



ZBORNİK RADOVA

KONFERENCIJA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM
"STIGMA I AKTIVNOSTI ZA SIGURNOST
U LIJEČENJU I REHABILITACIJI
DUŠEVNOG BOLESNIKA", POPOVAČA 2008.

IMPRESUM

Izdavač: Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji »Sretna obitelj«

Urednica: Mr. sc. Ema N. Gruber, dr. med., spec. psihijatar

Autori (abecednim redom):

Aukst-Margetić, Branka
Beronić, Paula
Brohan, Elaine
Cerančević, Vesna
Elgie, Rodney
Fridman, Monica
Gruber, Ema Ničea
Knez-Turčinović, Marjeta
Martić- Biočina, Sanja
Mustapić, Jelena
Novo, Ahmed
Nuhić, Maida
Stameniće, Valerija
Štrkalj-Ivezić, Slađana
Žarković-Palijan, Tija

Ilustracije na naslovnoj stranici:

Sara Vučković

Recenzenti:

Prof. dr. sc. Dražen Begić, dr. med.
Prim. mr. sc. Elvira Koić, dr. med.
Tatjana Nemeth-Blažić, dr. med.
Nevenka Poldrugovac-Prcić, dr. med.

Lektura: Danijela Mesar

Tisak: »Vemako Tisak«, Lučko, Zagreb, 2008.

Internet izdanje

ISBN **978-953-55212-0-4**

ISBN **978-953-55212-0-4**

Tiskani radovi preuzeti su u izvornom obliku.
Naklada 300 primjeraka.

Tiskanje ove publikacije omogućeno je financijskom potporom i pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi

Udruga »Sretna obitelj« zahvaljuje za volonterski rad u izradi knjige urednici i autorima.

KONFERENCIJA S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

STIGMA I AKTIVNOSTI ZA SIGURNOST U LIJEČENJU I REHABILITACIJI DUŠEVNOG BOLESNIKA

ZBORNİK RADOVA



Organizator: Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i podizanje kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji »Sretna obitelj«

Mjesto održavanja: Neuropsihijatrijska bolnica »Dr. Ivan Barbot«, Popovača

Vrijeme održavanja: 16. lipnja 2008.

Urednica zbornika: Ema N. Gruber

Organizatori konferencije:

**UDRUGA ZA UNAPREĐENJE DUŠEVNOG ZDRAVLJA I
KVALITETE ŽIVOTA DUŠEVNOG BOLESNIKA I NJEGOVE
OBITELJI »SRETNA OBITELJ«**

p.p. 31, 44 317 Popovača

Mob.: 091/ 522 40 58

emagruber2000@yahoo.com

www.sretnaobitelj.odlican.net

NEUROPSIHIJATRIJSKA BOLNICA »DR. IVAN BARBOT«

44 317 POPOVAČA, p. p. 30, Jelengradska 1

Tel.: 044/ 569 200

www.npbp.hr, e-mail: bolnica-popovaca@sk.htnet.hr

**Skup je bodovan od strane Liječničke komore i Komore
medicinskih sestara kao stručno usavršavanje**

**U sklopu Konferencije organizirano je razgledanje bolnice
(10-12 sati) i domjenak uz zabavni program KUD Popovača
(14-15sati).**

**Konferencija je održana pod pokroviteljstvom Ministarstva
zdravstva i socijalne skrbi.**

RECENZIJA

Ova je knjiga zbornik radova s godišnje konferencije Udruge za unapređenje duševnog zdravlja i podizanje kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji »Sretna obitelj«. Ovaj već tradicionalni skup s međunarodnim sudjelovanjem održava se u Neuropsihijatrijskoj bolnici »Dr. Ivan Barbot« u Popovači, a namijenjen je oboljelima od duševne bolesti, članovima njihovih obitelji, ali i svima koji se u svakodnevnom radu susreću sa psihijatrijskom bolešću. Ona je danas društveni, medicinski i etički problem.

Osnovni su ciljevi ove konferencije, pa tako i knjige, upozoravanje na problem stigme u psihijatriji, predlaganje postupaka za uklanjanje i smanjivanje stigme i njezinih posljedica te jačanje procesa rehabilitacije duševnih bolesnika.

Zbornik je sastavljen od osam priloga petnaestero autora različitih profesionalnih usmjerenja koji, svatko na svojem području, djeluju u borbi protiv stigme duševnog bolesnika. Knjiga je podijeljena u dvije cjeline: prva je usmjerena na samu stigmom, a druga govori o sigurnosti duševnih bolesnika.

S. Štrkalj-Ivezić opisuje stigmom prema duševnim bolesnicima i razgraničava ju prema predrasudama i diskriminaciji, pri čemu upozorava i na etičke probleme stigmatizacije.

I. Prošev iznosi iskustva o mijenjanju stavova prema duševnom bolesniku u Međimurskoj županiji od 1991. godine. Zalažući se za uvođenje termina propaganda, pokazuje kako su ovakve aktivnosti bitno pridonijele smanjenju stigme u spomenutoj regiji.

B. Aukst-Margetić opisuje iskustva iz bolnice »Dr. Ivan Barbot« i prikazuje rezultate vlastitih istraživanja na dvjema skupinama bolesnika (oboljelima od shizofrenije i posttraumatskog stresnog poremećaja).

R. Elgie opisuje stigmom prema duševnoj bolesti u europskom kontekstu.

E. N. Gruber, R. Elgie, E. Brohan i S. Martić-Biočina prikazuju preliminarne rezultate istraživanja udruge »Sretna obitelj«. Ovo je istraživanje dio paneuroskog istraživanja koje je 2007. godine u 20 europskih zemalja pokrenula organizacija GAMIAN-Europe. To je međunarodna organizacija koja okuplja udruge i zastupa prava duševnih bolesnika. Istraživanje je usmjereno na tri aspekta stigme: samostigmatizaciju, doživljaj obezvrjeđenja i diskriminacije te osnaživanje osoba koje boluju od psihičkih poremećaja.

V. Stamenić daje pregled preventivnih aktivnosti za poboljšanje sigurnosti bolesnika u Republici Hrvatskoj.

A. Novo i M. Nuhić prikazuju iskustva iz Univerzitetsko-kliničkog centra Tuzla u provođenju aktivnosti za sigurnost psihijatrijskih bolesnika.

M. Knez-Turčinović, J. Mustapić i T. Žarković-Palijan pišu o sigurnosti forenzičnih bolesnika u neuropsihijatrijskoj bolnici u Popovači.

E. N. Gruber, B. Aukst-Margetić, V. Cerančević i P. Beronić predstavljaju aktivnosti udruge »Sretna obitelj«.

Ova je knjiga bitan doprinos daljnjoj destigmatizaciji duševnih bolesnika. Uz teorijske postavke daje i praktične smjernice za smanjivanje stigme svima koji su u doticaju s duševnim bolesnicima. Ona je pomoć ne samo stručnjacima, nego i korisno štivo bolesnicima i članovima njihovih obitelji.

Sa željom za nastavkom uspješnog rada udruge »Sretna obitelj«, očekujemo i sljedeća izdanja ove knjige.

Prof. dr. sc. Dražen Begić, spec. psihijatar,
Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb

RECENZIJA

„Tu dobri su ljudi“

Zbornik radova Konferencije s međunarodnim sudjelovanjem "Stigma i aktivnosti za sigurnost u liječenju i rehabilitaciji duševnog bolesnika", koja je održana u Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači, u lipnju 2008. godine, predstavlja cjelinu koja je kruna niza dosadašnjih bogatih aktivnosti organizatora Udruge za unapređenje duševnog zdravlja i podizanje kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji „Sretna obitelj“.

Urednica mr.sc. Ema Ničea Gruber uspjela je u potpunosti prenijeti duh Konferencije, kao i sadržajno bogate i različite prezentacije aktivnih i u stručnoj javnosti cijenjenih sudionika, koji su svi bogati iskustvom u radu na poljima socijalne psihijatrije. Cijeli zbornik ostavlja utisak "Tu dobri su ljudi", kako bi rekao mr.sc. dr Igor Prošev.

Govorilo se o stigmati duševne bolesti, stavovima i načinima njihovog mijenjanja tijekom vremena, preventivnim mjerama, sigurnosti pacijenata i posebno forenzičkih bolesnika, kao i različitim pristupima u rehabilitaciji, ali i u očuvanju ljudskih prava duševnih bolesnika i onih koji rade s njima. Predstavljeni su i programi koji se provode u bolnici specijaliziranoj za liječenje baš te populacije, u koji su uključeni i brojni članovi obitelji bolesnika, od sportskih i "wellness" programa, do suportivnih i edukacijskih grupa i udruga za podizanje kvalitete života, kakva je i "Sretna obitelj". Zanimljivo je vidjeti razliku u percepciji samih bolesnika, kod nas i u Europi, o čemu je s pravnog aspekta referirao Rodney Elgie. Predstavnicu Ministarstva zdravstva prezentirala je preventivne mjere za poboljšanje sigurnosti bolesnika u Hrvatskoj, a predstavnik ureda Svjetske zdravstvene organizacije za Bosnu i Hercegovinu o aktivnostima u BiH. No, najzanimljivije su ipak prezentacije aktivnosti Udruge "Sretna obitelj", a posebno rezultati sudjelovanja u Gamian-stigma istraživanju.

Na jednom mjestu u knjizi stoji poslovice: *Griješiti je ljudski, ne priznati grešku je neprihvatljivo, a ne učiti iz greške je nedopustivo..*

Time kao da se pokušava opravdati moguće mane kojih zapravo nema u priloženom štivu.

Radi se o važnom edukacijskom i stručnom sadržaju, koji je dostupan i razumljiv svima kojima je potreban i koje bi mogao zanimati. Posebno je dragocjeno to što su svi tekstovi samo izraz praktičnih iskustava ljudi koji doista rade s duševno bolesnim osobama i koji ih doista razumiju.

Zbog svega toga ovaj Zbornik treba preporučiti kao dio svakodnevne literature onima koji traže informacije o duševnim bolestima, ali i kao priručnik u edukaciji i liječenju. Zbornik je nesebično objavljen i na internetskim stranicama Udruge "Sretna obitelj",

što je način za povećanje dostupnosti korisnih informacija i svakako važan iskorak u anti-stigma aktivnostima.

Urednici i svim njenim suradnicima čestitam na dragocjenom prilogu našoj ne prebogatoj stručnoj literaturi o ovom području mentalnog zdravlja.

prim. mr.sc.Elvira Koić, dr.med.
specijalist psihijatar, uža specijalizacija – socijalna psihijatrija i psihijatrija u zajednici,
voditeljica Odjela psihijatrije u Općoj bolnici Virovitica

RECENZIJA

Ovaj zbornik radova obrađuje dvije teme koje su veoma bitne za osiguranje i unapređenje kvalitete cjelokupne skrbi za duševnog bolesnika: stigmatu i diskriminaciju duševnih bolesti te sigurnost u liječenju i rehabilitaciji duševnog bolesnika

Stigma i diskriminacija osoba oboljelih od određenih bolesti ili s određenim oštećenjima nisu novi fenomeni. Stalni su pratitelji psihičkih, ali i još nekih bolesti – npr. od početaka prate oboljele od HIV-bolesti i AIDS-a.

Izazivaju ih različite pojave u društvu kao što su nedostatak informacija o bolesti, nerazumijevanje i strah od bolesti, mitovi o nastanku bolesti, predrasude vezane uz bolest i rizične čimbenike, neodgovorno medijsko praćenje. Stigmatu možemo definirati kao pojavu koja značajno diskreditira pojedinca u očima drugih ljudi. Posljedice stigme također značajno djeluju na način na koji pojedinci doživljavaju sami sebe. Stigma je razarajući osjećaj na individualnoj razini jer vodi osjećajima stida, krivnje i izolacije. Također, takvi negativni stavovi dovode do toga da ostali, svojim propustima ili djelima, uzrokuju i pojačavaju patnje stigmatiziranih skupina usrađujući im pojedine usluge kao što su npr. pravo na liječenje, rad ili školovanje. Takvi postupci predstavljaju diskriminaciju i vode kršenju ljudskih prava. Diskriminacija nastaje povlačenjem distinkcije pojedine osobe zbog čega je ophođenje s njom nekorektno i nepravedno, a provodi se na osnovi njezine (stvarne ili percipirane) pripadnosti pojedinoj skupini. Stigma i diskriminacija često su povezane s kršenjem ljudskih prava i velika su smetnja u prevenciji bolesti s kojima su povezane, osiguravanju odgovarajuće njege, podrške i liječenja. Sve zajedno pridonosi negativnom utjecaju na individualnoj razini (uzrokuje anksioznost i stres koji sami po sebi pridonose razvoju bolesti), obiteljskoj razini (generira sramotu koja dovodi do povlačenja obitelji i sprječava njihovo uključivanje u pozitivne društvene akcije) i na društvenoj razini (diskriminacija potkrepljuje pogrešno vjerovanje da su takve aktivnosti opravdane i prihvatljive te da su oboljeli sami krivi za svoje probleme). Bitno je boriti se protiv stigme i diskriminacije jer osim njihova nepovoljnog utjecaja na pojedinca, negativno utječu i na uspjeh preventivnih programa. Strah od diskriminacije sprječava ljude u traženju stručne liječničke pomoći i ostalih medicinskih usluga. Na taj način osobe oboljele od nekog psihičkog poremećaja (ili neke druge bolesti koja je povezana sa stigmom i diskriminacijom, npr. HIV/AIDS) ostaju bez prijeko potrebnih zdravstvenih usluga.

Sigurnost u liječenju i rehabilitaciji duševnog bolesnika bitna je za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite u području skrbi za duševne bolesnike. Kada govorimo o sigurnosti psihičkog bolesnika, ali i zdravstvenih djelatnika, potrebni

su planiranje, organizacija, provedba te evaluacija preventivnih mjera na svim razinama zdravstvene zaštite i u svim fazama liječenja.

Vjerujem da će aktivan rad na konferenciji u organizaciji Udruge za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji »Sretna obitelj« i pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, kroz predstavljena predavanja, omogućiti donošenje zaključaka i preporuka koje će unaprijediti spoznaje o duševnim bolestima, ojačati zagovaranje rješavanja određenih problema te pridonijeti boljem liječenju duševnih bolesnika i omogućiti njihovo potpunije i kvalitetnije uključivanje u normalan život.

Tatjana Nemeth-Blažić,
dr. med., spec. epidemiolog,
Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb

RECENZIJA

Ova je knjiga namijenjena svima koji žele znati više o duševnoj bolesti, životu i problemima psihijatrijskih pacijenata, mogućnostima liječenja i rehabilitacije. U njoj nalazimo nove poglede i saznanja unutar psihijatrijske struke. Radovi objavljeni u knjizi se posebno osvrću na Stigm i Sigurnost duševnog bolesnika, borbu za zaštitu prava i interesa bolesnika i integraciju u širu društvenu zajednicu. Na toj populaciji moraju biti primjenjivani svi etički i moralni principi društva jer se upravo u brizi i pristupu prema najnezaštićenijim kategorijama populacije /djeci, starijim ljudima i duševnim bolesnicima/ ogleda zrelost i snaga društva.

Sva tehnološka dostignuća i mogućnosti brže komunikacije daju struci zadatak da što bolje informira pacijente, članove njihovih obitelji i čitavu javnost o svim saznanjima o duševnim bolestima i problematici vezanoj uz bolest te pokuša senzibilizirati društvo za probleme koji nastaju zbog predrasuda i neznanja, koji u društvu imaju kao posljedicu negativnu konotaciju i zaziranje od takvih pacijenata. Ovakve su publikacije temeljene na potrebi da se što većem broju ljudi, uključujući pacijente, njihove obitelji, kao i širu javnost, na populistički način predstavi holistički pristup duševnim poremećajima, boljem razumijevanju istih u svrhu unapređenja zdravlja i što boljeg ishoda bolesti.

Hvale je vrijedan trud Udruge za unapređenje duševnog zdravlja i podizanje kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji »Sretna obitelj« kao i objavljivanje ove knjige koja svojim predavanjima i publikacijama na jednostavan i svima dostupan način pridonosi informiranju, educiranju, približavanju problematike te razbijanju tabua i predrasuda o duševnoj bolesti, a time i mijenjanju stavova i odnosa prema duševnoj bolesti i oboljelim pacijentima. Ova će knjiga sigurno potvrditi svoju važnost i naći mjesto u široj zajednici, a pomoći će i svima koji skrbe o duševnim bolesnicima u institucijama ili izvan njih.

Nevenka Poldrugovac-Prčić,
dr. med., spec. psihijatar,
Neuropsihijatrijska bolnica »Dr. I. Barbot«, Popovača

PREDGOVOR

Ove smo se godine u Udruzi »Sretna obitelj« bavili dvjema velikim inicijativama o kojima danas na konferenciji govorimo.

Prvo, nastavili smo dosadašnji rad na borbi protiv stigme duševne bolesti sudjelovanjem Udruge u istraživanju međunarodne organizacije GAMIAN-Europe, čiji smo članovi posljednje 4 godine, pri čemu smo uspoređivali našu zemlju s 20 europskih zemalja nastojeći doznati koliko naši bolesnici prihvaćaju društvene predrasude prema vlastitoj duševnoj bolesti i koliko osjećaju da se s njima mogu nositi i imati kontrolu nad svojom bolesti te koliko osjećaju da ih društvo diskriminira jer su duševno oboljeli. Pozvali smo i poznate stručnjake koji su provodili istraživanja na temu stigme, pa smo imali čast da nam se na konferenciji pridruže doc. dr. sc. Slađana Ivezić-Štrkalj iz PB Vrapče, voditeljica Nacionalnog programa borbe protiv stigme i mr. sc. dr. Igor Prošev, šef psihijatrijskog odjela bolnice Čakovec, te Rodney Elgie, dipl. pravnik, član Gamian-Europe organizacije i Monica Fridman, ravnateljica Službe za socijalni rad u Centru za mentalno zdravlje Beer-Sheva, Izrael.

Drugo što smo radili, a u čemu smo prvi i za sada jedinstveni u Hrvatskoj, predavanja su za duševne bolesnike i obitelji s temom povećanja sigurnosti u liječenju i rehabilitaciji duševnih bolesnika, koja su dragovoljno održavali brojni stručnjaci iz naše bolnice iz Neuropsihijatrijske bolnice »Dr. I. Barbot« u Popovači. Predavanja su prikupljena u knjizi »Kako se sigurnije liječiti i živjeti sa duševnom bolesti« koju na konferenciji predstavljamo. Ovu inicijativu provodimo od listopada 2007. godine kao aktivni članovi pokreta *Patients for Patients Safety (PFPS) /Bolesnici za sigurnost bolesnika/*, koji je dio World Alliance for Patient Safety, WHO */Svjetskog saveza za sigurnost bolesnika, Svjetske zdravstvene organizacije/*.

