri u centru za mentalno zdravlje. Pacijenti bi u centre za mentalno zdravlje mogli dolaziti izravno bez uputnice. Centri za mentalno zdravlje, kao koncept zaštite mentalnog zdravlja, nisu zaživjeli osim što postoji jedan centar na području Doma zdravlja Zapad u Zagrebu koji djeluje na razini probnog programa.

Plan reorganizacije Službe za mentalno zdravlje stvaran je i osmišljavan tijekom višegodišnjeg perioda²⁰⁻²³ te su ga poduprla vodeća psihijatrijska društva u Republici Hrvatskoj.²¹ Izradu plana pomogao je prof. Ivan Pavković s Katedre za psihijatriju Medicinskog fakulteta, Chicago, Illinois, SAD.²² Za izradu ovog plana Ministarstvo zdravstva osnovalo je Povjerenstvo koje je prestalo s radom nakon što je plan donesen i predan Ministarstvu. Prema ovom planu ključno je imenovanje koordinatora reforme u funkciji pomoćnika ministra zaduženog za mentalno zdravlje kako bi se osigurali početak, kontinuitet i uspješnost reforme.

Plan²⁰ se temelji na sljedećim načelima:

- 1) psihijatrijska zaštita specifičan je dio opće zdravstvene zaštite, a znači organiziranje i provođenje skrbi za osobe s duševnim poremećajima na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini (u domovima zdravlja, poliklinikama, dnevnim bolnicama, bolnicama, klinikama i zavodima);
- 2) psihijatrijska zaštita je sastavni dio sustava sveukupne zaštite mentalnog zdravlja, u kojoj osim psihijatrijske zaštite sudjeluju i primarna zdravstvena, socijalna i psihološka zaštita te zaštita koju provode vladine i nevladine organizacije i druge udruge;
- 3) psihijatrijska je služba glavni nositelj zaštite mentalnog zdravlja; i
- 4) program mjera prevencije u zaštiti duševnog zdravlja treba uvrstiti u standardni paket zdravstvenih usluga.

Preporuke²⁰ su dane nakon pomne analize situacije tijekom 1994. koja se od tada nije značajnije promijenila, stoga podatke možemo iznijeti u cijelosti s manjim korekcijama uzimajući u obzir aktualne promjene. Analizom situacije zaključeno je da se najveći broj bolesnika liječi bolnički, što ne zadovoljava potrebe svih bolesnika. Većina kreveta pripada krevetima u velikim psihijatrijskim bolnicama. U vrijeme stvaranja programa reorganizacije 1994. ukupan broj kreveta bio je 4594, a 2005. bilo ih je 4196.²⁴ Analiza je otkrila zanemariv broj psihijatrijskih ambulanta u domovima zdravlja, malen broj dnevnih bolnica i psihijatarata koji rade u privatnoj praksi. Unatoč smanjenju broja kreveta nije došlo do organizacije izvanbolničkih službi za liječenje

mentalnih poremećaja. Za razliku od drugih europskih zemalja, kod nas ne postoje različiti oblici skrbi s razrađenim programima primjereni potrebama pacijenata različitih dijagnostičkih skupina, koji bi omogućili liječenje mentalnih poremećaja prije i/ili nakon bolničkog tretmana. Dobra je vijest da unatrag godinu dana na razini probnog programa u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče djeluje Centar za rehabilitaciju čije financiranje još nije riješeno.

Predloženi su prioriteti za određene skupine populacije u zaštiti duševnog zdravlja,²⁰ a to su: osobe s višekratnim, dugotrajnim i čestim psihijatrijskim hospitalizacijama, osobe s neposrednim rizikom hospitalizacije koje bi mogle biti liječene u manje zahtjevnim uvjetima zajednice, osobe s dijagnozom ozbiljnih psihijatrijskih poremećaja (primjerice, shizofrenije), a kojima su usluge zaštite mentalnog zdravlja potrebne da bi mogle ostati u zajednici (osobe otpuštene iz psihijatrijskih ustanova), osobe s PTSP-om i drugim psihičkim poremećajima uzrokovanim ratom, osobe kojima je potrebna pomoć službe za krizna stanja, tj. procjena, probir i kratke ili neposredne terapijske intervencije u krizi, starije osobe s teškim duševnim poremećajima, subpopulacija forenzičkih psihijatrijskih bolesnika. Prioriteti su dječja i adolescentna psihijatrija, forenzička psihijatrija i dugotrajno hospitalizirani psihijatrijski bolesnici. Posebice treba istaknuti prioritarno mjesto edukacije i reedukacije bez čega je cjelokupan program neostvariv. S obzirom na to da je plan reorganizacije Službe za mentalno zdravlje²⁰ upućen u Ministarstvo zdravstva unatrag više godina, valja očekivati da će trebati unijeti i neke nove prioritete.