Sigurno liječenje duševnog bolesnika je tema koja se tiče svih: od samog bolesnika i njegove obitelji, preko socijalne službe, liječnika opće medicine, osoblja domova za duševno oboljele, udomitelja pa do medicinskog osoblja i terapijskog tima za vrijeme boravka bolesnika u bolnici. Bolesnik ima pravo na sigurnost u liječenju i rehabilitaciji, a svi imaju pravo doznati kako mu tu sigurnost omogućiti. Sigurnost duševnog bolesnika za vrijeme liječenja cilj je svima nama. Nitko ne želi činiti pogreške ili od njih ispaštati za vrijeme liječenja ili nakon njega. Upravo zato održavamo ovu konferenciju s temom sigurnosti. Želimo razgovarati o tome što sve može ugroziti duševnog bolesnika za vrijeme liječenja, kako smanjiti opasnosti, medicinske i ostale pogreške u postupku prema duševnom bolesniku, što se može učiniti, što se treba učiniti, tko ima koju ulogu i kakvu odgovornost. S ovom opsežnom i bitnom temom i ubuduće ćemo se zajedno baviti u Udruzi, a nadamo se da će nam se pridružiti i mnogi suradnici. Danas imamo čast da su nam se pridružili i »championi« PFPS-saveza, mr. sc. dr. Valerija Stamenić iz Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi i mr. sc. dr. Ahmed Novo, voditelj ureda Svjetske zdravstvene organizacije za BiH, koji će s nama podijeliti svoja iskustva na nacionalnoj razini i izvan granica naše države.

Ovu konferenciju provodimo pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske koje sponzorira i tiskanje ovog zbornika radova, a

konferenciju smo ostvarili velikim volonterskim radom i radom svih sudionika, na čemu im u ime udruge »Sretna obitelj« posebno zahvaljujem.

Mr. sc. Ema N. Gruber,
dr. med., spec.psihijatar
Udruga »Sretna obitelj«, Popovača, 2008.

“Ludi kamen”

*Eh samo da mi je
reć slobodi amen
i sred Slavonije
naći “ludi kamen”.*

*Ma gdje bio luđak
moram da ga nađem
da ne budem čudak
kad u starost zađem.*

*Kad lupim u tvrdo
na trenutak stanem
al' to bude brdo
a ne ludi kamen.*

*Uhvati me jeza
što me brdo zeza
a ja znam, negdje
čeka me princeza.*

*Čeka me princeza
ljubav će mi dati
i zajedno sa mnom
na luđaka stati.*

Gordan Tolić

Pjesma je preuzeta i potpisana uz suglasnost autora

Predavanja:

STIGMA

1. **Doc.dr.sc. Slađana Štrkalj-Ivezić, PB Vrapče:** Stigma psihičke bolesti
2. **Monica Fridman, Vice- Director of Social Services, Mentalh Health Center Beer-Sheva, Israel:** Psychiatric treatment and rehabilitation and the work with families of patients in Israel (uz simultani prijevod predavanja)
3. **Mr.sc.dr. Igor Prošev, OB Čakovec:** Mijenjanje stavova o duševnim bolesnicima propagandnim aktivnostima u Međimurskoj županiji
4. **Mr.sc.dr. Branka Aukst-Margetić, NPB Popovača:** Stigma duševnih bolesnika u NPB »Dr. I. Barbot«, Popovača
5. **Rodney Elgie, dipl. iur., Gamian-Europe:** Stigma and mental illness in Europe
6. **Mr.sc.dr. Ema N. Gruber, udruga Sretna obitelj:** Nacionalna prezentacija preliminarnih rezultata sudjelovanja udruge »Sretna obitelj« u Gamian stigma survay istraživanju /National presentation of preliminary results of participation of Happy family NGO in Gamian stigma survay

Predavanja:

SIGURNOST

1. **Mr.sc.dr. Valerija StameniĆ, MZSS:** Preventivne mjere za poboljšanje sigurnosti bolesnika u Hrvatskoj
2. **Mr.sc.dr. Ahmed Novo, WHO BiH:** Sigurnost pacijenata u akreditacijskim standardima - primjer UKC Tuzla
3. **Prim.dr.sc. Tija Źarković-Palijan, NPB Popovača:** Sigurnost forenziĉnih bolesnika
4. **Mr.sc.dr. Ema N. Gruber, Udruga Sretna obitelj:** Aktivnosti udruge »Sretna obitelj« usmjerene na sigurnost u lijeĉenju i rehabilitaciji duševnih bolesnika

Stigma psihičke bolesti

**Doc. dr. sc. Slađana Štrkalj-Ivezić, spec. psihijatar
Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb**

Kao članovi medicinske struke, liječnici, posebno psihijatri, imamo ključnu ulogu u uspostavljanju poštovanja i ljudskih prava općenito, a posebnu unutar psihijatrijske struke.

Moderna psihijatrija rezultat je stalne borbe progresivnih i regresivnih snaga. Progresivne se snage bore s dogmatskim snagama koje se ne temelje na dokazima, već na vjerovanjima kojima pripada i stigma psihičke bolesti. Organizacija suvremene psihijatrijske službe brine se o jednakoj važnosti biološke, psihološke i socijalne dimenzije u liječenju, stoga je neetično ne pridavati podjednaku pozornost svim područjima. Usprkos znanstvenim dokazima da su psihosocijalne metode učinkovite u liječenju psihičkih poremećaja, ovo je područje u Hrvatskoj prilično zanemareno i, može se reći, stigmatizirano unutar psihijatrije kao struke. Pojačano viđenje psihijatrijske bolesti kao biološke zanemaruje ostala bitna područja koja uključuju i problem stigme te njezin utjecaj na bolest.

Deklaracije o ljudskim pravima, posebno Havajska i Madridska deklaracija Svjetske psihijatrijske organizacije, daju etičke smjernice za rad u psihijatriji. Kvaliteta liječenja psihičkih poremećaja značajno se poboljšala pronalaženjem djelotvornijih lijekova i primjenom djelotvornih psihosocijalnih metoda liječenja.

Nekritična upotreba psihofarmaka, umjesto odgovarajućih socioterapijskih i psihoterapijskih metoda, povećava opasnost da liječenje postane nehumano i da ugrožava osnovnu terapijsku dimenziju odnosa liječnik - pacijent. U svjetlu etičkih smjernica bitno je poštovanje autonomije pacijenta, odnos s poštovanjem, zaštita prava i interesa pacijenta, odnos zasnovan na povjerenju, dogovoru, i uzajamnu poštovanju, poštovanje privatnog života, primjerena informacija o bolesti, planiranu liječenju te mogućnostima liječenja uz predočenje koristi i štete od predloženog liječenja. Liječenje treba uvijek provoditi uz pristanak, osim u situacijama koje zadovoljavaju uvjete za prisilno liječenje. Podaci o pacijentu koje smo doznali za vrijeme liječenja ne smiju se otkriti drugima bez pristanka pacijenta i kada ne služe svrsi liječenja pacijenta. Prema etičkim principima, psihijatri su dužni pružiti najbolje liječenje koje je na raspolaganju po današnjim saznanjima, a ono danas svakako uključuje rad sa stigmom. Stigma je neetična jer uključuje kršenje etičkih smjernica u medicini općenito, a posebice u psihijatriji.

Stigma, predrasude i diskriminacija

Riječ stigma grčka je imenica koja dolazi od korijena čije je značenje »naglasiti, istaknuti, označiti«. U prošlosti ovaj pojam nije imao negativno značenje koje mu danas pridajemo. Koristio se i za označavanje rana dobivenih u vojnoj službi, više kao oznaka počasti. U Novom zavjetu i ranom kršćanstvu postao je povezan s Kristovim ranama. Mnogo se negativnije značenje pojavljuje u latinskom gdje je grčka riječ preuzeta metaforički i predstavlja oznaku srama ili degradacije, znak kojim su označavani kriminalci ili robovi kako bi ih se moglo identificirati u slučaju bijega. Danas stigma ima negativno značenje i predstavlja znak srama i diskreditacije osobe.

Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičke bolesti definirana je kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba zato što imaju psihičku bolest. Stigmatizacija ima negativne posljedice za oboljelog i članove njegove obitelji te psihijatriju kao struku i cijelu zajednicu. Stigmatiziranje oslabljuje svoje žrtve, pojačava osjećaj samoobezvrjeđivanja i otuđenja, čime nepovoljno utječe na tijek bolesti.

Stigmatiziranje osoba oboljelih od psihičkog poremećaja temelji se na negativnim stavovima koje nazivamo predrasudama. Predrasude su česta stajališta prema psihičkoj bolesti. Već njihov naziv govori da su sudovi dani unaprijed, prije nego što imamo dovoljno informacija o predmetu našega gledišta. Predrasude su unaprijed donesena negativna stajališta, donesena zbog nedovoljno znanja o onome što je predmet predrasude, u ovom slučaju psihičkoj bolesti. Predrasude nisu samo karakteristične za psihičku bolest jer sve može postati predmetom predrasuda. Bit je da unaprijed imamo negativna gledišta koja se ne temelje na našem iskustvu s osobama prema kojima imamo predrasude, već, naprosto, na naučenim stavovima. Dobro su poznate rasne predrasude, nacionalne i spolne predrasude.

Bitno je znati da je predrasuda stav vjerovanja koji određenu osobu stavlja u nepovoljan položaj. Predrasuda sadržava uvijek negativno pa i neprijateljsko gledište prema objektu na koji se odnosi. One su neopravdana uopćavanja ili stereotipije prema čitavoj skupini ljudi na koje se odnose. Veoma su otporne na promjene jer, naprosto, ljudi ne razmišljaju da nekome čine nepravdu svojim stajalištima i ponašanjem koje je s njima povezano. Predrasude možemo definirati kao pretežno negativne stavove prema određenoj skupini osoba ili prema pojedincima, kao i pretjerana i neopravdana uopćavanja u vezi s navedenim skupinama ili osobama. Kao i ostali stavovi, i predrasude su naučene, što znači stečene na isti način kao i mnoge druge stvari koje smo naučili. Najčešće je riječ o uvjetovanju, oponašanju i učenju »na modelu« - što, zapravo, znači da smo mnoga gledišta i predrasude već kao djeca naučili od svojih roditelja. Stigma je negativan stereotip. Ne znači da se, ako je osoba svjesna stereotipa, s njim i

slaže. Slaganje sa stereotipom prema određenoj skupini ljudi znači predrasudu, npr. svi bolesnici od shizofrenije su opasni.

Ponašanje koje proizlazi iz predrasuda može poprimiti, i stvarno poprima, raznovrsne oblike kojima su ishod različiti stupnjevi nepravednih postupaka, od blagih do ekstremnih. Nažalost, najgori su dio stereotipa i predrasuda njihove posljedice u ponašanju, odnosno diskriminacija. Iako činjenica da većina ljudi na oboljelu osobu gleda negativno u njoj može izazvati bijes, tugu ili nelagodu, još veću nevolju izaziva gubitak zaposlenja, loši stambeni uvjeti te niski prihodi.

Saznanje drugih da se osoba liječi od psihičkog poremećaja može dovesti do osamljivanja osobe, do poremećaja komunikacije, diskriminacije na radnome mjestu gdje se, samo zato što je liječena od psihičke bolesti, a ne zato što je nesposobna, degradira na niže radno mjesto, doživljava distanciranje kolega i slično. U dječjoj i adolescentskoj dobi osoba može postati predmetom ismijavanja u školi.

Predrasude nisu opravdane jer ne postoje ni logičke niti znanstvene osnove po kojima jedna osoba ili skupina ljudi sebe određuje kao inferiorne ili superiorne drugoj osobi ili skupini ljudi. Predrasude su neetične jer se temelje na neznanju, a ponašanje koje proizlazi iz njih neetično je prema skupini ljudi koju obezvređuje, omalovažava i diskriminira.

Protiv predrasuda treba se boriti: zakonom, sustavnim informiranjem o neopravdanosti predrasuda, neposrednim kontaktom sa skupinama prema kojima postoje predrasude i sustavnim obrazovanjem.

Utjecaj stigme na psihički oboljelu osobu ima negativne posljedice na njezino zdravlje i ozbiljno narušava osjećaj vlastite vrijednosti.

Pacijenti liječeni od psihotičnog poremećaja su, u jednom našem istraživanju, iznijeli svoja iskustva sa stigmom te naveli da od svoje okoline doživljavaju sljedeće:

omalovažavanje, prijezir, ogovaranje, nazivanje izrazima poput luđak, ruganje, smatranje da su nesposobni za rad, podcjenjivanje, izbjegavanje, ignoriranje, izoliranje, neprihvatanje, odbacivanje, pretjerano kontroliranje, smatranje da su opasni i agresivni, sažalijevanje, neopravdanu nepovjerljivost prema njima, nerazumijevanje okoline, nedostatak empatije – bešćutnost, smatranje su neizlječivi, izgubljeni slučajevi.

Neugodnosti su doživjeli od obitelji, prijatelja, susjeda, na radnome mjestu, od liječnika, psihijatara, medicinskih sestara i tehničara.

U istraživanju u kojem su sudjelovali oboljeli od anksioznih poremećaja i depresije pacijenti su naveli da ih okolina doživljava slabićima, da ne vjeruje da je riječ o bolesti, smatra da se samo trebaju trgnuti i rješavati životne probleme, da su lijeni te da je najlakše reći da si u depresiji, jer tko danas nije u depresiji. Kada bi doznali da se liječe u psihijatrijskoj bolnici, smatrali

bi ih simulantima koji traže mirovinu, prolupalim osobama, luđacima i sličnima.

Naše je istraživanje potvrdilo dobro poznate stavove ustanovljene mnogim sličnim istraživanjima u svijetu.

Osobe oboljele od psihičke bolesti doživljavane su kao(1-8):

- 1.opasne (najčešće vezano uz dijagnozu shizofrenije i liječenje u psihijatrijskoj bolnici)
- 2.nesposobne za samostalan život, donošenje odluka, za život i privređivanje (shizofrenija i liječenje u psihijatrijskoj bolnici)
- 3.slabići koji su sami krivi za svoju bolest (depresija i anksiozni poremećaji)
- 4.neizlječivi (shizofrenija i liječeni u psihijatrijskim bolnicama).

Negativna stajališta prema oboljelima od duševne bolesti pokazuju manjak empatije.

Percepcija oboljelih povezana je s odbacivanjem takvih osoba i željom da se od njih učini socijalna distanca.

Mediji, pisanjem i prikazivanjem na televizijskim emisijama i filmovima, najčešće podržavaju stigmatu opasnosti (9). Najčešće je riječ o senzacionalističkim naslovima koji prodaju novine, pri čemu se jedna incidentna situacija uopćava na sve oboljele.

Dobra je vijest da u svijetu raste broj organiziranih programa borbe protiv stigme psihičke bolesti u kojima dolazi do reakcija na stigmatizirajuće i diskriminirajuće ponašanje.

Oboljeli od psihičke bolesti stigmom su često onemogućeni u borbi protiv ovih gledišta jer bi im ona mogla donijeti dodatne probleme, stoga ćemo veoma rijetko, barem u hrvatskim medijima, naći osobe koje otvoreno govore bez skrivanja identiteta. Zbog toga je naša moralna obaveza rad na programima borbe protiv stigme i pomoć ljudima koji se ponašaju kao da se stide svoje bolesti. Nijedna bolest, pa tako i psihička bolest, nije sramota i naša je etička obaveza raditi na tome da stajališta prema psihičkoj bolesti budu pozitivna. Veoma je bitno prenijeti da:

Psihička bolest sama po sebi ne određuje čovjekov karakter i ne umanjuje ljudske vrijednosti osobe. Psihički oboljela osoba nije zbog svoje bolesti manje povjerljiva, manje prijatelj, manje vrijedna, poštena, iskrena ili manje karakterna.

S početkom liječenja od psihičke bolesti ili dolaskom iz psihijatrijske bolnice moguće je da će se stigma proširiti i na obitelj. Počinje izbjegavanje obitelji koja može izgledati čudnom. Katkad i obitelj može postati opterećena osjećajem krivnje da je nešto loše u njihovu nasljedstvu. Stigmom su zahvaćene i institucije liječenja koje se doživljavaju represivnima, a najčešća je predodžba da su u njima »svezani opasni pacijenti« i da su svi koji su se liječili u bolnici opasni. Psihijatri su doživljavani kao neučinkoviti jer se bolest

doživljava neizlječivom, vjeruje se da lijekovi služe drogiranju ljudi, a ne njihovu liječenju. Stigma prema psihijatriji kao struci očituje se u lošim smještajnim prostorima, financiranju i omalovažavanju rezultata liječenja.

Stereotipni su stavovi univerzalni i nisu vezani samo uz stavove javnosti jer takve stavove, nažalost, dijele i pacijenti (10 - 12), zaposlenici u zdravstvu pa čak i zaposlenici u psihijatrijskoj struci (13 - 16). Dakle stereotipi koji štete zdravlju velikog broja ljudi su među nama, stoga ih je potrebno razmotriti sa svih gledišta: psihološkog, socijalnog, ekonomskog i etičkog. Na stigmju se danas gleda kao na prepreku u liječenju, stoga je potrebno planirati antistigmatske programe.

Kako bismo razumjeli stigmju, postavlja se pitanje je li promjena ponašanja prema oboljelom od duševne bolesti proizvod bolešću promijenjenog ponašanja (simptoma bolesti) ili negativnog obilježavanja, stigme.

Stigma može biti povezana s promijenjenim ponašanjem u bolesti, a psihička se bolest često očituje poremećenim ponašanjem. Oboljele se osobe drugačije ponašaju, depresivne osobe su povučene i nemaju interesa, anksiozne su napete i nemirne, a oboljeli od shizofrenije ili nekog drugog psihotičnog poremećaja mogu se čudno ponašati, npr. razgovarati sami sa sobom, nerazumljivo i neadekvatno govoriti, isticati stvari koje nisu istinite, poput onih da ih prate neki ljudi i slično.

Okolina ima problem u prihvaćanju ponašanja koje se bitno razlikuje od normi, stoga su bizarna ponašanja nekih pacijenata za većinu ljudi teško prihvatljiva. Jedan od načina na koji se pojedinci ili društvo nose s nečim zastrašujućim i uznemirujućim jest da takvo što izdvoje, otuđe i smjeste izvan okvira društvenog okruženja.

Ako nemaju znanje o psihičkoj bolesti i liječenju potrebno za razumijevanje promjene ponašanja, označit će ga primjerice kao lijeno. Nedostatak znanja i razumijevanja psihičke bolesti pridonosi stigmatizaciji.

Međutim ljudi koji nemaju iskustvo s osobama koje boluju od psihičke bolesti često imaju izraženiju stigmatizaciju od osoba koje su s oboljelima bile u doticaju. Kako to protumačiti? Postoji iracionalan strah ljudi da će izgubiti kontrolu i poludjeti, odnosno da će se zbog toga pokazati slabima i manje vrijednima. Takav strah često nije svjestan. Da bi ga se oslobodili, većina će ljudi u svemu što je povezano sa psihičkom bolešću (bolest, bolesnik, institucije liječenja) vidjeti gubitak kontrole, slabost i opasnost, stoga je sve navedeno dobro izbjegavati i na to ne misliti. Zbog toga izbjegavaju i smatraju manje vrijednima psihički oboljele osobe. Takve strahove imaju i pacijenti prije obolijevanja pa s bolesti dolazi do prihvaćanja negativnog stereotipa, odnosno do samostigmatizacije koja uz stigmju okoline nepovoljno utječe na oporavak i liječenje. Stigma i samostigmatizacija stvaraju osjećaj niskog samopoštovanja i strah da će biti odbačeni, zbog čega oboljeli izbjegavaju komunikaciju. Zbog toga se veoma često stvara situacija međusobnog izbjegavanja u kojoj zdrave osobe nemaju problema,

ali oni koji su bolesni dodatno pate. Time dolazi do izolacije oboljelih, što smanjuje mogućnosti njihova oporavka. Osobe koje se samostigmatiziraju imaju slične simptome kao kod depresije. Mogu biti suicidalne, stoga samosigmatizacija, kao i depresija, može imati pogubne posljedice koje je bitno prepoznati.

Stigma kao zdravstveni problem

Možete li zamisliti osobu koja kod sebe prepoznaje smetnje povezane sa psihičkom bolešću i kojoj se savjetuje liječenje kod psihijatra ili u psihijatrijskoj instituciji? Što se može dogoditi ako o ovome obavijesti osobe na radnome mjestu, susjede, prijatelje, rodbinu? Što mislite, kakva će biti reakcija ljudi iz njezine okoline? Što će misliti i hoće li podržati njezino liječenje?

Katkad će i sami liječnici oklijevati spomenuti psihijatra kako ne bi uvrijedili osobu i izazvali negativnu reakciju. Osoba će, uz patnju vezanu uz bolest, imati dodatnu patnju vezanu uz negativno obilježavanje psihičke bolesti.

Stigmatiziranje psihički bolesnih osoba nepovoljno djeluje na njihove sposobnosti da uspješnije sudjeluju u liječenju, stoga osoba može odbijati javiti se na liječenje ili se javlja kada su simptomi već uznapredovali, zbog čega liječenje može biti prekinuto. Dakle stigma povezana s duševnom bolešću može dovesti do odgađanja traženja pomoći ili pokušaja prikrivanja bolesti kako bi oboljela osoba izbjegla stid i izolaciju, što se pojavljuje kada se nekoga označi »poremećenim« ili »drugačijim«, do diskriminacije kod zaposlenja, omalovažavanja i podcjenjivanja te nepoštovanja njezina mišljenja.

Zašto utjecati na stigmatu?

Imamo dovoljno razloga za razumijevanje stigme kao bitnog problema koji treba rješavati, s obzirom na veoma negativne posljedice koje ima na liječenje i kvalitetu života oboljelih. Stoga je bitno sustavno provoditi borbu na svim razinama koje obuhvaćaju: građane svih dobnih skupina, naročito mlađe naraštaje, medije, profesionalce koji sudjeluju u liječenju pacijenata, same pacijente.

Metode borbe protiv stigme, koje su se pokazale učinkovitima, sastoje se od kombinacije edukacije, kontakata s predstavnicima stigmatizirane skupine i protesta (17).

Edukacija treba obuhvatiti obavijesti koje će točne informacije suprotstaviti krivim vjerovanjima ili mitovima na kojima se gradi predrasuda i ponašanje proizišlo iz nje. U tu svrhu služe predavanja, knjige, videozapisi, dijapozitivi i ostala audiovizualna pomagala, kako bi se istaknule krive pretpostavke o psihičkoj bolesti i liječenju te osigurale činjenične informacije koje ih opovrgavaju.

U doticaju s osobama prema kojima imamo predrasude stječemo osobno iskustvo koje nam može pomoći u promjeni stava. Kontakt kao metoda promjene stava uspješnija je ako uključuje statusnu jednakost, kooperativnu interakciju i institucionalnu potporu. To znači da će promjena stavova biti uspješnija ako, primjerice, osobe s iskustvom psihičke bolesti uključimo u naše programe borbe protiv stigme kako bi s nama ravnopravno u njemu sudjelovale. Kod protesta riječ je o protestu na stigmatiziranje i diskriminiranje oboljelih na svim životnim aspektima, uključujući i medije. Kada mediji prikazuju negativni stereotip, uvijek mu je dobro suprotstaviti pozitivno ili realističnije viđenje.

U programu je veoma bitno psihičku bolest prikazati realistično i optimistično, a ne romansirano, jer o tome ovisi uspjeh programa. U programima borbe protiv stigme bitno je istaknuti etičku dimenziju kojom, mijenjanjem stajališta, pomažemo ljudima da se liječe i da postajemo humaniji, da se oslobodimo negativnih predrasuda koje nas sputavaju da budemo bolji i pravedniji.

O nekim situacijama u kojima mogu nastati etički prekršaji

Dijagnoza kao stigma ili pravo na točnu informaciju.

Zbog širokih posljedica stigme na kvalitetu života osoba s duševnim poremećajem, liječnici katkad nisu sigurni trebaju li dijagnozu reći pacijentu, pogotovo kada misle da se je riječ o poremećaju koji nema dobru prognozu za ozdravljenje. Isto tako katkad pretjerano žure u izricanju dijagnoze prije negoli su dovoljno sigurni. Pacijent ima pravo na točne informacije o svojoj bolesti, uključujući i dijagnozu. Opis stanja njegove bolesti bitno je prenijeti na način koji nije opterećen stigmom.

Stigma može značajno utjecati na kvalitetu života oboljelog od shizofrenije i na ishod bolesti kada je i postignuta klinička remisija. Ako pacijent od educiranog i senzibilnog stručnjaka nije dobio dovoljno podataka o bolesti, ako s njim nije razgovarao o stavovima prema bolesti i razumijevanju onoga što mu se dogodilo, izgledi za oporavak bit će znatno manji. Pacijent ima pravo na informacije o rezultatima istraživanja koji govore o prognozama različitih bolesti, o činiteljima koji mogu poboljšati prognozu, protektivnim faktorima, liječenjima koje stoje na raspolaganju. Nažalost, veoma se često pacijentu prenosi, bilo verbalno ili neverbalno, najlošija prognoza, a naglasak se stavlja samo na uzimanje lijekova. Zanimarivanje ostalih metoda također je etičko pitanje.

Liječnici koji sami imaju teškoća sa stigmatizirajućim stavovima bit će skloniji pacijentu ne reći točnu dijagnozu kada je riječ o psihotičnom poremećaju, najčešće o shizofreniji. Ako ne govorimo otvoreno o dijagnozi zapravo nesvjesno podržavamo mit o »strašnoj bolesti« koji će, naravno, pacijent prepoznati i biti još više uplašen, odnosno obeshrabljen, čime će se smanjiti njegove prilike za oporavak. Nedavanje bitnih informacija o

dijagnozi, liječenju i pravu izbora na alternativno liječenje često je dio stigme jer smatramo da pacijenti neće razumjeti što je u njihovu interesu, stoga mi preuzimamo »odgovornost«. Mnogi su pacijenti izloženi nepotrebnom paternalizmu koji im šteti, a zbog stigmatizirajućih stavova smatrani su manje sposobnima i manje autonomnima za donošenje životnih odluka.

Zaključak

Stigma, predstavljena negativnim obilježavanjem osoba samo zato što imaju dijagnozu psihičkog poremećaja, danas je društveni, medicinski i etički problem.

Usprkos napretku u liječenju osoba s mentalnim poremećajem i pomaku prema liječenju u zajednici, stigma negativno utječe na traženje pomoći, prihvatanje liječenja, uspješan ishod liječenja, kvalitetu života i integraciju oboljelih u zajednicu. Stigma psihičke bolesti je veoma raširena i ima psihološke, socijalne i ekonomske posljedice za stigmatizirane osobe. Etičke smjernice naglašavaju da se sa svakim pacijentom treba ophoditi s poštovanjem, integritetom i autonomijom, da ima pravo na potpunu obaviještenost o svojem stanju, o preporučenim dijagnostičkim i terapijskim metodama, uključujući alternative i pravo odabira između ponuđenih metoda.

Stigmatizirajući stavovi osoblja koje liječi pacijenta mogu grubo narušavati prethodno navedena prava i dovesti do pacijentove nesuradnje, odbijanja pomoći i lošijeg ishoda liječenja. Stigmatizirajući stavovi društva mogu prouzročiti iste učinke, stoga je za društvo i za psihijatriju kao struku bitno osvještavanje stigmatizirajućih stavova, njihova promjena u pozitivna gledišta i onemogućavanje diskriminacije. Stigma i diskriminacija su problem svih društava. Trebali bismo preispitati svoja vjerovanja i ponašanje koje smanjuje mogućnosti osobama s mentalnim poremećajem. Stigma je nepravda prema oboljelima i članovima njihovih obitelji. Ona podržava strah svih ljudi da će, ako se razbole od psihičke bolesti, biti manje vrijedni ljudi. Osobe koje se slažu sa stereotipom i reagiraju na njega kao da je istinit povrjeđuju ljude sa psihičkim poremećajima. Pripadnici različitih društava vjeruju da bi svi ljudi trebali imati istu priliku da se dokažu, zasnovanu na njihovim postignućima i djelima.

Stereotip je nepravedan i neetičan jer ističe nemogućnost uspjeha osoba zato što imaju psihički poremećaj, ukida različitosti i stavlja sve članove skupine u isti položaj, kao što npr. osobe sa psihičkim poremećajem smatra jednako slabima, opasnima i nesposobnima za brigu o sebi. Mnogi ljudi vjeruju da mogućnosti savladavanja problema ovise o osobnoj snazi i da su ljudi sa psihičkim poremećajem karakterni slabići, stoga bi ulaganjem većeg napora mogli savladati psihičku bolest. Ovakav način razmišljanja ima korijen u stigmatizirajućim stavovima zbog čega ograničava ljude u shvaćanju psihičnog poremećaja. Stigma narušava ljudska prava oboljelih na

poštovanje, ravnopravnost i liječenje. Meidicina i psihijatrija kao struka mora razvijati uspješne metode borbe protiv stigme kako bi velikoj skupini ljudi osigurala osnovna ljudska prava.

Literatura

1. Rabakin, J. (1974.), *Public attitudes towards mental illness, A review of the literature, Psychological Bulletin*, 10, 9-33.
2. Weiner, B., Perry, R. P., Magnusson, J. (1988.), *An attributional anaysis of reactions to stigmas Journal of Personality nd Social Psychology* 55,738-748., 1988.
3. Brockington, I., Hall P. Levings J., Murphy, C. (1993.), *The community's tolerance of the menatally ill. British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
4. Penn D. L., Guynan, K., Daly, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., Sulivan, N., *Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? Schizophrenia Bull*, 20:3,567-78, 1994.
5. Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., Rowlands, O. J., *Stigmatisation of people with mental illnesses 2000. Br. J Psychiatry* 177:4-7
6. Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. ,Pescosolidu, B. A., *Public conceptions of mental illness:labels,causes,dangrounsnes and social distance Am J Public health* 199 89: 1328-1333
7. Wahl, O. F., Harman, C. R., *Family views of stigma 1989 Schizophr Bull* 15: 131-139
8. Angermeyer, M. C., *Schizophrenia and violence 2000 Acta psychiatr Scand Suppl* 200 102:63-67
9. Wahl, O. F. (1992.), *Mass media images of mental illness: a review of the literature. J Community Psychol* 20:443-352
10. .Wahl, O. F., *Mental health consumer's experience of stigma Schizophrenia Bull* 1999. 25:467-478.
11. Estroff, S. E. (1989.), *Self identity,and subjective experinces of schizophrenia:In search of the subject Sch. Bull* 15, 189-196
12. Ivezic, S., *Terapevtski dejavniki velike skupine v psihijarični bolnišnici. Socialno delo* 1996.;35:145-151.
13. Ivezic, S., Bajs – Bjegović, M., Maroević, S., Jagodić – Kuterovac, G., Ljubimir, V., *Stigma of Schizophrenia and Mental Health Professionals 39 th International Neuropsychiatric Symposium Pula, 1999., Neurol. Croat. 1999., Vol 48 Suppl* 22-23 self
14. Lai, Y. M., Hong C. P., Chee, C. Y., *Stigma of mental illness Singapore med J* 2001. 42:111-114
15. Eker, D. (1985.), *Attitudes of Turkish and American clinicians and Turkish psychology students towards mental patients. Int. J Soc Psychiatry* 31:223-229
16. Fryer, J. H., Cohen, L. (1988.) *Effects of labeling patients "Psychiatric" or "medical":favorability of traits ascribed by hospital staff Psychol Rep* 62 779-793.
- Oimsted, D. W., Durham, K., *Stability of mental health attitudes. A semantic differential study J Health Soc Behav* 1976. 17 35-44.
17. Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., Kubiak M. A., *Three strategies for changing attributions about severe mentall illness Schizophr. Bull* 2001. 27 :187-195
18. Đorđević, V., *Zavod za mentalno zdravlje Hrvatske. Liječničke novine* 64, 2007.

Propagandne aktivnosti te mijenjanje stavova prema duševnom bolesniku u Međimurskoj županiji posljednjih 20- ak godina (od 1991. godine)

**Mr. sc. Igor Prošev, dr. med., spec. psihijatar,
Opća bolnica Čakovec**

Autor polazi od činjenice da se stav ne može promijeniti jednostavnim uvećanjem broja informacija te da je zadatak tzv. opinion lidera promišljanje o odnosu količine informacija i personalnog sustava vrijednosti pojedinca zahvaćenog tom strategijom. Samo bi se edukacijom moglo djelovati na tzv. spoznajnu sastavnicu stava pojedinca dok bi emotivna sastavnica, kao djelatno tendencijska sastavnica stava, ostala nepromijenjena.

Stoga autor pojam edukacije zamjenjuje pojmom »propagande« inzistirajući na ostale dvije sastavnice stava. Prema autoru, propaganda bi bio jedinstven oblik edukacije s razvijanjem pozitivnih emocija okoline prema pacijentima djelujući na sve tri sastavnice stava, koji ima daleko veći utjecaj na stav od edukacije. Postavljena je hipoteza da postoji izravna međuovisnost intenziteta propagande i promjene stava prema duševno oboljelim osobama.

Na području Međimurja postoje stalne propagandno-zdravstvene aktivnosti: dražbe slika darovanih za poboljšanje uvjeta života na psihijatrijskom odjelu, prodajne izložbe radova pacijenata psihijatrijskog odjela čiji je cilj okupljanje što većeg broja neposrednih sudionika u psihijatrijskoj zaštiti.

S druge strane stalni natpisi u novinama i polemike o svrsishodnosti planiranih akcija bili su također dio propagandnog programa. Primijetili smo da su naše akcije potaknule raznovrsne specifične interesne skupine, npr. Ligu protiv raka, Crveni križ, da na ovakav način demitologiziraju svoje značenje i ulogu u zajednici, propagirajući različite vrste edukativno-promotivnih akcija pod nazivom »Tu dobri su ljudi«. S obzirom na to da su skupovi bili sve posjećeniji, smatramo da smo senzibilizirali pučanstvo za probleme duševnih bolesnika i time olakšali raspravljanja na instancama, kao što su gradsko i županijsko poglavarstvo, koje imaju moć odlučivanja.

Očito je da je pozitivniji stav prema navedenom odsječku populacije omogućio snažnije strategije i brže rješavanje nagomilanih teškoća.

Uspoređivali smo stavove pojedinih specifičnih skupina (po dobi, spolu, edukaciji) unutar Međimurske županije kao i odnos prema susjednoj Koprivničko-križevačkoj županiji koja je izabrana zbog sličnih demografskih značajka (isti broj stanovnika, tri grada u svakoj županiji, sličan raspored selo - grad). Pretpostavili smo da su obje županije uglavnom homogenih značajka, osim po stavu koji smo podvrgnuli ispitivanju. U komunikaciji s kolegama iz Koprivnice doznali smo da prethodno navedene akcije nisu provedene, pa smo pretpostavili da su stavovi različiti u objema županijama.

Stavove smo mjerili metodom ankete na reprezentativnom (slučajnom) uzorku koji je konstruiran na temelju objektivnih demografskih podataka o stanovništvu obadviju županija. Uzorak sadržava 2 340 ispitanika od čega je svaka županija zastupljena s 50% ispitanika. Anketa je provedena na uzorku koji su činili učenici osnovnih i srednjih škola, njihovi roditelji i bake i djedovi. Pomagali su nam pedagozi, psiholozi, a gdjegod i profesori (anketari koji su bili educirani za ispunjavanje upitnika), njih šestero, po jedan za svaku školu, dajući naputke djeci i roditeljima o ispunjavanju upitnika. Aktivnost i motivacija tzv. pomagača uvelike nam je pomogla u motiviranju djece, roditelja, baka, djedova da što bolje razumiju upitnik te nam ga što prije vrate ispunjenog. Naime brže su nam se vraćali upitnici ako su bili bolje pripremani te smo dvostruko brže prikupili upitnike u Međimurskoj županiji, što objašnjavamo većom motivacijom suradnika, pomagača u prikupljanju podataka. Autor komentira razlike u stavu kod pojedinih uzoraka u svakoj županiji i među njima.

Stigma i duševna bolest

**Mr. sc. Branka Aukst-Margetić, dr. med., spec. psihijatar,
Neuropsihijatrijska bolnica »Dr. I. Barbot«, Popovača**

Stigma vezana uz mentalnu bolest je univerzalna, nalazimo ju u najrazvijenijim državama kao i u najsiromašnijima. Ona vodi diskriminaciji, društvenom odbijanju i prepreka je rehabilitaciji i reintegraciji oboljelih u društvo. Posredno vodi smanjenoj kvaliteti života, smanjenom samopoštovanju, alkoholizmu, depresiji, a često i samoubojstvu.

Ovaj prikaz odnosi se na stigmom vezanu uz institucije u kojima se bolesnici liječe, na programe vezane uz bolnicu »Dr. Ivan Barbot« te na kratak opis vlastitih istraživanja.

Stigma i psihijatrijske ustanove

Bitan cilj svih zdravstvenih institucija je poduprijeti integraciju bolesnika u društvo i smanjiti stigmatizaciju. Prijašnje studije pokazale su da je stigma u oboljelih od psihičkih teškoća veća nego u oboljelih od somatskih bolesti. Uz pojedine psihijatrijske dijagnoze vezano je više stigme nego uz ostale dijagnoze. Opisane su promjene naziva odjela ili ustanova na zahtjev korisnika kako bi se smanjila njihova stigmatiziranost, npr. odjel za psihijatriju promijenio bi naziv u manje stigmatizirajući »odjel za duševno zdravlje« ili npr. u »odjel za neuroznanost« na koji dolaze i bolesnici s neurologije i neurokirurgije. Među oboljelima od shizofrenije pojedini rezultati pokazuju manje stigme u specijaliziranim bolnicama nego u općim bolnicama, dok za druge psihijatrijske poremećaje vrijedi obrnuto. S obzirom na to da je stigma višeslojna, u prethodno navedenoj tvrdnji stvari nisu tako jednostavne. U jednom njemačkom istraživanju hipoteza istraživanja bila je da će bolesnici iz specijalizirane psihijatrijske bolnice biti više stigmatizirani nego oni iz univerzitetske klinike. No pokazalo se upravo obrnuto. Za shizofreniju je u jednoj singapurskoj studiji vrijedilo isto za oboljele od shizofrenije, a obrnuto za oboljele od psihičkih poremećaja, ali ne shizofrenije – u njih je stigma za bolesnike liječene u univerzitetskoj klinici bila manja. Bolesnici naime osjećaju manje stigme kada se ne moraju uspoređivati s drugima, drugi ih ne uspoređuju sa zdravima, pa se osjećaju više prihvaćenima. Osoblje je u specijalnim bolnicama više naviknulo na rad s bolesnicima pa je pristupačnije, nije toliko tehnologizirano i sukladno s tim otuđeno od bolesnika.

Vidljive su i razlike na odjelima s mješovitim dijagnostičkim kategorijama. Postoji razlika između bolesnika sa shizofrenijom i neshizofrenih bolesnika u

doživljaju stigmatiziranosti na takvim odjelima. Oboljeli od shizofrenije osjećaju se više stigmatiziranima u odnosu na neshizofrene bolesnike.