Inače je za njegovo ostvarenje planirana mreža psihijatrijske zaštite kako slijedi:

- 1) regionalni raspored prema stupnju organiziranosti područja, prometne povezanosti, specifične naseljenosti te dostupnosti;
- 2) organiziranje različitih oblika službi, posebno za određene bolesti i rizične populacije;
- 3) određivanje sadržaja skrbi i vrsta službi psihijatrijske zaštite koje moraju biti regionalno prisutne.

Sadržaj skrbi i vrsta psihijatrijske zaštite definiran je u prijedlogu pravilnika o uvjetima koje moraju zadovoljavati zdravstvene ustanove u pogledu opreme, prostora i kadrova za područje psihijatrije, te je naveden i 4) okvir za planiranje brojčanih pokazatelja mreže.²⁰

Program²⁰ predviđa osnivanje regionalnih centara i zona unutar regionalnih centara, koji bi se osnivali poštujući specifičnosti potreba određenih regija/zona. Regionalni centri bili bi Zagreb, Split, Rijeka i Osijek kojima gravitira oko 1 000 000 stanovnika. Zone bi bili integralni dijelovi regije, a odgovarale bi područjima naših županija (od 75 000 do 200 000 stanovnika). Regionalni centri bili bi odgovorni za postavljanje organizacije koja bi osiguravala različite vrste usluga i različite terapijske sredine poštujući specifičnosti svake pojedine regije i zone. Sve to znači da organizacija službe za mentalno zdravlje počiva na odgovornosti određene regije za mentalno zdravlje populacije te regije, dostupnosti sustava službi za bolesnike koja uključuje multidisciplinarni tim, kontinuitet povezanosti sa svim dijelovima sustava i sa svim stručnjacima koji rade u sustavu, uključujući i liječnika primarne zdravstvene zaštite. Takvim načinom organizacije službe za mentalno zdravlje nudila bi se mogućnost liječenja u različitim terapijskim sredinama, različite intervencije i posebni programi u odnosu na specifične potrebe određene populacije ili dijagnostičke skupine, lokalno u zajednici. Sustav nudi usluge i lako dostupne informacije o mogućnostima liječenja korisnicima usluga/pacijentima. Centar za mentalno zdravlje, smješten u domu

zdravlja, ključna je okosnica sustava koji na raspolaganju ima sve terapijske intervencije i mogućnost različitih terapijskih sredina osim bolničke. Služba za mentalno zdravlje primjenjuje metode evaluacije/kontrole kvalitete i provodi istraživanja važna za epidemiološku procjenu stanja, procjenu kvalitete usluga i rezultata liječenja. Za pokretanje cijelog procesa reforme ključno je imenovanje koordinатора reforme za mentalno zdravlje kojeg bi trebao imenovati ministar zdravstva i socijalne skrbi. Također je za uspješno funkcioniranje sustava potrebno osigurati adekvatno financiranje.²⁰

Dotadno, Hrvatski zavod za javno zdravstvo u opisu svojih poslova ima obavljanje djelatnosti mentalnog zdravlja. Prema zakonu iz 2008. godine²⁵ Zavod za javno zdravstvo mora organizirati zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti na području jedinice područne (regionalne) samouprave. Zavodi za javno zdravstvo nisu trenutačno stručno ekipirani za provođenje aktivnosti na području mentalnog zdravlja, izuzev ovisnosti, niti su poznati dijagnostički i terapijski postupci koji bi se trebali provoditi. Uloga i sadržaj rada Zavoda za javno zdravstvo na području mentalnog zdravlja zahtijevaju stručnu raspravu. Hrvatski zavod za mentalno zdravlje koji bi trebao imati važnu ulogu u organizaciji psihijatrijske službe dosada nije započeo s radom.

Na kraju, potrebno je nešto iznijeti i o postojećem sustavu zaštite mentalnog zdravlja koji zbog nerazvijenosti izvanbolničkih programa najviše ovisi o bolničkom liječenju te na taj način prevenira beskućništvo.