Stigma nije vezana samo uz bolesnike koji se bolnički liječe, nego i uz samu ustanovu kao i uz osobe koje u njoj rade. Stigmom su zahvaćene i institucije liječenja koje se doživljavaju represivnima. Najčešća je predodžba da se u njima nalaze »opasni bolesnici« i da su svi koji su liječeni u bolnici opasni. Psihijatri su doživljavani kao neučinkoviti jer se bolest doživljava neizlječivom, vjeruje se da lijekovi služe drogiranju ljudi, a ne liječenju. Prisutna je i stigma prema psihijatriji kao struci koju se doživljava ili neučinkovitom, neznanstvenom ili represivnom. Ona se očituje u lošim smještajnim prostorima (podrumski prostori, stare zgrade kojima treba temeljita obnova), slabijem financiranju i omalovažavanju rezultata liječenja.

S početkom bolesnikova liječenja od psihičke bolesti ili dolaska iz psihijatrijske bolnice moguće je da se stigma proširi i na obitelj. Četiri od deset bolesnika kaže da okolina izbjegava njihove obitelji ako zna za njihovu bolest. Posljedica toga može biti bolesnikovo socijalno povlačenje da bi se zbog njega spriječila stigmatizacija članova obitelji.

Stigma koja okružuje duševnu bolest, a osobito tešku duševnu bolest, utječe na self-koncept, zaposlenje, način na koji oboljela osoba provodi slobodno vrijeme i, općenito, na socijalnu dimenziju te osobe.

Programi u bolnici

Stigma predstavlja veliki teret za bolesnike i njihove obitelji, stoga su uloženi značajni naponi i u bolnici u Popovači kako bi se ustanovilo koliki je teret stigme koji bolesnici osjećaju i kako ga smanjiti. Zbog toga se osnivaju skupine za edukaciju i podršku bolesnika i članova obitelji, a na odjelima se provodi psihoedukacija. Psihoedukaciju provodi udruga »Sretna obitelj« u obliku otvorenih predavanja za bolesnike i članove obitelji, različitih programa i projekata vezanih uz ovu problematiku te tiskanje psihoedukacijskih materijala. Briga o tjelesnom zdravlju bolesnika provodi se wellness-programom u sklopu edukacijskih i suportivnih grupa kao i organiziranim vježbanjem i poticanjem sportskih aktivnosti.

Vlastita istraživanja

Percepciju stigme naših bolesnika ispitali smo na dvije populacije: u osoba oboljelih od PTSP-a i osoba oboljelih od shizofrenije, pa dajem kratak pregled naših dosadašnjih istraživanja. Stigma je ispitana kao internalizirana stigma i kao devaluacijsko-diskriminacijska stigma. Internalizirana stigma je konstrukt koji odražava stupanj do kojeg je osoba ponutrla, tj. prihvatila društveno izražena stigmatizirajuća vjerovanja o duševnoj bolesti (npr. osobe s duševnom bolešću ne mogu samostalno funkcionirati), a povezana

je s osobama s dijagnosticiranom duševnom bolešću s višom razinom depresije. Devaluacijsko-diskriminacijska ljestvica stigme mjeri što bolesnik smatra da okolina vjeruje općenito o psihičkim poremećajima. Ako osoba vjeruje da će okolina odbaciti oboljele osobe, bojat će se da će isto primijeniti i na nju kada se razboli.

U populaciji oboljelih od PTSP-a i shizofrenije koji se liječe na subakutnom odjelu psihijatrijske bolnice u Popovači, ispitali smo kolika je prisutnost stigme i o čemu ona ovisi. Percepciju stigme ispitali smo s obzirom na doživljaj teškoća za koje oboljeli smatraju da obitelj ima zbog njih, s obzirom na procjenu društvene podrške te njihovu religioznost. Koristili smo standardizirane i validirane upitnike za samostigmatizaciju, tj. introiciranu stigmom, kao i upitnik o tome kako okolina percipira stigmom. Koristili smo se sljedećim ljestvicama: Upitnikom internalizirane stigme mentalne bolesti, Linkovom skalom devaluacije - diskriminacije, Mississippi-skalom za s ratom povezani posttraumatski stresni poremećaj (M-PTSD) te vizualno-analognim ljestvicama. Bolesnike, njih 61, ispitali smo prema dijagnostičkim kategorijama kojima smo ustvrdili da, prema ljestvici diskriminacije-devaluacije, stigma u oboljelih od PTSP-a ovisi o društvenoj podršci. Oni koji imaju više podrške u svojoj okolini osjećaju se manje stigmatiziranima. Oni s višim intenzitetom simptoma bili su i više stigmatizirani. Težina samostigmatiziranja korelira s intenzitetom procjene obiteljskih problema o težini vlastitih simptoma. Neriješeni status ratnog vojnog invalida bio je povezan sa češćim hospitalizacijama.

U skupini od 67 bolesnika oboljelih od shizofrenije ispitali smo istim ljestvicama stigme njezin odnos prema dobi, spolu, edukaciji, bračnom statusu, religioznosti, tijeku bolesti. Pokazalo se da u ovom slučaju stigma ovisi o dobi, a ne ovisi o edukaciji, bračnom stanju, religioznosti. Sa stigmom je pozitivno korelirao i broj prijašnjih suicida. Rezultati u ovoj skupini odgovaraju onima iz literature, prema kojima stigma vodi depresiji i posljedično tome suicidu.

Većina naših saznanja do sada odnosi se ili na stigmom općenito u oboljelih od psihičkih poremećaja ili na stigmom vezanu uz shizofreniju kao najtežu duševnu bolest. Stigma može imati neke sastavnice specifične za svaki pojedini poremećaj, kao i za mjesto liječenja. Stigma u oboljelih od PTSP-a slabo je istražena. Može ovisiti o tome je li PTSP rezultat civilne ili ratne traume, vrsti traume, dobi, spolu, a ima i svoje kulturne posebnosti. Osobito kod PTSP-a kao posljedice rata, sigurno ovisi i o društveno-političkoj situaciji, odnosno deklarativno-proklamiranoj počasti i zahvalnosti braniteljima koja se ne ogleda u realitetu. Bivši branitelji susreli su se s gubitkom zaposlenja, s egzistencijalnom problematikom, što dovodi do reaktivacije problema, društvenog odbijanja, psihijatrizacije čitave populacije branitelja, tj. usmjeravanja da svoja prava ostvaruju kroz bolest. S jedne strane za ovu stigmom vrijede pravila kao i za stigmom duševne bolesti, npr.

općenito je jača kada je poremećaj teži. Okolina primjećuje na osobi da je bolesna i počinje ju izbjegavati, boji je se, pripisuje joj opise koje nalaze u senzacionalističkim člancima u medijima. Podrška obitelji, što je razumljivo, smanjuje stigmatu. Stigma je u osoba sa shizofrenijom povezana s dobi – osobito mlađom. Stigma u populaciji oboljelih od PTSP-a ne ovisi o dobi – riječ je naime o populaciji pretežno ujednačene dobi zbog čega se razlike ne mogu niti očekivati. Nemogućnost rješavanja statusa vojnog invalida donosi frustracije, a komisije branitelje šalju u bolnice, što dugoročno može dovesti do hospitalizma.

Problem stigme je slojevit i ima svoje specifičnosti vezane i uz dijagnostičke kategorije. Borba protiv stigme uključuje njezino bolje upoznavanje i prepoznavanje.

Literatura:

- Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. *The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. Int J Soc Psychiatry* 2004; 50 :153-162.
- Angermeyer MC, Link BG, Majcher-Angermeyer A. *Stigma perceived by patients attending modern treatment settings. Some unanticipated effects of community psychiatry reforms. J Nerv Ment Dis* 1987; 175: 4-11.
- Angermeyer MC, Matschinger H. *Labeling-stereotype-discrimination An investigation of the stigma process. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40 :391-395.
- Chee CY, Ng TP, Kua EH. *Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital: a Singapore study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 648-653.
- Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. *Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. Schizophr Bull* 2002; 28: 143-155.
- Eagles JM, Carson D P, Begg A, Naji SA. *Suicide prevention: a study of patients' views. Br J Psychiatry* 2003; 182, 261–265
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. *Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 77–83.
- Lee S, Lee MT, Chiu MY, Kleinman A. *Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. Br J Psychiatry* 2005; 186: 153-157.
- Link BG, Struening E, Dohrenwend BP, Cullen FTS. *A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. Am Sociol Rev.* 1989;54; 400-423.
- Ritsher JB, Otilingama C, Grajales M. *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res* 2003;121;31–49
- Schulze B, Angermeyer MC. *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Soc Sci Med* 2003; 5: 299–312.
- Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS i sur. *Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. Am J Psychiatry* 2001; 158:479–481.

Stigma and mental illness in Europe*

Rodney Elgie, dipl. iur., UK
European patient forum, GAMIAN-Europe

Stigmatisation is the product of ignorance, fear, prejudice and bigotry. It could be argued that there is a direct correlation between the degree of fear and ignorance and the severity of the stigmatisation. This would go some way to answering the question as to why a person with schizophrenia experiences great stigma than someone with anxiety. Most of us can associate with being anxious – we have only to think back to the last exam we sat, the last job interview we attended, the night before we got married, to appreciate anxiety. But we cannot understand how or why someone is able to engage in a heated discussion with themselves or talk about their delusions as though this was perfectly normal. So, the more severe the mental illness, the greater is our lack of understanding. This in turn, translates into heightened stigmatisation.

Myths and misunderstandings flourish on a diet of ignorance and misconceptions. This leads to unfounded statements being associated with severe mental illnesses as though they are factually accurate. The Press frequently associate someone with a severe mental illness as being mad, bad and dangerous. Yet we know such patients are more likely to harm themselves, if they harm anyone, rather than total strangers. In more extreme cases, public ignorance will lead to claims that such patients are possessed of the devil or are being visited by “the sins of their fathers”. There is absolutely no scientific evidence to support such claims but that becomes irrelevant when mixed with fear and prejudice.

The reality is that severe mental illnesses, such as schizophrenia and bipolar disorder, are simply that – mental illnesses. Mental illness is a disability but does not attract the degree of sympathy afforded to people affected by a physical disability. This was highlighted during the First World War in Europe when soldiers affected by shell shock were executed for desertion and failure to “do their duty”. Their counterparts with a physical disability were often rewarded with a heroes welcome. Today, mental disability should be viewed as a social issue and not simply a medical issue. All too often, those with a mental illness are viewed as second class citizens; they do not contribute fully, in the economic sense, to the welfare of the state and are

* u nastavku je prijevod teksta na hrvatski jezik

thus a drain on society. Yet they are positively denied job opportunities, participation in family life and social integration. Across Europe, employment barriers are very real. Around 85% of people with a mental health problem are classified as “economically inactive”; in other words they are not engaged in paid employment. Yet, frequently, they have the necessary academic qualifications and practical experience – they are simply viewed by employers as constituting too high a risk to fellow employees and in terms of output. The Mental Health Agency report that 69% of people with a history of mental illness are actively deterred from applying for a job whilst 34% of such people are dismissed or forced to resign by employers for not truly valid reason.

During the course of the 1980s, many European States began to introduce the notion of care in the community for those with a mental illness. This was an initiative to be applauded as a move to breaking down the barriers of stigma and discrimination through the dismantling of large psychiatric institutions. Regrettably, there were three major drawbacks. Firstly, the State forgot to enquire of its citizens if they were prepared to care. Secondly, they omitted to educate and inform the population about mental illness to overcome the barriers of fear and prejudice. Thirdly, they failed to put in place adequate resources to replace the support patients had previously received from the psychiatric hospitals. Day Centres were created but operated on a 9 to 5 basis only during the week when it was acknowledged that such patients accessed these services primarily at night-time and over the weekend. The absence of any prior mental health educational initiative by governments in Europe led to the development of a culture of “not in my back yard”. It was perfectly acceptable for patients to be discharged from a psychiatric hospital to come and live in the community so long as it was not in my street/district. As a consequence, ex patients often congregated in small communities on the outskirts of town where they suffered from isolation and the ability to shop cheaply in supermarkets to make the most of the meagre state benefits they were paid.

Twenty years on we are at last beginning to see some signs of hope in the battle to dismantle stigma and discrimination within society at large. There are an increasing number of good practices which can be adopted universally. For example, in Croatia, it is common for Roman Catholic priests to invite a small and select number of parishioners to tee on a Sunday afternoon. Many will now deliberately invite someone with a mental illness to demonstrate that they are a valued and accepted member of the community in the eyes of the church. This is the way to break down barriers.

The media have been hugely responsible for perpetuating the notion that severely mentally ill people are dangerous. There appears to be a natural

bias towards reporting crimes committed by people with a mental illness. Every so often a psychiatric patient is discharged from hospital by mistake and goes on to commit an offence, occasionally with fatal consequences. This is reported as headlines news on the front page of every paper as though it was an everyday occurrence. This is a commercial decision- it sensationalises an event, it sells papers and the proprietors make money. Happily, progress is being made with the Press as well today. Irish journalists have voluntarily agreed a code between them by which they undertake not to use words or phrases that are harmful to mentally ill patients or that may be viewed as judgemental. It is to be hoped that the code will be replicated across Europe in the near future. It is also good to note advances being made in the area of human rights and an ending of practices of abuse of mentally ill patients which would never be tolerated by a patient with a physical ailment.

Gradually, society at large is beginning to accept that people with a mental illness commit crimes and violent acts at the same rate as non-patients. The message is getting across that 90% of such patients never commit any kind of offence at all. Regrettably, such facts are boring and of little interest to the media – there is no “hook” on which to hang a newsworthy story that will sell copy. There is more mileage in transforming a medical issue into a public safety issue. The key to the future will be to get the media to move away from sensationalising people with a severe mental illness and to focus instead on sensationalising the lives of mentally ill people – what they have to cope with, the impact of medication and its side-effects, isolation from family and friends and general rejection by society at large. No-one asks to have a severe mental illness. Almost invariably, it is a matter of bad luck or a genetic predisposition. These are facts that need to be taught in school at an early age before prejudice and stigma have chance to take hold in tomorrow’s generation.

Stigma i duševna bolest u Europi

Rodney Elgie, dipl. pravnik, UK
European patient forum, GAMIAN-Europe

Stigmatizacija je produkt neznanja, straha, predrasuda i malograđanštine. Moglo bi se reći da postoji direktna povezanost između stupnja straha i neznanja sa jačinom stigmatizacije. To bi moglo objasniti zašto su duševni bolesnici sa shizofrenijom puno jače stigmatizirani od onih sa tjeskobom-anksioznim poremećajem. Mnogi od nas znaju kako je to biti anksiozan /tjeskoban, sjetimo se kad smo išli u školi na test, ili na razgovor za posao, noć prije vjenčanja, to je bila tjeskoba. No, ne možemo razumjeti kako je to kad netko sam sa sobom razgovara ili govori o halucinacijama kao da je to nešto sasvim normalno da mu se priviđa. Dakle, što je teža duševna bolest, sve manje ju razumijemo a to znači i sve jaču stigmatizaciju.

Mitovi i nerazumijevanje hrane se na neznanju i pogrešnim precepcijama, zabludama. To vodi do neutemeljenih pretpostavki vezanih za duševnu bolest kao da su zaista istinite. Novinari često povezuju nekoga sa duševnom bolesti kao da je "lud", loš i opasan. Iako znamo da su takvi bolesnici najčešće opasni, ako za ikoga, samo za sebe. U nekim ekstremnijim slučajevima, javnost će tvrditi da su takvi pojedincni opsjednuti vragom ili "grijevima svojih očeva". Ne postoji apsolutno nikakva znanstvena činjenica da to potvrdi no to postaje nevažno kad se pomiješa sa predrasudama i strahom.

Stvarnost je da teške duševne bolesti, poput shizofrenije i bipolarnog afektivnog poremećaja su jednostavno to- duševne bolesti. Duševna je bolest invaliditet no ne privlači simpatije ljudi kao druge vrste invaliditeta, slijepci, gluhoonijemi, ljudi bez nogu. To je bilo naglašeno tijekom Prvog Svjetskog rata u Europi kad su vojnici u stanju šoka bježali sa ratišta i bili ubijani kao dezerteri jer "napuštaju dužnost". Njihovi suborci bez noge dočekivani su kao heroji. Danas, duševni invaliditet treba biti smatran i socijalnim pitanjem a ne samo medicinskim pitanjem. Prečesto se ljude sa duševnom bolesti gleda kao drugorazredne građane, koji ne doprinose javnom dobru u ekonomskom smislu i dobiti države te crpe društvo i parazitiraju. Istovremeno, uskraćeno im je zapošljavanje, obitelj ih odbacuje a društvo ih ne želi integrirati.

Duž Europe, barijere za zapošljavanje duševnih bolesnika vrlo su realistične. Oko 85% ljudi sa duševnom bolesti smatrani su „ekonomski neaktivni“, drugim riječim, da ne dobivaju plaću. Ipak, često, imaju sve kvalifikacije i

praktično iskustvo no poslodavci ih gledaju kao prevelik rizik za ostale zaposlenike te za stopu bolovanja. Agencija za duševno zdravlje objavila je da 69% ljudi koji imaju u svojoj povijesti duševno oboljenje je odbijeno dok su tražili posao a 34% od njih je dobilo otkaz ili prisiljeno dati otkaz bez valjanog razloga.

Tijekom osamdesetih godina, mnoge europske države počele su se osvrtni na skb u zajednici za duševno oboljele. To je bila inicijativa koja je bila za svaku pohvalu, pokret da se smanje granice i prepreke koje je uzrokovala stigma i diskriminacija, kroz ukidanje velikih duševnih bolnica. Nažalost, ona je imala i svoje nedostatke. Prvo, država je zaboravila pitati svoje građane žele li oni u zajednici brinuti o duševnim bolesnicima. Drugo, propustili su educirati i informirati populaciju o duševnim bolestima, kako bi prevladali strah i predrasude. Treće, nisu stvorili adekvatne resorse i zamjenu kako bi pomogli bolesnicima te im omogućili podršku za život kakvu su do tada dobivali u bolnicama. Dnevni centri su napravljeni i radili su od 9-17 sati radnim danom a onda se uvidjelo da bolesnici trebaju usluge cijeli dan, I preko noći i preko vikenda. Nedostatak edukacije u zajednici vodio je do razvoja kulture "ne u mom dvorištu". Svi su naizgled prihvaćali da se bolesnici otpuste iz psihijatrijskih bolnica i dođu živjeti u zajednicu sve dok to nije imal veze sa njihovim susjedstvom, općinom. Kao posljedica toga, bivši bolesnici sakupljali su se u malim zajednicama na marginama gradova gdje su patili od izolacije i mogućnosti da kupuju jeftiniju hranu u supermarketu te koriste druge beneficije države.

Unatrag zadnjih dvadeset godina konačno smo uvidjeli neke znakove nade u borbi protiv stigme i diskriminacije u društvu u cjelini. Postoji veliki dio dobrih iskustava i prakse koja se može i drugdje provoditi. Na primjer, u jednom mjestu u Hrvatskoj, običaj je da katolički svećenik pozove mali broj župljana u nedjelju na čaj. Nekada namjerno pozove i nekoga tko je duševno bolestan, kako bi pokazao svojoj župi da ga prihvaća u očima crkve. To je jedan od načina da se raskinu barijere.

Novinari često šire vijesti o tome da su duševno bolesni opasni. Postoji prirodna predrasuda o tome da treba prijavljivati zločine koje naprave duševno oboljeli. Svako malo neki bolesnik je pogrešno otpušten iz bolnice i ode napraviti zločin, nekada sa kobnim posljedicama. To se uvijek objavi na naslovnoj stranici dnevnih novina kao da je to svakodnevna vijest. No, to je komercijalna odluka- senzacionalizirati događaj, to će prodati novine i zaraditi novac. Srećom, i novinari su danas u nekim zemljama napradovali. U Irskoj su novinari volonterski pristali, kao neki dogovor, kodeks između njih, da neće koristiti riječi ili fraze koje su štetne za duševno obolejle ili da neće imati predrasuda kad pišu o njima. Možemo se samo nadati da će se taj kodeks proširiti europom u budućnosti. Također je dobro spomenuti da je napredak učinjen u polju ljudskih prava i da je došao kraj zlouporabi

duševno bolesnih, što se ne bi moglo dogoditi fizičkom invalidu, da tako bude zlouporabljen.

Postepeno, društvo u cjelini počelo je prihvaćati da duševni bolesnici rade kriminalna djela u istom postotku kao i drugi ljudi a 90% bolesnika nije nikada napravilo nikakvo krivično djelo. Nažalost, takvi podatci su dosadni i novinare ne zanimaju, oni nisu kuka na koju možeš objesiti priču koja će prodati novine. Puno je zanimljivije transformirati medicinsko pitanje u pitanje ugrožavanja javne sigurnosti. Ključ za budućnost biti će nagovoriti novinare da se maknu od senzacionaliziranja duševnih bolesnika i fokusiraju se na senzacionaliziranje njihova teškog života, sa čime se sve bolesnici moraju nositi, koliko su im teški lijekovi koje doživotno moraju uzimati i njihove nuspojave, koliko ih obitelj izolira, koliko ih prijatelji i društvo odbacuje. Nitko ne želi oboljeti od duševne bolesti. Skoro uvijek to je stvar loše sreće ili nasljeđa. To su činjenice koje bi trebalo poučavati u školi kako se predrasude ne bi niti stvorile u idućoj generaciji.

Nacionalna prezentacija preliminarnih rezultata sudjelovanje udruge »Sretna obitelj« u Gamian stigma survey istraživanju

/National presentation of preliminary results of participation of Happy family NGO in Gamian stigma survey

**mr. sc. Ema N. Gruber, dr. med., spec. psihijatar,
Rodney Elgie, dipl. iur., Elaine Brohan, prof.,
mr. sc. Sanja Martić-Biočina, dr. med., spec. psihijatar**

Uvod:

Ovo istraživanje dio je paneuropskog istraživanja (53,54) koje je 2007. godine u 20 europskih zemalja pokrenula GAMIAN-Europe međunarodna organizacija (46) koja okuplja udruge i zastupa prava duševnih bolesnika. Istraživanje nadgledaju prof. Norman Sartorius, znanstveni direktor Globalnog programa za borbu protiv stigme Svjetske zdravstvene organizacije i prof. Graham Thornicroft, pročelnik Službe za zdravlje i odjela za istraživanja na populaciji Instituta za psihijatriju King's

koledža u Londonu u Engleskoj (Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, England). Istraživanje je za Hrvatsku provodila udruga »Sretna obitelj«.

Metode:

Istraživanje je usmjereno na tri dimenzije unutar problema stigmatizacije: samostigmatizaciju - internaliziranu stigmatizaciju, doživljaj obezvrjeđenja i diskriminacije te osnaživanje (empowerment) osoba oboljelih od psihičkih poremećaja.

Podaci su prikupljeni od osoba s duševnim bolestima različitih dijagnoza (shizofrenija, sumanutni poremećaj, shizoafektivni poremećaj, anksiozni poremećaji, bipolarni poremećaji, depresija) u kroničnoj fazi bolesti pred kraj hospitalizacije, odnosno u izvanbolničkim uvjetima. U prikupljanju podataka sudjeluju članovi nevladinih udruga za duševne bolesnike u Hrvatskoj i zemljama Europe (Grčkoj, Finskoj, Poljskoj, Rumunjskoj, Sloveniji i Italiji) u kojima se također provodi istovjetno istraživanje, nakon čega se rade usporedbe. U zemljama u kojima engleski nije materinski jezik, budući da se upotrebljavaju ljestvice koje su proizvedene i standardizirane za populaciju koja govori engleski, predviđen je prijevod i kros-kulturalne (cross cultural) adaptacije upitnika na govorni jezik države u kojoj se ispitivanje provodi, kako bi dobiveni podaci bili komparabilni.

Rezultati:

Prikazani i obrađeni podaci prikupljeni su od 1 605 bolesnika iz 7 europskih zemalja: Hrvatske (269), Poljske (411), Grčke (198), Slovenije (130), Rumunjske (203), Finske (194) i Italije (200).

NAPOMENA!

Nađene su velike razlike u sociodemografskim pokazateljima bolesnika u različitim državama koje su sudjelovale u istraživanju. Razlikama koje su dobivene, odnosno ishodima istraživanja, ne bismo se trebali služiti za uopćavanje sociodemografske strukture duševnih bolesnika u tim zemljama, budući da se u istraživanju nije moglo utjecati niti birati koji će bolesnici sudjelovati u anketi, a broj anketiranih bolesnika nije dovoljan za uopćavanje podataka na cjelokupnu populaciju pojedine države.

KOLIKO JE MUŠKARACA, A KOLIKO ŽENA SUDJELOVALO U ISTRAŽIVANJU?

U Hrvatskoj su otprilike polovinu broja bolesnika činili muškarci, a polovinu žene. Statistički značajna razlika između broja muškaraca i žena koji su sudjelovali nađena je između bolesnika Hrvatske te Rumunjske, Finske i Italije, u kojima je veći postotak bolesnika bio ženskog spola.

Nema razlike u odnosu spolova bolesnika između Hrvatske te Poljske, Grčke i Slovenije, gdje je otprilike polovina bolesnika bila muškog spola, a polovina ženskog spola.

S KOLIKO SE GODINA BOLESNICI JAVLJAJU NA LIJEČENJE PRVI PUT?

Pretpostavili smo da će se bolesnici na liječenje javljati u relativno mladoj životnoj dobi, proporcionalno s dobi pojavljivanja duševne bolesti. Također smo pretpostavili da će u zemljama s boljom zdravstvenom zaštitom znakovi bolesti biti prije prepoznati, svijest ljudi bit će naprednija, a bolesnici će se prije javljati na liječe.

Ovo istraživanje pokazalo je da postoji statistički značajna razlika u životnoj dobi u kojoj su se bolesnici počeli liječiti između Hrvatske te Rumunjske, Poljske, Grčke i Slovenije, a nema značajne razlike u dobi između Hrvatske, Finske i Italije. Najmlađi se počinju liječiti duševni bolesnici iz Grčke (s 25 godina), a najstariji iz Rumunjske (s 36 godina). Hrvati se počinju liječiti u prosjeku s 33 godine.

GDJE I S KIM BOLESNICI ŽIVE?

Ispitali smo istinitost pretpostavke da duševni bolesnici rijetko žive u obitelji, već su ili sami ili u nekom obliku smještaja. Zbog pada na socijalnoj ljestvici pretpostavljeno je da nemaju vlastitu kuću ili stan.

Nađene su značajne razlike u mjestima na kojima bolesnici žive u pojedinim državama.

U vlastitom stanu u Hrvatskoj, Poljskoj i Sloveniji živjela je polovina bolesnika, a u Rumunjskoj i Italiji 70% bolesnika, dok u Finskoj čak 40% bolesnika žive kao podstanari. U Grčkoj je 60% bolesnika živjelo kod rođaka, a 25% bolesnika u domu za duševno oboljele te svega 6% bolesnika u vlastitom stanu.

Postoje značajne razlike u tome s kim bolesnici žive. U Hrvatskoj gotovo polovina bolesnika živi sa ženom i/ili djecom, a slično je u Sloveniji i Francuskoj. U Hrvatskoj 1/4 bolesnika živi s roditeljima ili rođacima, a isti postotak nađen je i u Poljskoj, dok u Grčkoj 60% bolesnika živi s rođacima, a 1/3 sa sustanarom. Najveći je broj bolesnika koji žive sami bio u Francuskoj (45%), a najveći postotak bolesnika koji žive s djevojkom/mladićem u Rumunjskoj (50%) i Italiji (50%) gdje oko polovine bolesnika također živi u vlastitom stanu.

IMAJU LI DUŠEVNI BOLESNICI PARTNERA/BRAČNOG DRUGA?

Ispitali smo istinitost pretpostavke da duševni bolesnici nemaju partnera, da nisu u braku ili ih je bračni drug ostavio te da zbog duševne bolesti teže nalaze partnera i lakše ga gube.

Istraživanje je pokazalo djelomičnu istinitost pretpostavke. U Hrvatskoj, Rumunjskoj, Sloveniji, Finskoj i Italiji nešto više od polovine bolesnika ima partnera ili bračnog druga, a druga polovina ga nema. Nasuprot tome, u Poljskoj 70% i u Grčkoj 81% bolesnika nema partnera.

JESU LI SU BOLESNICI BLISKI BILO S KIM IZ SVOJE OBITELJI?

Podjednako u svim državama visoki postotak bolesnika ima nekoga u obitelji s kime je blizak, osim u Poljskoj gdje svega polovina ispitanika ima nekoga bliskog u obitelji. Značajno najveći postotak bolesnika koji imaju blisku osobu u obitelji je u Rumunjskoj, 86%.

KOLIKO BOLESNICI LJUDE KOJE VIĐAJU SMATRAJU PRIJATELJIMA?

Nije se pokazala istinita pretpostavka da duševni bolesnici nemaju prijatelje. Od 80% do 90% bolesnika u Hrvatskoj, Rumunjskoj, Finskoj i Italiji smatra prijateljem nekoga od ljudi koje viđaju, a značajno manje takvih prijatelja imaju bolesnici iz Poljske, Grčke i Slovenije. Čak polovina svih bolesnika iz Grčke nema nikoga među poznatima koga smatra prijateljem, možda zato što ih veliki postotak živi u domu za duševno bolesne, a ovo pitanje isključuje medicinsko osoblje.

Slični su omjeri dobiveni u državama i za pitanje imaju li bolesnici blisku osobu kojoj se mogu povjeriti.

JESU LI I GDJE SU BOLESNICI ZAPOSLENI TE OTKUDA DOLAZI NOVAC OD KOJEG ŽIVE?

Ispitivali smo predrasudu u društvu, pretpostavku da su duševno bolesni radno nesposobni, ne rade ili su u mirovini.

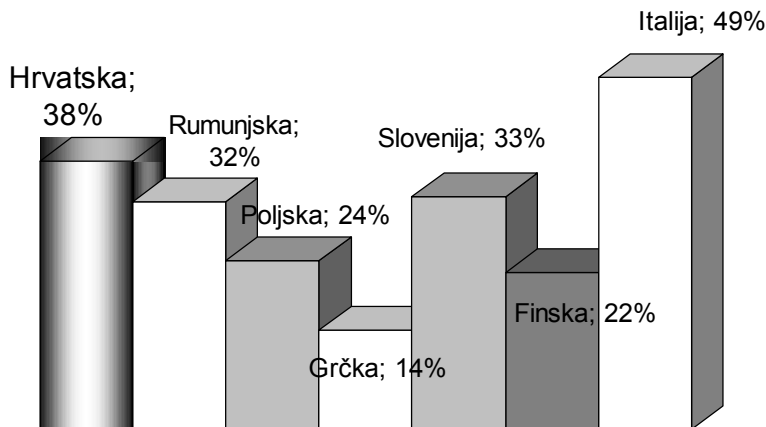
Značajne razlike nađene su između bolesnika u odnosu na zemlje iz kojih dolaze. Oko 1/3 bolesnika u Hrvatskoj i Italiji radi puno radno vrijeme, u Rumunjskoj i Sloveniji puno radno vrijeme radi svega 1/4 bolesnika, svega 10% Poljaka i Finaca te 6% Grka.

Najveći je postotak bolesnika u mirovini: 55% Finaca, 32% Slovenaca, 44% Rumunja u odnosu na 23% Hrvata. Oko 20% bolesnika iz Hrvatske, Grčke, Slovenije i Finske smatra se da nije radno sposobno te čak polovina Poljaka. Čini se da su bolesnici ili radno nesposobni, u mirovini ili rade puno radno vrijeme. Neznatan ih postotak radi volonterski, polovinu radnoga vremena ili traži zaposlenje. Zanimljiv je postotak od 12% bolesnika iz Grčke koji studiraju i 11% bolesnika iz Grčke koji ne žele raditi da ne bi izgubili povlastice.

Prihodi bolesnika u skladu su sa zaposlenjem. U Hrvatskoj je većina mirovina invalidska mirovina, kao i u Poljskoj i Grčkoj, dok je u Rumunjskoj, Sloveniji i Finskoj te Italiji veći postotak redovne mirovine nego invalidske mirovine. Malen postotak bolesnika koji su sudjelovali u istraživanju prima

socijalnu pomoć, osim 22% u Sloveniji. U Hrvatskoj, Grčkoj, Sloveniji i Italiji 15% – 20% bolesnika dobiva novac od nekoga iz obitelji.

**Postotak bolesnika koji rade
(puno ili pola radnog vremena ili volonterski)**



KAKVO JE OBRAZOVANJE BOLESNIKA?

Zanimala nas je istinitost predrasuda u društvu da su duševni bolesnici nižeg obrazovanja te da su zbog toga nezaposleni, čime posljedično dolazi do socijalnog pomaka na društvenoj ljestvici.

Istraživanje je pokazalo da postoje značajne razlike u obrazovanju bolesnika prema državama, no ne može se reći da su ispitivani bolesnici nižeg obrazovanja. U Hrvatskoj 2/3 bolesnika ima srednju školu, 1/4 osnovnu školu, 11% ih ima fakultet, a nitko nema poslijediplomski studij. Slično je kod bolesnika u Sloveniji, dok je omjer u ostalim zemljama potpuno drugačiji: malen ili vrlo malen broj bolesnika ima osnovnu školu, od 1/3 (Italija, Rumunjska) do 1/2 (Poljska, Grčka, Finska) bolesnika ima srednju školu, 30% - 40% bolesnika (Rumunjska, Grčka, Italija) ima fakultet, dok čak 20% bolesnika u Poljskoj i Italiji ima završenu i poslijediplomsku edukaciju. Ako je i primijećen fenomen socijalnog pomaka na društvenoj ljestvici, nije uzrokovan nižim obrazovanjem (nego možda nezaposlenošću ili kasnim početkom bolesti). Osim što je duševna bolest kronična recidivirajuća bolest koja ima progresivan tijek, pretpostavka je da osjećaj manje vrijednosti kod bolesnika dovodi do gubitka samopouzdanja, a time i do smanjenja već ionako smanjene uspješnosti, što dovodi do jačanja disabiliteta, a povlačenje od društva dovodi do manjka socijalnih vještina. Bolesnik je sve slabije sposoban za samouzdržavanje te pada na socijalnoj ljestvici što dovodi do daljnjeg i dubljeg razlikovanja od okoline, a time do intenziviranja stigme.

Samoefikasnost je definirana kao očekivanje osobe od sebe da može uspješno nešto učiniti u određenoj situaciji (62). Snižena samoefikasnost i

demoraliziranost povezane su s nemogućnošću zapošljavanja ili samostalnog života i promašenih prilika za uspjeh (63).

Na rezultate ovog istraživanja utječe i činjenica da su vjerojatno u istraživanju sudjelovali bolesnici boljeg obrazovanja i akademskih vještina, a oni lošijeg, koji ne znaju ili ne mogu pisati, nisu obuhvaćeni istraživanjem jer ankete nisu ispunili ili su ih ispunili djelomično.

ZNAJU LI BOLESNICI SVOJU DIJAGNOZU I SLAŽU LI SE S NJOM?

Pretpostavili smo da većina bolesnika zna svoju dijagnozu, no ne mora se s njom slagati, stoga je kao problem postavljeno pitanje jatrogene stigmatizacije, one koju provode profesionalci, liječnici kada bolesniku izriču određenu dijagnozu i time ga »etiketiraju«.

Istraživanje je pokazalo da visoki postotak bolesnika zna svoju dijagnozu. Od bolesnika iz Hrvatske (75%) značajno se razlikuje viši postotak iz Grčke (91%) i Italije (89%) koji zna svoju dijagnozu, kao i značajno niži postotak bolesnika koji zna svoju dijagnozu iz Slovenije (74%) i Rumunjske (73%). U svoju dijagnozu najčešće nisu sigurni Hrvati (16%) i Poljaci (10%) dok ju ostali ne znaju.

Čak se polovina bolesnika u Hrvatskoj i oko 60% bolesnika u Rumunjskoj, Poljskoj, Sloveniji, Finskoj i Italiji slaže sa svojom dijagnozom, a 20% - 25% bolesnika se u tim zemljama djelomično s njom slaže. Ostali nisu sigurni slažu li se ili ne slažu, a samo se malen postotak bolesnika ovih zemalja ne slaže sa svojom dijagnozom. Za razliku od njih, svega se 20% Grka slaže sa svojom dijagnozom, 25% se djelomično slaže, a polovina bolesnika u Grčkoj nije sigurna slaže li se ili ne slaže da boluje od dijagnosticirane bolesti.

KOJIH SU DIJAGNOZA BILI BOLESNICI KOJI SU SUDJELOVALI U ISTRAŽIVANJU?

U ukupnom uzorku svih 7 zemalja, 19,4% bolesnika bolovalo je od depresije, 19,3% od shizofrenije, 2,1% od alkoholizma, 7,9% od bipolarnog afektivnog poremećaja, 2,3% od anksioznog poremećaja, 1,9% od poremećaja osobnosti, 0,3% od poremećaja prehrane, 13,7% od ostalih psihotičnih poremećaja, 5,3% od ostalih afektivnih poremećaja, 1,9% od PTSP-a, 0,4% od neurološkog poremećaja, 16,4% bolesnika nije znalo svoju dijagnozu, 0,1% od epilepsije, a 9% bilo je neodređenih.

STUPANJ SAMOSTIGMATIZACIJE/INTERNALIZIRANA STIGMA

Istraživali smo istinitost pretpostavke da se duševni bolesnici samostigmatiziraju, tj. imaju predrasude prema sebi jer su duševno bolesni. Ova pretpostavka temelji se na činjenicama da bolesnik obično percipira stigmatiziranost, predrasude i izbjegavanje okoline jer je duševno bolestan. Osjeća da je nepoželjan u društvu, da ga odbijaju zbog bolesti, da zbog neprimjerenog afekta i bizarnog ponašanja odudara od ostalih ljudi, što ga

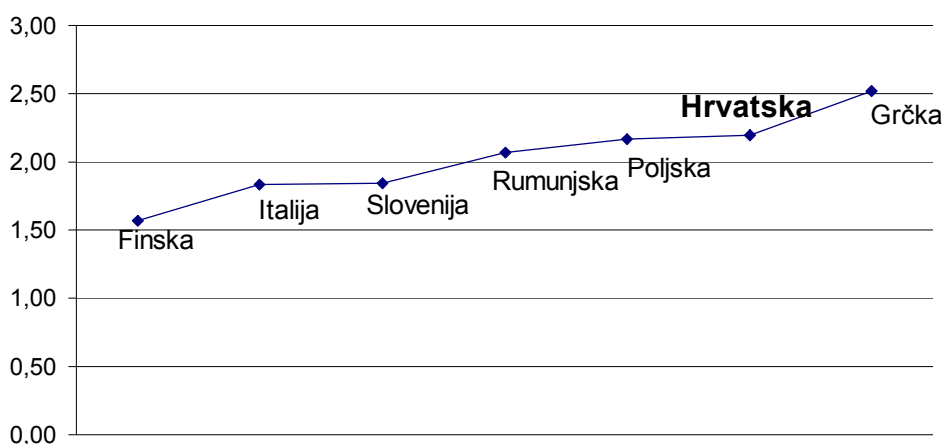
odatno hendikepira, dovodi do osjećaja manje vrijednosti koju posebice prepoznaje kada je u remisiji bolesti pa naposljetku prihvaća društveni stav o sebi i sam počinje jednako misliti.