Nacionalni program za borbu protiv stigme i diskriminacije zbog mentalnog poremećaja

Danas je poznato da su negativni stavovi prema mentalnim poremećajima i oboljelim osobama zapreka u liječenju i traženju pomoći zbog mentalnog poremećaja te su na taj način ozbiljna prijetnja mentalnom zdravlju populacije. Stoga su mnoge države u svijetu započele različite aktivnosti borbe protiv stigme i diskriminacije zbog mentalnih poremećaja. Hrvatski nacionalni program planiran je kao zajednički program Hrvatskoga liječničkog zbora i Hrvatskoga psihijatrijskog društva uz pokroviteljstvo Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi.⁵ Program uključuje sve psihičke poremećaje i predviđa suradnju sa sličnim programima u svijetu, a u svom dijelu borbe protiv stigme shizofrenije predvidio je uključivanje u program Svjetske psihijatrijske udruge. Nacionalni odbor odgovoran je za planiranje edukacije sudionika u programu, koordinaciju i evaluaciju programa, a regionalni odbori odgovorni su za implementaciju programa na regionalnom nivou. Program će obuhvatiti sve stručnjake koji sudjeluju u liječenju osoba s mentalnim poremećajima, medije, pacijente i članove njihove obitelji, kao i pučanstvo u cjelini. Ciljevi programa su povećanje znanja o mentalnim poremećajima, povećanje svijesti o važnosti stigme, promjena negativnih stavova u svim ciljanim skupinama, odnosno smanjenje stigme i diskriminacije zbog mentalnih poremećaja.⁵ Kako su liječnici obiteljske medicine uglavnom osobe prvog kontakta s osobama koje imaju mentalne poremećaje, nužno ih je dobro upoznati s antistigmatskim programom i njegovim ciljevima.

Kako su liječnici obiteljske medicine pripremljeni za liječenje mentalnih poremećaja?

Prema postojećoj europskoj praksi i preporukama svjetskih dokumenata, liječnici obiteljske medicine u svijetu

značajno sudjeluju u liječenju mentalnih poremećaja, u njihovoj prevenciji i prepoznavanju. Da bi liječnici opće medicine mogli odgovoriti ovom zadatku, trebali bi, prema preporukama Europske unije specijalista medicine (UEMS),²⁶ imati kontinuiranu edukaciju iz područja psihijatrije. Nažalost, većina liječnika u sadašnjoj situaciji nije spremna odgovoriti ovom zadatku. Tek posljednjih godina odobrava se specijalizacija iz obiteljske medicine, a u međuvremenu većina liječnika raspomagala je znanjima iz psihijatrije koja su stekli na studiju medicine. Također, nije postojala ni obveza poslijediplomske kontinuirane edukacije iz područja psihijatrije za liječnike obiteljske medicine. Današnja dodiplomska edukacija iz psihijatrije u trajanju od 3 tjedna nije dovoljna da osposobi liječnike za dijagnosticiranje i liječenje mentalnih poremećaja. Edukacija se održava isključivo u bolničkim uvjetima tako da studenti susreću većinu bolesnika s dijagnozama psihotičnog poremećaja koje u pravilu neće liječiti u svojoj praksi. Stoga je velik dio poremećaja mentalnog zdravlja koje susreću liječnici primarne zdravstvene zaštite nedostavno obuhvaćen u nastavnom programu iz psihijatrije. Prema preporukama Svjetske psihijatrijske udruge (SPU) koje je prihvatila i Sekcija UEMS-a za područje psihijatrije, preporučuje se dodiplomska edukacija iz psihijatrije u trajanju od 8 tjedana.²⁷ U tom periodu studenti bi trebali naučiti prepoznavati i dijagnosticirati mentalne poremećaje, biti informirani o dijagnosticiranju i liječenju psihotičnih poremećaja, naučiti liječiti nepsihotične poremećaje, kao i prepoznati bolesnike koje treba uputiti psihijatru. Stoga je potrebno revidirati nastavni program postojećeg predmeta Psihijatrija te sukladno principima moderne medicinske edukacije integrirati psihološki aspekt i poremećaje mentalnog zdravlja u nastavni program svih drugih kliničkih predmeta. Na taj će se način postići realna zastupljenost i osigurati primjerenost nastavnih sadržaja iz psihijatrije u diplomskoj edukaciji doktora medicine odnosno liječnik koji završi medicinski fakultet i položi državni ispit postići će kompetencije za zbrinjavanje pacijenta s mentalnim poremećajima koje bi prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti trebao imati.

Ni postojeći plan specijalističkog usavršavanja iz obiteljske medicine objavljen u Narodnim novinama,²⁸ ne jamči potrebna znanja i vještine liječnika obiteljske medicine za liječenje mentalnih poremećaja. S obzirom na činjenicu da možemo očekivati da će 25% pacijenata koji se obraćaju liječniku u obiteljskoj medicini imati dijagnozu mentalnog poremećaja odnosno oko 900 000 osoba u Hrvatskoj, velik broj tih osoba trebao bi biti liječen u ambulantama obiteljske medicine, drugih ambulanti liječnika na nivou primarne zdravstvene zaštite, kao što su pedijatar, ginekolog, liječnik medicine rada, liječnik školske medicine, sa sigurnošću možemo tvrditi da sadržaji iz psihijatrije ni trajanje edukacije u dodiplomskoj i poslijediplomskoj edukaciji iz psihijatrije nisu dostatni da bi liječnici primarne zdravstvene zaštite kompetentno mogli liječiti psihijatrijske pacijente koji će biti u njihovoj nadležnosti. Rad liječnika obiteljske medicine kao i drugih stručnjaka u Balintovim grupama, pokazao je koliko je važna edukacija o holističkom i psihoterapijskom pristupu bolesniku u svakodnevnom radu te koliko se oni razlikuju u pristupu bolesniku od liječnika »nebalintovac«.²⁹ Također, liječnici obiteljske medicine sa zadovoljavajućim dodiplomskim psihološkim obrazovanjem ili kasnijom doedukacijom iz tog područja značajno manje propisuju psihotropne lijekove.³⁰

Dakle, današnja dodiplomska i poslijediplomska edukacija (specijalističko usavršavanje), kao i nepostojanje obvez-

ne kontinuirane edukacije iz područja mentalnog zdravlja, ne osposobljavaju liječnika obiteljske medicine za posao koji je u njegovoj nadležnosti. Nedostaci bi se mogli sumirati kao nedostatak znanja i vještina za liječenje mentalnih poremećaja koji uključuju osposobljenost za psihofarmakološko liječenje i primjenu psiholoških metoda savjetovanja i uspostavljanja terapijskog odnosa liječnik – pacijent, nedostatak samopouzdanja da mogu uspješno liječiti mentalne poremećaje, nedostatak vremena za dijagnosticiranje i liječenje mentalnih poremećaja, opterećenost negativnim stavovima prema mentalnim poremećajima i mogućnostima njihova liječenja.

Koje su mogućnosti prevladavanja ovih teškoća?

Da bi se liječnik obiteljske medicine osposobio za liječenje mentalnih poremećaja koji su u njegovoj kompetenciji kao što su, primjerice, blagi i srednje teški oblici depresije, anksiozni poremećaji, somatizacijski poremećaji i poremećaji prilagodbe, morao bi dobiti:

- primjerenu edukaciju (poslijediplomsku, tijekom specijalističkog usavršavanja iz obiteljske medicine i trajnu) koja će im omogućiti znanja i stjecanje vještine za dijagnosticiranje i liječenje navedenih mentalnih poremećaja; svakako treba napomenuti da u edukaciji liječnika pojedinih specijalističkih disciplina primarne zdravstvene zaštite koji susreću specifične mentalne poremećaje iz svoje specijalnosti (kao što je školska medicina, pedijatrija) trebaju sudjelovati stručnjaci različitih profila odnosno pristup edukaciji iz poremećaja mentalnog zdravlja u specijalističkom i trajnom usavršavanju liječnika primarne zdravstvene zaštite nužno mora biti multidisciplinarnan; nakon bazičnog osposobljavanja za liječenje mentalnih poremećaja, trebalo bi planirati kontinuiranu medicinsku edukaciju iz područja psihijatrije; stručna psihijatrijska društva prepoznala su ovu potrebu liječnika obiteljske medicine za edukacijom pa su povremeno organizirala predavanja, tečajeve i izdala prikladne publikacije namijenjene liječnicima obiteljske medicine za liječenje depresije i anksioznih poremećaja; edukacija liječnika obiteljske medicine iz ovog područja treba biti sustavno planirana;
- dostupnu konzultantsku službu – liječnici obiteljske medicine trebali bi imati mogućnost kontinuirane konzultacije s liječnikom psihijatrom koji bi bio licenciran za konzultacije i imao naziv psihijatar konzultant; prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti djelovanje na primarnoj razini zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja uvrstilo je centre za mentalno zdravlje u ustanove primarne zdravstvene zaštite što osigurava bolju i lakšu dostupnost psihijatra – konzultanta liječnicima obiteljske medicine; pristup pacijenta u takvom sustavu bio bi izravan, bez uputnice; psihijatrija bi vezano za dostupnost trebala imati poseban status koji bi omogućio jednostavnu komunikaciju između različitih dijelova bolničkog i izvanbolničkog sustava koji osim Centra za mentalno zdravlje uključuju i druge službe u zajednici; psihijatar u zajednici u Centru za mentalno zdravlje u Domu zdravlja i izvan njega najdostupniji je konzultant, koji zbog poznavanja lokalne situacije i liječnika primarne zaštite može vrlo dobro i blisko surađivati sa svima (liječnikom obiteljske medicine, školom, školskim liječnikom, patronažnom sestrom te svim drugim subjektima u zajednici) koji sudjeluju u