Pretpostavili smo i da će u zemljama s razvijenom demokracijom i psihijatrijom u zajednici stupanj samostigmatizacije biti manji, a veći u zemljama povijesti poput naše.

U dosadašnjim istraživanjima, visoke vrijednosti internalizirane stigme nađene su kod rezultata iznad srednje vrijednosti 2,5.

Ovo je istraživanje pokazalo da bolesnici imaju stupanj samostigmatizacije u prosjeku niži od podataka iz literature. Također je pokazalo da se stupanj samostigmatizacije u bolesnika značajno razlikuje prema državama iz kojih bolesnici dolaze. Najmanje izraženu samostigmatizaciju, odnosno najmanje predrasuda koje bolesnici imaju prema sebi kao bolesnima, nađeno je u Finskoj, Italiji i Sloveniji, a najveća samostigmatizacija nađena je u Grčkoj te Hrvatskoj i Poljskoj. Ipak, niti jedna država, osim Grčke, nije se približila visokoj internaliziranoj stigmatizaciji do sada zabilježenoj u literaturi.

**Stupanj internalizirane stigme
/samostigmatizacije u bolesnika**

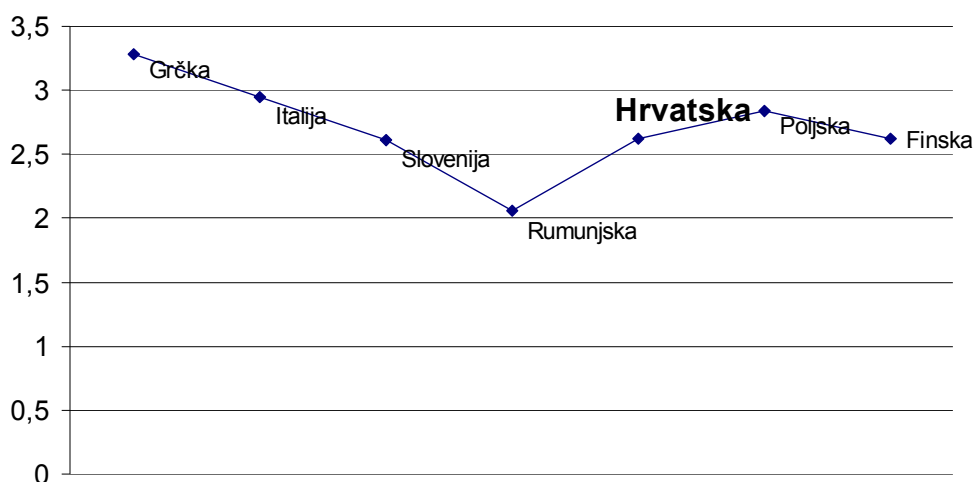


KOLIKO SE BOLESNICI DOŽIVLJAVAJU OBEZVRIJEĐENIMA I DISKRIMINIRANIMA U DRUŠTVU JER BOLUJU OD DUŠEVNE BOLESTI?

Pretpostavili smo da se stupanj diskriminacije i obezvrjeđenja, odnosno vjerovanja da okolina ima negativne stavove prema duševno bolesnima i da ih diskriminira, u Hrvatskoj razlikuje od istih u zemljama koje imaju razvijenu psihijatriju u zajednici i dugogodišnju demokraciju, smatrajući da te zemlje obilježava smanjenje vjerovanja u diskriminaciju, a našu državu, poput

država slične povijesti, jači stupanj diskriminacije duševno oboljelih osoba. Rezultati istraživanja pokazuju da samo Rumunjska ima statistički značajno niže vrijednosti diskriminacije i obezvrjeđenja od Hrvatske. Slovenija, Finska i Italija imaju podjednake vrijednosti kao i Hrvatska, dok Poljska i Grčka imaju značajnije višu vrijednost od Hrvatske. Dakle, pretpostavka o tome da dugogodišnja demokracija smanjuje razinu diskriminacije u društvu nije dokazana, dapače, Hrvatska uz Sloveniju i Rumunjsku ima najmanji scor diskriminacije od svih država.

Doživljaj obezvrjeđenosti i diskriminacije u društvu radi duševne bolesti



KOLIKO SE BOLESNICI OSJEĆAJU OSNAŽENIMA /EMPOWERMENT/ I OSJEĆAJU LI DA IMAJU KONTROLU NAD SVOJOM BOLESTI?

Pretpostavili smo da se stupanj osnaženosti i kontrole koji osobe s duševnim poremećajima imaju prema sebi i nad svojom bolesti u Hrvatskoj razlikuje od istih u zemljama koje imaju razvijenu psihijatriju u zajednici i dugogodišnju demokraciju, smatrajući da te zemlje imaju veći stupanj osnaženosti i kontrole, a naša država, poput država slične povijesti, ima manji stupanj osnaženosti zbog kasnijeg razvoja demokracije. Također smo pokušali ispitati predrasude da se duševni bolesnici osjećaju slabima i da nemaju osjećaj kontrole nad bolesti.

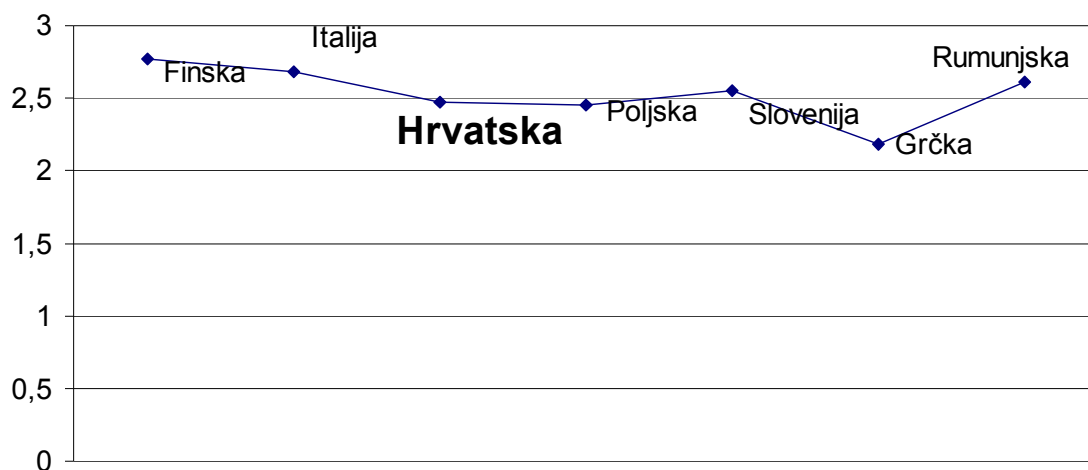
Prema dosadašnjim istraživanjima (Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., 1997.) najviša vrijednost osnaživanja bila je 4. Srednja vrijednost dobivena na uzorku duševnih bolesnika bila je $2,94 \pm 0,32$, što znači da Slovenija, Grčka, Hrvatska, Rumunjska i Poljska imaju niže vrijednosti, odnosno manje osnažene bolesnike od prosjeka, a bolesnici Finske i Italije dosegili su prosječne razine osnaživanja bolesnika zabilježene u literaturi.

Rezultati pokazuju da je po razini osnaživanja Hrvatska slična Poljskoj i Sloveniji. Statistički značajno od Hrvatske veće stupnjeve osnaženosti

bolesnika imaju Rumunjska, Finska i Italija, a statistički značajno manje od svih zemalja, pa i od Hrvatske, osnaženi su bolesnici iz Grčke. Svi bolesnici ukupnog uzorka imaju znatno manji stupanj osnaživanja od opće populacije. U skladu s ovim rezultatom je i rezultat kojim su Grci pokazali najveći stupanj doživljaja društvene diskriminacije i obezvrjeđivanja te najviši stupanj internalizirane stigme pa je logično i da se osjećaju nemoćnima i bez kontrole.

Zanimljivo je da u literaturi postoji podatak da stupanj osnaženosti duševnih bolesnika nije povezan s ukupnim troškovima po glavi bolesnika koji država (SAD) izdvaja godišnje za sektor duševnih bolesti. U literaturi postoji i podatak da države s većim brojem stanovnika (unutar SAD-a) imaju osnaženije duševne bolesnike, što se ne povezuje s bogatstvom države ili izdvojenim sredstvima za zdravstvo, već s većom mogućnosti da se u populacijski brojnijoj državi razvije više civilnih organizacija /udruženja bolesnika/ koje osnažuju bolesnike za bolju kontrolu nad svojom bolesti i liječenjem.

Osjećaj osnaženosti i kontrole koju bolesnici imaju prema sebi i prema bolesti



Ovo su preliminarni rezultati istraživanja koje se nastavlja, te se kao takvi ne mogu uzeti kao relevantni za zaključivanje ili citiranje.

SIGURNOST

***Griješiti je ljudski,
ne priznati pogrešku
je neprihvatljivo,
a ne učiti iz pogreške
je nedopustivo..***

Preventivne mjere za poboljšanje sigurnosti bolesnika u Hrvatskoj

**mr. sc. Valerija Stamenić, dr. med.,
Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi**

Mentalno/duševno zdravlje sastavni je dio općeg zdravlja. Duševne bolesti i poremećaji predstavljaju jedan od primarnih javnozdravstvenih problema, kako u svijetu, tako i u nas, zbog relativno visoke prevalencije i često kroničnog tijeka, početka u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite. Osobe s mentalnim/duševnim zdravstvenim problemima imaju povećani morbiditet i mortalitet od tjelesnih bolesti. Mentalni/duševni poremećaji stigmatiziraju, izazivaju veliku subjektivnu patnju bolesnika i značajno smanjuju kvalitetu života bolesnika, ali i njegove obitelji i društvene okoline. Procjenjuje se da mentalne bolesti čine 14% svih bolesti i najviše pridonose morbiditetu među nezaraznim bolestima.

U Republici Hrvatskoj temeljna načela organiziranja i provođenja zaštite te pretpostavke za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama propisuje *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama*. Prema Zakonu, osoba s duševnim smetnjama je duševno bolesna osoba, osoba s duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama ili osoba s drugim duševnim smetnjama koja se smješta u psihijatrijsku ustanovu uz vlastiti pristanak (dobrovoljni smještaj) i koja se može pregledati ili podvrgnuti liječničkom pregledu uz njezin usmeni pristanak. Smještaj bez pristanka je smještaj osobe koja nije sposobna dati pristanak, pa pristanak umjesto nje daje zakonski zastupnik ili nadležni centar za socijalnu skrb. Pregled osobe može se obaviti protiv njezine volje samo ako osoba ozbiljno ugrožava vlastiti život, zdravlje ili sigurnost, odnosno život, zdravlje ili sigurnosti drugih osoba. Osobama s duševnim smetnjama koje su u kaznenom ili prekršajnom postupku proglašene neuračunljivim osobama, prisilni smještaj određuje sud u kaznenom postupku.

Prema podacima *Registra za psihoze Hrvatske* koji je još 1961. godine utemeljen u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, skupina duševnih bolesti i poremećaja na sedmom je mjestu ljestvice uzroka hospitalizacija u Hrvatskoj 2006. godine s udjelom od 7,0%. Međutim po broju korištenih dana bolničkog liječenja nalaze se na prvom mjestu s udjelom od 21,9% u ukupnom broju dana bolničkog liječenja. To znači da se u Hrvatskoj gotovo svaki peti dan bolničkog liječenja koristio za skupinu duševnih bolesti i poremećaja. Gotovo dvije trećine svih uzroka hospitalizacija iz skupine

duševnih bolesti i poremećaja 2006. godine predstavljaju četiri dijagnostičke skupine – alkoholizam s udjelom od 20,3%, shizofrenija (17,2%), reakcije na teški stres, uključujući posttraumatski stresni poremećaj (13,0%) i depresivni poremećaj (10,8%). U ukupnom broju dana bolničkog liječenja duševnih bolesti i poremećaja prednjači shizofrenija s udjelom od 33,7%. U Hrvatskoj je u razdoblju od 2000. do 2006. godine zabilježeno opadanje počinjenja samoubojstava (926 slučaja, stopa 20,9 2000. godine; 798 slučaja, stopa 18,0 2006. godine, izračunato prema popisu iz 2001. godine). S obzirom na spol, u istom razdoblju omjer samoubojstava muškaraca i žena kretao se u rasponu od 2,2 do 3,5 : 1. Svi podaci o osobama liječenim zbog zlorabe psihoaktivnih droga u sustavu zdravstva prikupljaju se u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i prate od 1978. godine u *Registru osoba liječenih zbog zlorabe psihoaktivnih droga*. U 2006. godini u zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske registrirano je 7 427 osoba liječenih zbog ovisnosti o drogama. Gotovo svaka deseta liječena osoba (721 - 9,7%) bila je u dobi do 20 godina, a najveći udio liječenih u dobnoj skupini od 20 do 29 godina – 2 031 osoba (27,3%). Najviše liječenih osoba bilo je zbog uzimanja i/ili ovisnosti o opijatima – 5 611 osoba (75,5%). Visokom udjelu liječenih zbog ovisnosti o opijatima djelomično je razlog i veliki broj ovisnika koji su liječeni metodom održavanja na metadonu. Zbog dugotrajne hospitalizacije (broj dana varira od 22 do 150 dana) moguće su bolničke infekcije, iako u znatno manjoj mjeri nego na akutnim odjelima.

Svaka zdravstvena ustanova, sukladno s *Pravilnikom o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija*, koji je donesen na temelju *Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti*, dužna je osnovati Povjerenstvo za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija i dostaviti godišnje izvješće Ministarstvu zdravstva. Prema dostavljenim izvješćima iz 2006. godine, 3/6 psihijatrijskih ustanova prijavilo je epidemije, dvije poznate etiologije (uzročnik Norovirus), a kod jedne epidemije nije identificiran uzročnik proljeva.

U svibnju 2002. godine, 55. generalna skupština Svjetske zdravstvene organizacije usvojila je Rezoluciju WHA 55.18 koja poziva članice da usmjere pozornost na problem sigurnosti bolesnika i da ustanove i osnaže sustav na znanstvenoj osnovi za poboljšanje sigurnosti bolesnika i kvalitete zdravstvene zaštite. Svjetski savez za sigurnost pacijenta (*WHO World Alliance Patient Safety*) podržala je 2004. godine 57. generalna skupština, kako bi pomogao razviku politike i prakse o sigurnosti bolesnika u svim zemljama članicama i djelovao kao snaga za međunarodno poboljšanje. Program Saveza 2006. – 2007. sveobuhvatan je za akciju o sigurnosti bolesnika. Svaki zaposlenik u zdravstvenoj zaštiti treba pridonijeti promicanju kulture sigurnosti, pojačati globalnu akciju na područjima najvećeg rizika za sigurnost bolesnika, razviti standarde i smjernice za način opažanja i učenja od bolesnika o problemima sigurnosti kako bi se umanjili

rizici za buduće bolesnike, razviti i širiti znanje na znanstveno dokazanoj politici i najboljoj praksi o sigurnosti bolesnika, izgraditi konsenzus o zajedničkim konceptima i definicijama sigurnosti bolesnika i nuspojava, ubrzati istraživanja na područjima koja će imati najveći utjecaj na probleme sigurnosti te osnažiti partnerski odnos kako bi pridonio razvitku znanja i socijalne pokretljivosti. Zdravstvena zaštita koja je »sigurna koliko je moguće i što prije moguće« jednostavna je snažna poruka Saveza. U njezinoj jednostavnosti leži značajan izazov za sve sustave zdravstvene zaštite. Akcija o sigurnosti bolesnika dobiva globalnu vrijednost pa sigurnost bolesnika postaje prioritet i zajednički izazov.

Patients for Patients Safety je inicijativa bolesnika da se promicanjem programa za sigurnost bolesnika i osnaživanjem bolesnika izbjegnu rizici i reduciraju pogreške zdravstvenih radnika te osigura partnerski odnos bolesnika i zdravstvenih djelatnika. *Londonska deklaracija* iz 2006. godine inicira konstruktivan dijalog, častan, otvoren i jasan pristup zdravstvenih djelatnika prema bolesnicima te utvrđivanje sustava izvješćivanja i promoviranje dobre prakse i izvrsnosti.

Psihijatrijski bolesnici, bilo hospitalizirani ili ambulantno liječeni, imaju odgovornosti i prava. Očekuje se da kao bolesnici aktivno sudjeluju u liječenju i da poštuju prava i potrebe ostalih. U slučaju destruktivnog ponašanja prisilno hospitaliziranog bolesnika, nužno je da osoblje bude uvježbano za identificiranje i ograničavanje potencijalnih rizičnih čimbenika. Nužno je i da svi bolesnici, kao i članovi terapijskog tima, budu svjesni svoje uloge i odgovornosti u liječenju i posljedicama neprihvatljivog ponašanja kada se ono dogodi. Neki bolesnici sa širom psihopatologijom mogu se ponašati nasilno s provokacijom ili bez nje i s upozorenjem ili bez njega, zbog čega predstavljaju opasnost. Iako nitko ne može predvidjeti nasilno ponašanje, moguće je evaluacijom anamneze bolesnika agresivnog ponašanja procijeniti rizik i pomoći mu da razumije povezanost mentalne bolesti i ponašanja te spriječiti njegovo nasilničko ponašanje. Preventivne mjere, uključujući primjerenu uvježbanost osoblja u procjeni opasnosti i upravljanju potencijalnim opasnim situacijama, moraju imati prednost u svim terapijskim jedinicama koje pružaju zaštitu takvim bolesnicima.

Zbog značajka rada u zdravstvenim ustanovama, zdravstvo se kao djelatnost smatra poprištem i radilištem u kojem nerijetko dolazi do oštećenja zdravlja pa i gubitka života, najčešće u pacijenata, a nerijetko i u zdravstvenih djelatnika. Prema podacima iz literature, na psihijatrijskim odjelima za dugotrajno liječenje najčešće su pogreške medikacije, a administriranje krivog lijeka najčešća je pogreška zdravstvene službe. Zbog toga je bitna razvijenost sustava provjere kako bi pravi lijek bio isporučen pravom bolesniku, čime se osigurava bolesnikova sigurnost i poboljša kvaliteta skrbi. Pogreška krivog lijeka definira se kao pogreška farmaceuta ili sestre, najčešće kod dugotrajne terapije u domovima za starije i nemoćne,

dok je kriva doza propust u provjeri administriranosti podesne doze. Moguće su i nuspojave lijeka, najčešće kod bolničkog liječenja, a vodeći uzrok nuspojave je nedostatak znanja o medikaciji. Sigurnost bolesnika može se promovirati sprječavanjem preventabilnog potencijalnog događaja nuspojave lijeka (PADEs – potencijal adverse drug events) boljom organizacijom s ispisanim imenom bolesnika kod propisivanja i administriranja lijeka.