neposrednoj skrbi za bolesnika; multidisciplinarni tim koji radi u Centru za mentalno zdravlje i drugim službama u zajednici mogao bi pružiti značajnu pomoć u liječenju osoba s mentalnim poremećajima u ambulantama obiteljske medicine; uspostavljenje sustava organizacije psihijatrije prema modelu psihijatrije u zajednici olakšao bi i ubrzao ove promjene u sustavu primarne zdravstvene zaštite, kao i značajno pridonio destigmatizaciji mentalnih poremećaja kod nas.

Zaključak

U Hrvatskoj je prepoznata potreba organiziranja psihijatrije prema modelu psihijatrije u zajednici što je model organizacije službe koji najbolje zadovoljava potrebe osoba s mentalnim poremećajem, ali nažalost još nije zaživio u praksi. Psihijatrija treba organizirati službu za mentalno zdravlje na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Liječnici obiteljske medicine u ovoj organizaciji zauzimaju važno mjesto. Zbog visoke prevalencije mentalnih poremećaja liječnici obiteljske medicine trebaju biti osposobljeni za prepoznavanje, liječenje nekomplikiranih poremećaja i prepoznavanje bolesnika koje treba uputiti specijalističkoj službi. Sagleđavajući dugogodišnju praksu da su svi mentalni poremećaji u isključivoj nadležnosti psihijatrije, kao i činjenicu da se veliki broj pacijenata liječi bolnički zbog nerazvijenosti izvanbolničke službe uz vrlo izražene predrasude (stigma) u društvu prema pacijentima i psihijatriji u cjelini, ovaj će proces biti postupan i dugotrajan. Kako bi se što prije mogli dosegnuti ciljevi, a to su organizacija psihijatrije u zajednici i osposobljavanje liječnika obiteljske medicine za liječenje mentalnih poremećaja u njihovoj stručnoj kompetenciji, treba reorganizirati edukaciju studenata medicine, specijalističko usavršavanje iz obiteljske medicine, organizirati kontinuiranu edukaciju iz psihijatrije za područje obiteljske medicine, osposobiti psihijatre konzultante te razviti mrežu konzultanata koja će pokriti sve liječnike obiteljske medicine. Svakako je nužno uključiti liječnike obiteljske medicine u program borbe protiv stigme mentalnog poremećaja. Preporučuje se revizija nastavnih programa iz područja psihijatrije prema preporukama SPU na dodiplomskoj nastavi i u skladu sa svjetskim programima na poslijediplomskoj razini (specijalističko usavršavanje) uključujući sadržaj i trajanje edukacije.