Osnovni su ciljevi *Nacionalne strategije razvitka zdravstva 2006. - 2011.* godine unaprijediti zdravstveni sustav kako bi zadovoljio potrebe građana Republike Hrvatske za kvalitetnom stručnom medicinskom zdravstvenom skrbi koja se temelji na načelima medicinske prakse zasnovane na znanstvenim dokazima, a obuhvaća sprječavanje bolesti, sprječavanje profesionalnih bolesti, edukaciju o zdravlju i ranom prepoznavanju rizika bolesti te liječenje i rehabilitaciju bolesnih. Pod unapređenjem sustava misli se na zdravstvenu infrastrukturu (prostor, opremu, stručno osoblje), stoga će biti doneseni novi pravilnici o sigurnosti na radu, o pravilnom odnosu i ponašanju svih sudionika liječenja, bilo primatelja bilo davatelja usluga, te će biti propisana pravila i standardi vezani uz akreditaciju zdravstvenih ustanova. Ističe se potreba intenziviranja aktivnosti u sigurnosti bolesnika i zaštite mentalnog zdravlja radi unapređenja zaštite mentalnog zdravlja i suradnje na ovom području, kako u zemljama EU, tako i na europskoj razini.

Literatura:

- *The Lancet Series on Global Mental Health: Article Collection.*
- *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetanja* (»Narodne novine« br.111/97,128/99,79/02)
- *Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti* (»Narodne novine« br. 79/07)
- *Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija* (»Narodne novine« br. 93/02)
- *Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2006. godinu, Zagreb, 2007.*
- *Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2004.*
- *WHO World Alliance Patient Safety. Forward Programme 2006.-2007. WHO/EIP/HDS/PSP/2006.1.*
- *European Regional Patient for Patient Safety Workshop, Dublin, Ireland 3-5 Spetember 2007. EUR/07/5074812*
- *Hiroto Ito, Syun Yamazumi. Commom types of medication errors on long-term psychiatric care units. Int J Qual Health Care 2003; 15: 207-212.*
- *Canadian Psychiatric Association. Assaultive and Destructive Behaviour in a Treatment Setting: Guidelines for the Psychiatrist.*
- *Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006-2011.*(»Narodne novine« br. 72/06)
- *Websites*
- www.thelancet.com/online/focus/mental_health/collection

- www.nn.nr
- www.hzjz.hr
- www.who.int/patientsafety
- safety@patientsorganizations.org
- http://ww1.cpa-apc.org:8080/Publications/Position_Papers/Assaultive.asp

Aktivnosti za sigurnost pacijenata u Bosni i Hercegovini – primjer UKC-a Tuzla

Mr. sc. Ahmed Novo*, dr. med., Maida Nuhić, dipl. iur.**

***Ured SZO za Bosnu i Hercegovinu,**

****Univerzitetsko-klinički centar Tuzla, Bosna i Hercegovina**

UVOD

Poboljšanje kvalitete u većini zemalja ima glavnu ulogu u reformi zdravstvenih sustava i pružanja usluga. Sve se zemlje suočavaju s izazovima da raspoloživim resursima osiguraju pristup, pravednost, sigurnost i sudjelovanje pacijenata te razviju potrebne vještine, tehnologiju i medicinu utemeljenu na dokazima.¹ Glavni razlozi za provođenje strategija osiguranja kvalitete koje navode članice Europske Unije su, prije svega, nesigurni zdravstveni sustavi, neprihvatljive razine varijacija izvršenja, prakse i ishoda, nezadovoljstvo korisnika, nejednak pristup zdravstvenim službama i uslugama, duge liste čekanja i izdaci koje si društvo ne može priuštiti.²

Vijeće Europe osnovalo je 1995. godine povjerenstvo stručnjaka za kvalitetu koje je znatan broj preporuka (prihvaćenih 1997. god.) poslalo ministrima zdravstva. One predlažu da vlade zemalja članica uspostave sustav za poboljšanje kvalitete, odnosno da uvedu politike i strukture, gdje je to moguće, kojima će podržati razvitak i usavršavanje sustava poboljšanja kvalitete, tj. sustava za trajno osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi na svim razinama.^{3,4}

Skupina zdravstvenih profesionalaca Federacije Bosne i Hercegovine (FBiH) okupljenih u Udruženju za kvalitet i akreditaciju FBiH (UKAZ), u nastojanju da podupru unapređenje sigurnosti i kvalitete zdravstvene skrbi, 2005. godine objavila je Akreditacijske standarde za bolnice, Akreditacijske standarde za domove zdravlja i timove obiteljske medicine.⁵ Akreditacijski standardi nastali su sukladno s Politikom kvaliteta i sigurnosti zdravstvene

skrbi u FBiH, u sklopu projekta Svjetske banke – Osnovno zdravstvo (Basic Health Project) koji je usvojila federalna Vlada. Politika se sastoji od 17 eksplicitnih preporuka kao osnove za razvitak operativnih planova na svim razinama zdravstvenog sustava. Vlada FBiH 2005. godine prihvaća i Zakon o sustavu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu u FBiH. Zakon sadržava 63 članka u VI poglavlja: I. Osnovne odredbe; II. Proces poboljšanja kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga i njegovi sudionici; III. Organ odgovoran za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga kao i za akreditaciju u zdravstvu; IV. Postupak akreditacije; V. Kaznene odredbe; VI. Prijelazne i završne odredbe.^{6,7}

Cilj i svrha ovoga zakona su: uređivanje sustava poboljšanja kvalitete, sigurnosti i akreditacije u zdravstvenim ustanovama na teritoriju FBiH sukladno s međunarodnom praksom; reguliranje postupka poboljšanja kvalitete i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama i reguliranje postupka akreditacije u zdravstvu, uključujući i određivanje odgovornog federalnog tijela za ovaj djelokrug. Zakon je pravni osnivački akt za utemeljivanje Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH (AKAZ).

AKREDITACIJSKI STANDARDI

Standardi su izjave očekivanja. Očekivanja trebaju pomiriti interese svih sudionika sustava zdravstvene skrbi: pacijenata, zdravstvenih djelatnika, menadžmenta u bolnici, zavoda i fondova zdravstvenog osiguranja, javnoga zdravstva, donosioca političkih odluka i drugih. Standardi služe da bi se bolnice ocijenile u odnosu na njih i potom preuzele djelatne planove za dostizanje standarda. U razvitku standarda i kriterija posvećena je pozornost njihovoj dostižnosti, realističnosti i mjerljivosti. Također trebaju biti prihvatljivi, poštovati zakonske odredbe i etičke standarde profesije te biti primjenjivi, uvažavajući zajedničke vrijednosti, uključujući ekonomsko–socijalne, kulturološke, političke, obrazovne i slične. Standardi su svrstani u šest skupina: upravljanje bolnicom, upravljanje rizikom, iskustvo pacijenta, put pacijenta, upravljanje organizacionom jedinicom specifične kliničke usluge i tehničke službe te službe za podršku.⁸

Akreditacijski su standardi za bolnice (AKAZ FBiH) veoma zahtjevni i imaju ukupno 55 standarda i 2 344 kriterija. Za ispunjenje standarda i kriterija potrebno je načiniti više od 500 pisanih dokumenta (strategija, planova, procedura). S obzirom na to da je sigurnost jedan od temelja kvalitete zdravstvene skrbi, veoma je teško nabrojiti sve standarde i kriterije koji se odnose samo na ovaj oblik pružanja usluga. Standardi 11, 12, 13, 14, 15, 16 i 17 izravno se odnose na sigurnost i sadržavaju ukupno 127 kriterija, dok su standardi koji se posredno odnose na sigurnost pacijenata 4, 5, 6, 24, 26, 29, 31 - 51. Standard 50 odnosi se na mentalno zdravlje i sadržava ukupno 167 kriterija. Kako bismo naglasili sveobuhvatnost i zahtjevnost kriterija,

nabrojili smo samo neke od njih: prihvaćanje oboljelog, ocjena oboljelog, program zaštite, koordinator zaštite, procjena kliničkog rizika, plan zaštite, sigurnost unutar odjela, tehnike ograničavanja pacijentove slobode, soba za izolaciju, nepovoljni događaji, odobreni izlazak pacijenta, neodobreni izlazak pacijenta itd.

SIGURNOST PACIJENATA U UKC TUZLA

Sustav prijavljivanja incidentnih situacija u UKC-u Tuzla uveden je u travnju 2004. godine. Tada je napravljena procedura o prijavljivanju i izvješćivanju o incidentnim situacijama, obrazac za prijavljivanje i priručnik. Procedurom je određen pojam incidentne situacije i izbjegnutog incidenta, nabrojani su slučajevi koji podliježu obaveznom prijavljivanju, utvrđeno je osoblje i rokovi u kojima se obavlja analiza i prijavljivanje te su dane kratke upute o popunjavanju obrasca za prijavljivanje. Prvi dio obrasca obuhvaća standardna pitanja incidentnih situacija kao što su podaci o vremenu i mjestu nastanka, uključenim osobama i svjedocima i kratkom opisu incidenta. Drugi se dio odnosi na analizu i sadržava podatke o kategorizaciji rizika (5 razina rizika koje određuju opasnost za pacijenta i čestoću ponavljanja), uzrocima rizika (stanje pacijenta, osoblje, definiranje zadatka, tim, radno okruženje, organizacija). Osim toga sadržava i izvješće o analizi i mogućoj prevenciji u budućem radu. Nakon dobivenog izvješća organizacijske jedinice, popunjeni se obrazac ocjenjuje u Sektoru za poboljšanje kvaliteta. Po potrebi se vraća radi dodatne analize ili se analiza i plan poboljšanja zajednički dopunjavaju. Kod ozbiljnih incidenata odmah se osniva tim za analizu. Priručnik o incidentnim situacijama daje šira objašnjenja o pojmu incidentnih situacija i izbjegnutih incidenata, načinu prijavljivanja, ocjenjivanju prema kategoriji rizika, ispitivanju i analizi, mehanizmima za otkrivanje incidentnih situacija, neovisno o prijavljivanju i izradi planova poboljšanja kvalitete na temelju učinjene analize.

Sustav prijavljivanja incidentnih situacija uveden je na temelju regulative i iskustava koje u ovom području imaju zemlje koje se godinama bave problematikom upravljanja kvalitetom, ponajprije Velika Britanija i SAD. Ovo je bila jedina mogućnost za uspostavu sustava, s obzirom na to da u BiH ne postoji nijedno tijelo, profesionalno ili administrativno, koje je reguliralo ovo područje. Zakon o sustavu poboljšanja kvalitete, sigurnosti i akreditaciji u zdravstvu, koji se primjenjuje u Federaciji BiH, predviđa obvezu AKAZ-a da uvede sustav obaveznog prijavljivanja incidentnih situacija, ali je provedba ovih aktivnosti još uvijek na početnom stupnju.

UKC već dvije godine izrađuje godišnja izvješća o stanju kvalitete čiji je sastavni dio problem incidentnih situacija. Prijavljene se incidentne situacije razvrstavaju po organizacijskim jedinicama prema vrsti i uzroku nastanka te se prate vremenski trendovi. Odvajanje po organizacijskim jedinicama

obavlja se zbog veličine ustanove i nastojanja da se incidentne situacije što preciznije lociraju te da se analizom bavi osoblje odjela na kojemu nepovoljni događaji izravno utječu na njihov rad.

Prijavljen najveći broj padova pacijenata, bjegova iz bolnice, neplanirani povratak u operacijsku dvoranu za vrijeme istog ležanja, komplikacije nakon operacijskog zahvata itd. navedeni su kao dokazi da je uzrok nepovoljnih događaja stanje pacijenta, dok su vještine/znanje osoblja na drugom mjestu i po broju su daleko iza stanja pacijenta. Ovo jasno pokazuje nedostatak samokritičnosti zbog čega Sektor za poboljšanje kvalitete – UKC Tuzla provodi dodatne analize. Uz analizu prijavljenih incidentnih situacija, provodi se i godišnja provjera medicinske dokumentacije radi otkrivanja neprijavljenih incidentnih situacija koje se prate i kroz sustav žalba. Ovako dobiveni podaci predstavljeni su u godišnjim izvješćima. Ocjena je da su nakon više od dvije godine dobrim dijelom, ali ne u cijelosti, savladani otpori koji se odnose na prijavljivanje. O tome svjedoči deset puta veći broj prijava u 2006. godini u odnosu na početnu 2004. godinu. Stečena je navika otvorenijeg govora o incidentnim situacijama (ponajprije na stručnim kolegijima), što može znatno utjecati na prevenciju.

Klinika za psihijatrijske bolesti, kao jedna od organizacijskih jedinica UKC-a Tuzla, ima istovjetan sustav prijavljivanja i analize incidentnih situacija. U 2005. godini na ovoj klinici prijavljeno je 28 bjegova pacijenta, jedan pad i jedan pokušaj samoubojstva. U 2006. godini prijavljeno je 18 bjegova pacijenata. Analize su pokazale da su uzroci prethodno navedenih događaja vezani uz neprimjeren sustav osiguranja (potrebni posebni prozori i veći broj čuvara). Iako je problem otkriven, za sada ne postoji mogućnost njegovog rješavanja zbog nedostatka financijskih sredstava. Na ovoj je klinici pozornost usmjerena i na analiziranje situacije u kojoj se postavlja pitanje je li bijeg jedina incidentna situacija. Provjerama medicinske dokumentacije i žalbama pacijenata nisu se mogli otkriti drugi slučajevi, ali je malo vjerojatno da su prijavljene incidentne situacije i jedine.

ZAKLJUČCI

Prije bilo koje aktivnosti vezane uz reformu zdravstvenog sustava potrebno je odrediti vrijednosti sustava. Vrijednosti su uvjerenja koja vladaju u jednom sustavu ili organizaciji; one su jezgra organizacijskog bića. O vrijednostima ovise strategije, ciljevi, politike i procedure jer su vrijednosti organizacije središta svih događanja unutar nje.⁸ Zajedničke vrijednosti u zdravstvenom sustavu BiH definirala je radna skupina koju su odabrala entitetska ministarstva zdravstva projektom EU/WHO »Reforma zdravstvenog sustava u BiH« na sljedeći način: sigurnost i zaštita pacijenata, osoblja i okoliša, zaštita od parničenja i naknada štete za nepovoljne događaje, primjena medicine utemeljene na dokazima, odgovornost u sustavu zdravstvene skrbi, transparentnost menadžmenta i razmjena informacija, planiranje

prikladnih usluga prema potrebama stanovništva, prava i ovlasti pacijenata, smanjenje gubitaka u radnoj snazi, opremi, potrošnom materijalu i novcu itd.^{9,10}

Kao osnovni preduvjet za unapređenje sigurnosti pacijenata potrebno je razviti sustav prijavljivanja medicinskih pogrešaka, nepovoljnih situacija i događaja koji za pacijenta mogu imati nepovoljan ishod. Rezultati dobiveni analiziranjem ovih podataka od neprocjenjive su važnosti, stoga ne bi trebali imati samo akademski značaj, već i praktični. Zbog toga je bitno da zahtjevi za ovu vrstu analiza dolaze od menadžera bolnica i šefova klinika/odjela kojima rezultati ispitivanja moraju biti smjernice u radu. Međutim cilj nije samo ispravljanje očiglednih pogrešaka, već i unapređenje radnog procesa u cjelini.

Aktivno uključivanje pacijenata može značajno umanjiti pojavu medicinskih pogrešaka i nepovoljnih događaja. Medicinske pogreške česte su u propisivanju lijekova, što se može izbjeći većom uključenošću pacijenata u vlastito liječenje. Pacijenti mogu značajno pridonijeti boljem dizajnu informativnih letaka i načinu pakiranja i označavanja lijekova. Obaviješteni pacijenti znaju što mogu očekivati od standarda kvalitete i mogu provjeriti odgovarajuću izvedbu u odnosu na standarde i kriterije.

LITERATURA

1. Shaw Charles, D., Kalo, I., *Osnovne informacije za nacionalne politike kvaliteta zdravstvenih sistema, Europski ured SZO, 2003. (Prijevod: AKAZ; dokument raspoloživ na www.akaz.ba).*
2. Schweiger, B. (ed.), *Quality policy in the health care systems of the EU accession countries. Vienna: Federal Ministry of Social Security and Generations, 2001. (raspoloživo na www.gesundheit.bmsg.gv.at).*
3. Council of Europe. *Inforamcija raspoloživa na <http://www.cm.coe.int/ta/rec/1997/97r17.html>*
4. *Law on Quality Improvement System, Safety and Accreditation in Health Care. Official Gazette. 12(59):5001-5007.*
5. *Akreditacijski standardi za bolnice. Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu AKAZ. Avicena, Sarajevo, 2005: 428 pp.*
6. *Politics of health care quality and safety in Federation BiH. Ministry of Health FBiH, 2002.*
7. *World Health Organization. The World Health report 2000, Health Systems: improving performance, Geneva 2000.*
8. <http://www.brefigroup.co.uk/facilitation/vision.html>
9. *Novo, A. et all. Izjave radnih grupa 1 i 2. EU/SZO Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini – Akreditacija i osiguranje kvaliteta. BQM 2006.; 1(1): 2-8.*
10. *Novo, A., Masic, I., Niksic, D., Seremet, N., Zašto BiH nema Zakon o zaštiti medicinskih podataka? Med Arh, 2005;59(1):62-3*

Sigurnost forenzičnih pacijenata

**Marjeta Knez-Turčinović, dr. med.,
Jelena Mustapić, prof. psihologije**

**Mentor: prim. dr. sc. Tija Žarković-Palijan,
dr. med., spec. psihijatar**

Neuropsihijatrijska bolnica „Dr.I.Barbot“ Popovača

Sigurnost koju trebaju osobe s duševnim smetnjama može se odnositi na njihovu osobnu zaštitu od njih samih i od okoline te na sigurno liječenje, odnosno sigurnost u terapiji koja se primjenjuje, bilo da je riječ o primjeni sigurnih lijekova ili odgovarajućih socioterapijskih i psihoterapijskih metoda za vrijeme liječenja i njihove rehabilitacije. Može se odnositi i na sigurnost u prikladnom smještaju, uz sigurne osobe koje provode tretman i uz sigurne osobe u zaštiti njihovih prava. Sve to pokazuje da sastavnice sigurnosti možemo naći na više razina.

No na početku ćemo razmotriti kako je prethodno navedeno regulirano postojećim zakonima u Republici Hrvatskoj.

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) uređuje pravni, medicinski i društveni položaj osoba s duševnim smetnjama i predstavlja pravni mehanizam kojim se nastoji osigurati pravna zaštita osoba koje zbog svoje mentalne nekompetentnosti ili nedovoljne mentalne kompetentnosti (zbog duševne bolesti, poremećenosti ili nedovoljnog duševnog razvoja) nisu u stanju braniti svoje interese, boriti se za svoja prava niti zaštititi sebe od nepotrebnih, a katkad i protupravnih zatvaranja u psihijatrijsku ustanovu. Istovremeno se ovim zakonom nastoji zaštititi i društvo od opasnosti koja proizlazi iz bolesti u osoba s težim duševnim smetnjama.

Postoje zakonske odredbe po čl. 22. i 44. ZZODS-a te u Kaznenom zakonu čl. 75. i 76. koje govore o sigurnosnim mjerama obaveznog psihijatrijskog liječenja i obaveznog liječenja od ovisnosti.