LITERATURA

1. The Athens Declaration on Mental Health and Man-made Disasters, Stigma and Community Care Atena, 2001. Dostupno URL: http://who-kosovo.exclusion.net/pdf/athens_declaration.pdf. Pristup 18. 11. 2007.
2. *The World Health Report 2001*. Mental Health: New understanding – new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. Dostupno URL: <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>. Pristup 18. 11. 2007.
3. *WHO Department of Mental Health and Substance Dependence*. Introducing the WHO Mental Health Policy Project The First International Forum on Mental Health and Service Development, Tunis, 2002. Dostupno URL: http://www.who.int/mental_health/policv/en/First%20Forum%20Tunis%20report.pdf. Pristup 18. 11. 2007.
4. *Mental Health Action Plan for Europe*. Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki: WHO European Ministerial Conference on Mental Health; 2005. Dostupno URL: <http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>. Pristup 18. 11. 2007.
5. *Štrkalj Ivezić S*. Nacionalni program borbe protiv stigme psihičke bolesti. 42. međunarodni neuropsihijatrijski simpozij, Pula; 2002, str. 36.
6. *Jukić V, Hotujac Lj, Ivezić-Štrkalj S*. Mjesto psihijatrije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. 5. kongres management u zdravstvu. Sažeci radova, Zagreb; 2003, str. 17.
7. *Lipkin M*. Primary care and psychiatry. U: Saddock BJ, Saddock VB, ur. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7. izd. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
8. *Department of Health: National Service Frameworks for Mental Health*. Modern Standards and Service Models. Dostupno URL: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009598. Pristup 8. 11. 2007.
9. *Russell G, Potter L*. Mental health issues in primary healthcare. *J Clin Nurs* 2002;11:118–25.
10. *Hrvatski zavod za javno zdravstvo*. Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb; 2004. Dostupno URL: http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kronmas/mental_bilten 2004. Pristup 18. 11. 2007.
11. *Hrabak-Žerjavić V, Silobrić-Radić M*. Epidemiologija duševnih bolesti i poremećaja. U: Vorko-Jović A, Strnad M, Rudan I, ur. Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti. Zagreb: Laser plus; 2007, str. 150–67.
12. *Sivik T*. Education of general practitioners in psychosomatic medicine. Effects of a training program on the daily work at swedish primary health centers. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:375–9.
13. *Nelsen JM, Vedsted P, Olesen F*. The postgraduate training of general practitioners in communication and counselling. A questionnaire survey in the county of Aarhus. *Ugeskr Laeger* 2002;64:895–9.
14. *Wulsin LR*. Is depression a major risk factor for coronary disease? A systematic review of the epidemiologic evidence. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12:79–93.
15. *Frasure-Smith N, Lesperance F*. Recent evidence linking coronary heart disease and depression. *Can J Psychiatry* 2006;51:730–7.
16. *Glassman AH*. Depression and cardiovascular comorbidity. *Dialogues Clin Neurosci* 2007;9:9–17.
17. *Parikh SV, Lin E, Lesage AD*. Mental health treatment in Ontario: selected comparisons between the primary care and specialty sectors. *Can J Psychiatry* 1997;42:929–34.
18. *Hrvatski zavod za javno zdravstvo*. Služba za epidemiologiju kroničnih masovnih bolesti. Zagreb; 2007. Dostupno URL: <http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kronmas/dusevne.htm>. Pristup 18. 11. 2007.
19. *Jadro D, Hrabrić M, Kramarić D*. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. U: Klepo M, Nanković V, Mihaljević M, ur. Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem. Zagreb: Udruga poslodavaca u zdravstvu; 2003.
20. *Hrvatsko psihijatrijsko društvo, HLZ Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju*. Plan reorganizacije službe za mentalno zdravlje u RH. Zagreb, 2001.
21. *Hotujac Lj*. Reorganizacija hrvatske psihijatrije. *Medicus* 1998;7:9–14.
22. *Pavković I*. Kako nas vide izvana? *Medicus* 1998;7:9–14.
23. *Perković T*. Psihijatrijska zaštita. U: Perković T, ur. Pristup suvremenoj organizaciji. Zagreb: Medicinska knjiga; 1997.
24. *Hrvatski zavod za javno zdravstvo*. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2005. godinu. Zagreb, 2006. Dostupno URL: http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_lietopis/A_2005 WEB 07 STAC.pdf. Pristup 18. 11. 2007.
25. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine. 2008, 150. Dostupno URL: <http://narodne-novine.nn.hr/default.aspx>. Pristup 22. 12. 2008.
26. *UEMS Section of Psychiatry*. Quality Assurance Standards in Specialist Psychiatric Care Final Report. Prag, 2001. Dostupno URL: <http://www.uempsychiatry.org/common/annualReports/annual2001.pdf>. Pristup 17. 02. 2010.
27. *World Psychiatric Association & World Federation for Medical Education*. Task Force Core Curriculum in Psychiatry for Medical Students. WPA, 2002. Dostupno URL: <http://www.worldpsychiatricassociation.org/education/core-curric-eng.shtml>. Pristup 17. 02. 2010.
28. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika. Narodne novine. 1994, 33. Dostupno URL: <http://narodne-novine.nn.hr>. Pristup 17. 02. 2010.
29. *Stojanović-Špehar S, Blažeković-Milanković S, Kambrija S i sur*. Anksiozni bolesnik u obiteljskoj medicini – Balintov pristup. *Medix* 2007; 71:111–4.
30. *Kisey S, Linden M, Bellantuono C, Simon G, Jones J*. Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychol Med* 2000;30:1217–25.