Članak 22. stavak 1. ZZODS-a – Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj u psihijatrijskoj ustanovi: *Osoba s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka, po postupku za prisilno zadržavanje ili prisilni smještaj propisanim ovim Zakonom.*

Članak 44. ZZODS-a stavak 1. i 2. – Postupak prisilnog smještaja prema neubrojivim osobama: (1) *Sud će donijeti odluku o prisilnom smještaju neubrojive osobe ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra utvrdio da ima teže duševne smetnje i da je opasna za okolinu.* (2) *Neubrojiva je osoba opasna za okolinu ako postoji visoki stupanj vjerojatnosti da bi ta osoba zbog duševnih smetnji, zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost, mogla ponovno počinuti kazneno djelo za koje je zapriječena kazna u trajanju od najmanje tri godine.*

Članak 75. KZ-a stavak 1., 2., 3. i 4. – Obavezno psihijatrijsko liječenje: (1) *Sigurnosna mjera obveznog psihijatrijskog liječenja može se primijeniti samo prema počinitelju koji je kazneno djelo počinio u stanju smanjene ubrojivosti ako postoji opasnost da razlozi za takvo stanje mogu i u budućnosti poticajno djelovati za počinjenje novog kaznenog djela.*

(2) *Sigurnosna mjera obveznog psihijatrijskog liječenja može se pod uvjetima iz stavka 1. ovoga članka primijeniti za vrijeme izvršenja kazne zatvora ili uz zamjenu za kaznu zatvora ili uz uvjetnu osudu.*

(3) *Obavezno psihijatrijsko liječenje traje do prestanka razloga zbog kojih je primijenjeno, ali u svakom slučaju do prestanka izvršenja kazne zatvora, protoka roka provjeravanja primjenom uvjetne osude i izvršenja obveza zamjene kazne zatvora radom za opće dobro. U svim slučajevima obavezno psihijatrijsko liječenje ne može trajati dulje od tri godine.*

(4) *Pod uvjetima iz stavka 3. ovoga članka puštanjem osuđene osobe na uvjetni otpust obavezno psihijatrijsko liječenje može se nastaviti na slobodi. Osuđenoj osobi koja ne nastavi liječenje opozvat će se uvjetni otpust.*

Članak 76. KZ-a stavak 1. i 2. – Obavezno liječenje od ovisnosti: (1) *Sigurnosna mjera obveznog liječenja od ovisnosti može se primijeniti prema počinitelju koji je kazneno djelo počinio pod odlučujućim djelovanjem ovisnosti od alkohola ili opojnih droga kad postoji opasnost da će zbog te ovisnosti ponovno počinuti neko kazneno djelo.*

(2) *Sigurnosna mjera obveznog liječenja od ovisnosti može se pod uvjetima iz stavka 1. ovoga članka primijeniti uz iste kaznenopravne sankcije, u jednakom trajanju i na isti način kako je ovim Zakonom određeno za sigurnosnu mjeru obveznog psihijatrijskog liječenja.*

Forenzični pacijent ima ista temeljna prava kao i ostali pacijenti. Sigurnost i sigurnosne mjere kod forenzično-psihijatrijskih pacijenta veoma su bitne budući da je riječ o osobama koje dulje vremenski razdoblje provode hospitalizirani prema odredbama suda ili sigurnosnim mjerama koje se mogu provoditi na slobodi ili penalnom sustavu liječenja.

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, zaštita i unapređenje zdravlja osoba s duševnim smetnjama ostvaruje se omogućavanjem odgovarajuće dijagnostičke obrade i liječenja, znanstvenim istraživanjima na području zaštite i unapređenja kao i njihovom zaštitom od liječničkih i znanstvenih istraživanja bez njihova pristanka ili pristanka njihovih zastupnika, nadalje uključivanjem osoba s duševnim smetnjama u obrazovne programe, oporavkom osoba njihovim uključivanjem u obiteljsku, radnu i socijalnu sredinu, izobrazbom osoba koje se bave zaštitom osoba s duševnim smetnjama te poticanjem udruživanja osoba s duševnim smetnjama radi ostvarivanja njihovih prava, samopomoći i pomoći.

Svaka osoba s duševnim smetnjama ima pravo na zaštitu i unapređenje svojega zdravlja te na jednake uvjete liječenja, a slobode i prava osoba s duševnim smetnjama smještenih u psihijatrijsku ustanovu mogu se ograničiti samo zakonom, ako je nužno da bi se zaštitilo zdravlje ili sigurnost te osobe ili ostalih osoba.

Svaka osoba s duševnim smetnjama koja je dobrovoljno ili prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu ima određena temeljna prava. Treba biti upoznata sa svojim pravima i dužnostima te s načinom njihova ostvarivanja, s razlozima i ciljevima njezina smještanja te svrhom, prirodom, posljedicama, korisnošću i opasnostima provedbe liječenja. Osim toga treba djelatno sudjelovati u planiranju i provođenju svojeg liječenja, oporavka i resocijalizacije, obrazovati se i radno osposobiti prema općem programu ili posebnom programu, izricati pritužbe na liječenje, dijagnosticiranje, otpuštanje iz ustanove ili povredu prava i sloboda, postavljati zahtjeve i bez nadzora i ograničenja izjavljivati prigovore i žalbe nadležnim pravosudnim i državnim tijelima. Nadalje savjetovati se o izdacima s liječnikom i odvjetnikom, družiti se s ostalim osobama u psihijatrijskoj ustanovi i primati posjete. Također može o svojem trošku i bez nadzora slati i primati poštu, pratiti radio i televiziju, posjedovati predmete za osobnu upotrebu, sudjelovati u vjerskim aktivnostima, predlagati premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu te biti otpuštena uz osiguranu podršku prihvata u zajednici.

Tko je neuračunljivi forenzični pacijent?

Neuračunljiva osoba, prema ZZODS-u, je osoba koja u vrijeme ostvarenja zakonskih obilježja kaznenog djela ili prekršaja nije bila sposobna shvatiti značenje svojeg postupanja ili nije mogla vladati svojom voljom zbog duševne bolesti, privremene duševne poremećenosti, nedovoljnog duševnog razvitka ili druge teže duševne smetnje te će, prema odluci suda uz odobrenje Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, biti

smještena u jednu od četiriju psihijatrijskih bolnica u RH (u Neuropsihijatrijsku bolnicu »Dr. Ivan Barbot« u Popovači, Psihijatrijsku bolnicu Vrapče, Psihijatrijsku bolnicu Rab ili Psihijatrijsku bolnicu Ugljan).

Postoje određeni problemi prilagodbe koji se pojavljuju u pacijenta koji dolaze na forenzični odjel. Ponajprije sam dolazak na forenzične odjele za pacijenta predstavlja intenzivnu stresnu situaciju.

Uzroci stresa mogu se podijeliti u nekoliko skupina – odvojenost od obitelji i prijatelja, odsutnost slobode kretanja, nedostatak potrebnih stvari, ali i aktivnosti, sukobi s ostalim bolesnicima, uznemirujuće misli vezane uz prošla događanja, zabrinutost za budućnost, dosada, neprimjeren smještaj, nezadovoljstvo medicinskom uslugom, nedostatak podrške medicinskog osoblja, zabrinutost za osobnu sigurnost, nedostatak željenih programa i opreme.

Osim toga, na forenzične pacijente opterećujuće djeluje okolina na odjelu pa neki od njih imaju znatnih problema s prilagođavanjem novoj situaciji.

Na početku boravka na odjelu pacijenti se često žale na probleme spavanja, glavobolje, napetosti, anksioznosti i depresivnosti što govori o problemima prilagodbe. Pokazalo se da su većini pacijenata prvi mjeseci boravka na odjelu najteži. Bitno je istaknuti i da će privikavanje biti brže, a pacijent će prije steći osjećaj sigurnosti što prije prihvati pravila odjela koja moraju biti jednaka za sve pacijente, kao i posljedice njihova kršenja.

Osjećaj sigurnosti pacijenata u psihijatrijskoj bolnici bitan je zbog više razloga. Prije svega, bez osjećaja sigurnosti osoba se osjeća veoma ranjivom, nezaštićenom i izloženom, a produbljivanjem osjećaja nesigurnosti i ugroženosti osoba produbljuje i podozrivost, gubi vjeru u dobro kao i povjerenje u druge ljude. Sve to temeljno može promijeniti i dolazak u novu i nepoznatu sredinu.

Provođenjem različitih sigurnosnih mjera smanjuju se opasnosti koje prijete pacijentima iz okoline, ali i okolini od pacijenata, pri čemu se ponajprije misli na nasilje.

Kada govorimo o mjerama sigurnosti, treba naglasiti da je bitno da pacijenti imaju zadovoljene neke od osnova sigurnosti, prije svega u građevinskom smislu, sigurnosti prostorija u kojima borave te čitavog kruga bolnice, zatim sigurnosti lijekova koje dobivaju, kao i sigurnosti u njezi pacijenta, zbog čega je bitno da s forenzičnim pacijentima radi posebno osposobljeno osoblje. Zaposlenici svojim radom moraju štiti interese i sigurnost pacijenata. Trebaju imati znanja, vještine i sposobnosti za siguran i učinkovit rad.

Sigurnosti pridonosi želja za postojanošću, red, poredak, struktura i predvidljivost događaja. Pod postojanošću podrazumijevamo njegu pacijenta

koja je neprekinuta, stalna i uvijek se provodi na jednak način. Red, poredak i struktura podrazumijevaju jasno poznavanje uređenosti odnosa na pojedinim odjelima, poznavanje propisa i kućnog reda te poštovanje propisa o suživotu bolesnika. Propisi moraju biti jasno objašnjeni pacijentima prilikom njihova dolaska u bolnicu. Naposljetku je bitno da pacijenti budu jasno upoznati s posljedicama kršenja pravila te da im se naglasi da su posljedice jednake za sve pacijente, čime im se postavljaju granice, što se pokazalo ključnim za održavanje sigurnosti pacijenta i programa liječenja.

Ako potreba za sigurnošću ne bude zadovoljena, dolazi do razvoja osjećaja straha, zabrinutosti, tjeskobe, osjećaja bespomoćnosti i nepovjerenja.

Osjećaj sigurnosti kod pacijenta ugrožava dolazak u nepoznatu fizičku, ali i socijalnu sredinu (bolničke prostorije, ostali pacijenti, nepoznato osoblje), moguće fizičke i psihološke prijetnje (mogućnost povrede, narušavanje integriteta tijela, ali i njima nerazumljivi dijagnostički i terapijski postupci) te nepredvidljivost događaja i ponašanja ljudi u neposrednoj okolini.

Da bi se postigla odgovarajuća sigurnost pacijenta potrebno je izravno i neizravno provoditi mjere koje nadziru štetne događaje koji se mogu spriječiti.

Pod štetnim događajima podrazumijevamo:

1. rizik od samoubojstva i ubojstva
2. verbalnu agresiju
3. spolno zlostavljanje
4. nuspojave liječenja psihofarmacima
5. bolesničke infekcije
6. različite nezgode i padove
7. samovoljno napuštanje (bježanje sa) odjela
8. krađe i provale
9. požar.

Da bi se stekao osjećaj sigurnosti u psihijatrijskoj bolnici potrebno je da zaposlenici bolnice preuzmu odgovornost u podupiranju mjera koje poboljšavaju sigurnost pacijenta, da se pacijente i njihove obitelji upozna s mogućim opasnostima, da ih se obavještava o štetnim događajima te, kao najvažnije, da se preuzme aktivna uloga u procjeni i provođenju sigurnosti i kvalitetne skrbi za pacijente.

Literatura:

1. *Kozarić-Kovačić, D., Grubišić-Ilić, M., Grozdanić, V., Forenzička psihijatrija. Drugo izdanje. Zagreb. Medicinska naklada; 2005.*
2. *Mejovšek, M., Uvod u penološku psihologiju. Jastrebarsko. Naklada Slap; 2002.*
3. *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Zagreb: Narodne Novine; 1997.111*
4. *Kazneni zakon. Zagreb: Narodne Novine; 1997.110*

Bolesnici za sigurnost bolesnika- aktivnosti udruge »Sretna obitelj«

**mr. sc. Ema N. Gruber, dr. med., spec. psihijatar,
mr. sc. Branka Aukst-Margetić, dr. med.,
spec. psihijatar, Vesna Cerančević, dipl. oec.,
Paula Beronić, vms., Udruga »Sretna obitelj«**

Udruga »Sretna obitelj« od listopada 2007. godine održava predavanja usmjerena na povećanje sigurnosti u liječenju i rehabilitaciji duševnih bolesnika.

Sigurnost duševnog bolesnika za vrijeme liječenja ključna je za uspješno liječenje i zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom zaštitom.

Sigurnost bolesnika može biti ugrožena u bolnici, kod kuće, na poslu, u njegovoj zajednici.

Demokratizacijom društva bolesnici se sve češće žale na pogreške u liječenju, podižu sudske tužbe i pune novine uzbunjujućim vijestima.

Problemi koji bi mogli za vrijeme liječenja ugroziti bolesnikovu sigurnost su:

- smanjena kvaliteta zdravstvene skrbi zbog stigme i diskriminacije duševne bolesti
- smanjene higijenske i prehranbene navike zbog same prirode bolesti
- odbijanje ili smanjenje suradljivosti u terapijskom procesu zbog nedostatka uvida i kritičnosti o svojoj bolesti te odbijanje načina liječenja zbog neupućenosti bolesnika u nuspojave lijekova
- opasnosti od neprikladnih lijekova i neprilagođenih doza
- opasnost od primjene neodgovarajućih terapijskih postupaka
- zloraba i manipulacija bolesnicima.

Pogreške u tretmanu duševnih bolesnika često se zanemaruju i skrivaju, stoga na pogreškama nitko ne može učiti.

Nema organiziranog sustava prijavljivanja pogrešaka.

Ako se dogodi pogreška, potrebno je aktivno potaknuti konstruktivan dijalog s bolesnikom.

Pružatelji usluga moraju osigurati i poticati povjerenje, otvorenost, pravednost i transparentnost u terapijskom procesu jer su to glavni činitelji dobre suradljivosti bolesnika, uspješnog liječenja i rehabilitacije, zaštite prava bolesnika za vrijeme liječenja i optimalizacije troškova liječenja.

Timski pristup u rješavanju problema, dostupnost informacija i stalna edukacija zakonska su obaveza i etička odgovornost profesionalaca.

Trudimo se omogućiti bolesniku da ima središnju i aktivnu ulogu za vrijeme liječenja i pomoći mu u nalaženju mogućih štetnih činitelja koji mu mogu ugroziti sigurnost.

Prikazane aktivnosti zajednička su inicijativa udruge »Sretna obitelj« i »Bolesnici za sigurnost bolesnika« (Patients for patients safety), pokreta u sklopu Svjetske zdravstvene organizacije, Svjetskog saveza za sigurnost pacijenata (World Alliance for Patient Safety).

KOJE SU PREDNOSTI ODRŽAVANJA PREDAVANJA UDRUGE O SIGURNOSTI U LIJEČENJU I REHABILITACIJI DUŠEVNIH BOLESNIKA?

Prednosti za bolesnika:

- da dozna informacije o tome što sve utječe na to da njegovo liječenje prođe što sigurnije, kako da izbjegne moguće štetne događaje i opasnosti za vrijeme liječenja
- da se aktivira u liječenju, prestane pasivno prihvaćati liječenje /empowerment/
- prema Maslovljevoj hijerarhiji, potreba za osjećajem sigurnosti jedna je od temeljnih ljudskih potreba, a brigom za njihovu sigurnost u liječenju pokazujemo ljudima da im želimo dobro
- pravo na sigurnost u liječenju jedno je od temeljnih prava bolesnika i ljudskih prava.

Prednosti za obitelj bolesnika:

- da dozna o čemu se treba brinuti kako bi se bolesnik što sigurnije liječio
- destigmatizacija
- da aktivno sudjeluje u prevenciji štetnih događaja i zaštiti svojeg bolesnog člana, ali i sebe
- informira se o pravima bolesnika, resursima zajednice, potrebama i mogućnostima.

Prednosti za Udrugu:

- u sklopu teme o sigurnosti u liječenju udruga »Sretna obitelj« organizirat će međunarodnu konferenciju 16. lipnja 2008.
- dobra reklama rada Udruge jer ovakav rad potiče ljudske vrijednosti, humanost i brigu
- Udruga će krajem lipnja izdati publikaciju s temom sigurnosti u kojoj će prikupiti sva održana predavanja, a publikacija će služiti i kao priručnik o sigurnosti duševnih bolesnika, kao takav jedinstven u Hrvatskoj
- sudjelovanje velikog broja ljudi, volontera, timski rad, uključivanje korisnika /bolesnika/ u sam rad

- dobar odaziv i feedback je gratifikacija stručnjacima što su sudjelovali u predavanjima
- javno se govori o sigurnosti u liječenju duševnih bolesnika, obavještava se javnost, čitava lokalna zajednica uključuje se i senzibilizira
- članovi Udruge - predavači aktivno sudjeluju, mladi vježbaju vještinu održavanja predavanja i komunikacije s bolesnicima, svi razmišljaju o temi sigurnosti, educiraju se, osvještavaju i razvijaju senzibilnost za problematiku.

Patients for patient safety activities in "Happy family" association

**Emma N. Gruber, Branka Aukst-Margetić,
Vesna Cerančević, Paula Beronić**

Since the October 2007, "Happy family" NGO holds activities for increasing safety in treatment and rehabilitation of mentally ill, since we identified problems that a mentally ill patients have with patient safety in their medical treatment and ways how this problems are handled, and participated on the workshop organized by Patients for Patient Safety /PFPS/, action area of the WHO World Alliance of Patient Safety /WASP/.

We believe that the patient is an expert of his own experience; he is in a centre of health care system and should be seen as a compass, conscience, teacher, catalyst and witness.

When a medical error occurs, it is necessary to engage in constructive dialogue with patients and to recognize that patients can actively contribute to strengthening the quality and safety of health services.

WHAT ARE THE STRENGTHS OF HAVING LECTURES ABOUT PATIENT SAFETY IN TREATMENT OF MENTALLY ILL?

For the mentally ill patient:

- raising awareness about patient safety in mental field
- empowerment
- education about right to be safe in treatment as a basic human right
- increased compliance in therapeutic process which prevents unsafe situations (refusal of medication, wrong medication or dose),
- higher awareness about side effects of psychiatric medication,
- higher awareness about patients with severe/chronic mental illness being easily misused or manipulated.

For the family of the patient:

- lower rate of medical mistakes in treatment related to the fact that mental patients physical illness is often disregarded and neglected, once the physical illness is also considered together with mental illness
- raising awareness about patient safety in mental health field
- empowerment in the treatment of their family member
- education about right to be safe in treatment as a basic human right and how to help their family member to stand for himself and be assertive in seeking this right in the health care system

For the “Happy family” NGO, volunteers and experts that participate:

- partnership of all key players,
- education of patient advocates,
- dissemination of good practice to prevent medical errors,
- Learning from experience and from mistakes.
- increased quality of medical services because of lowering the stigma & discrimination
- NGO is holding the conference with international participation, June 16 2008 in Popovača about NGO activities in the patient safety
- NGO is publishing a book about the topic „How to be safe in treatment and in living with mental illness?“ and gathering all the materials from the activities that we held in past year
- Good publicity for NGO since this type of work enhances human values, trust, care
- Good feedback is gratification for volunteers and NGO members
- Team work, involving users in the NGO work since the team work approach between patients and health professionals is ultimately an ethical duty and needs to be supported by appropriate two-way communication, information flow and continuous education between providers, patients and care givers
- Speaking publicly about the safety issue
- Inclusion of the whole local community in the actions for patient safety in mental health
- Open dialogue, transparency and appropriate information on the potential risks that the health service incurs, as part of enhancing patient health literacy and involvement.
- Experts that volunteers in NGO are thinking about safety, young experts are practicing giving lectures and communicating with patients, everybody is thinking how to increase safety, educating themselves in the process and getting sensible to the topic.

ISBN 978-953-55212-0-4
Popovača, 2008