

ANALIZA SITUACIJE I PROCJENA USLUGA MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI U BOSNI I HERCEGOVINI

IZVJEŠTAJ

FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA
MINISTARSTVO ZDRAVLJA I SOCIJALNE ZAŠTITE REPUBLIKE SRPSKE

**ANALIZA SITUACIJE I PROCJENA USLUGA
MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI
U BOSNI I HERCEGOVINI**

IZVJEŠTAJ

SARAJEVO, 2009.

Izdavači:

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA



Министарство здравља и
социјалне заштите
Републике Српске

Implementator istraživačkog projekta:



SOUTH-EASTERN EUROPE
HEALTH NETWORK

Mental Health Project
for south-eastern Europe

Finansijski administrator istraživačkog projekta:



FOR IMPROVING HEALTH CARE AND SOCIAL WELFARE
FONDACIJA fami
ZA UNAPREĐENJE ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE ZAŠTITE

Finansijer istraživačkog projekta:



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC**

Istraživački tim (abecednim redom):

Avdibegović Esmina
Basara Mehić Nermana
Burgić Radmanović Marija
Kapetanović Taida
Lakić Biljana
Popović Tatjana
Stanojević Onrust Slađana

Istraživači intervjueri (abecednim redom):

Čilimković Amna
Džoganović Bojan
Gajić Milena
Hrelja Berminka
Kazazić Alema
Kožuljević Igor
Krpan Zdenka
Mandić Dragana
Milovanović Natalija
Puvača Irina
Romić Marko
Salihović Nermana
Šurlan Jelena
Vežzagić Halida
Vujinović Gorica

Projektni tim (abecednim redom):

Bukva Azra
Blagovčanin Simić Joka
Kapetanović Taida
Lakić Biljana
Popović Tatjana
Puratić Ramić Vesna

Upravni odbor (abecednim redom):

Čerkez Goran, Federalno ministarstvo zdravstva
Latinović Milan, Ministarstvo zdravstva i socijalne zaštite Republike Srpske
Zarić Maja, Švicarska agencija za razvoj i saradnju

Izveštaj pripremile (abecednim redom):

Kapetanović Taida
Lakić Biljana
Popović Tatjana

Lektor:

Ferida Duraković

Korektor:

Rusmira Čamo

Grafički dizajn i priprema:

Promotim d.o.o.

Štampa:

Rabic d.o.o.

Tiraž:

500 primjeraka

Prvo izdanje:

Sarajevo, 2009.

SKRAĆENICE

AKAZ	Agencija za akreditaciju i kvalitet u zdravstvu FBiH
AZA	Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite RS
BiH	Bosna i Hercegovina
CMZ	Centar za mentalno zdravlje
CSR	Centar za socijalni rad
CSQ	Upitnik o zadovoljstvu korisnika
DB	Distrikt Brčko
DZ	Dom zdravlja
EU	Evropska unija
FBiH	Federacija Bosne i Hercegovine
FZO	Fond zdravstvenog osiguranja (i reosiguranja)
HIV	Virus humane imunodeficijencije
HNI	HealthNet International
KC	Klinički centar
NVO	Nevladina organizacija
MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti
RS	Republika Srpska
PAS	Psihoaktivne supstance
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
SDC	Švicarska agencija za razvoj i saradnju
SPSS	Statistički softver za društvene nauke
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
SWEBiH	Švedski projekat psihosocijalne rehabilitacije za Bosnu i Hercegovinu

SADRŽAJ

Sažetak	7
1. Uvod	11
Sistem usluga mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini	11
Procjene stanja usluga mentalnog zdravlja u zajednici u periodu 2000-2009.	11
2. Metodologija istraživanja	13
Ciljevi istraživanja	13
Postupak/Prikupljanja podataka	13
Instrumetarij	13
Uzorak	16
Vremenski okvir	16
Partneri i nosioci istraživanja	16
3. Rezultati istraživanja	21
Postojeća Mreža CMZ i organizacioni aspekti	21
Ljudski resursi	25
Korisnici i usluge koje pružaju CMZ	28
Usluge koje CMZ pružaju	32
Saradnja CMZ s drugim službama	34
Finansiranje CMZ	39
Politika mentalnog zdravlja i legislativa	40
Prednosti i nedostaci CMZ: samoprocjena timova CMZ	42
4. Zaključci	45
5. Preporuke	49
6. Reference	51
7. Prilog	53
PRILOG 1: Podaci dobiveni Općim/Opštim upitnikom za CMZ	53
PRILOG 2: Analiza aspekta zadovoljstva zaposlenih u CMZ: Upitnik o zadovoljstvu zaposlenih	60
PRILOG 3: Podaci dobiveni Intervjuima s korisnicima i Upitnikom o zadovoljstvu korisnika	75
PRILOG 4: Finansiranje CMZ: Podaci dobiveni Općim/Opštim upitnikom	80

SAŽETAK

U januaru 2008. godine, na inicijativu Projekta mentalnog zdravlja za Jugoistočnu Evropu, Federalno ministarstvo zdravstva, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS i Švicarska agencija za razvoj i saradnju napravili su sporazum o provođenju istraživačkog projekta *Analiza situacije i procjena potreba centara za mentalno zdravlje u Bosni i Hercegovini*. Prema sporazumu, nosioci istraživanja su Federalno ministarstvo zdravstva i Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS, implementator istraživanja je Projekat mentalnog zdravlja za Jugoistočnu Evropu, finansijsko administriranje je dodijeljeno Fondaciji Fami, a finansijer projekta je Švicarska agencija za razvoj i saradnju.

Opšti cilj istraživanja je procjena i pregled dosadašnjih postignuća u oblasti reforme mentalnog zdravlja u BiH u periodu 2000-2008. Analiza i procjena konteksta rada CMZ uključila je sljedeće aspekte: organizacioni, aspekt procesa njege, korisnički, te aspekt efikasnosti i uticaja na zajednicu.

Metodologija je bazirana na iskustvima prethodna dva istraživanja provedena 2000. i 2002. godine kako bi se dobiveni rezultati mogli komparirati. Metoda izbora je trijagulaciono istraživanje – kombinacija kvalitativnih i kvantitativnih tehnika istraživanja. Također, istraživanje je bilo procesnog i participativnog tipa, što podrazumijeva aktivno učešće i profesionalaca mentalnog zdravlja i korisnika usluga u cijelom procesu istraživanja – počevši od planiranja metodologije, preko prikupljanja podataka, do izrade preporuka i smjernica za budući rad CMZ. Istraživanje je provedeno u nekoliko faza. Za potrebe ovog istraživanja Istraživački i Projektni tim dizajnirali su instrumentarij za prikupljanje podataka. S ciljem prikupljanja kvantitativnih podataka korišteni su sljedeći instrumenti: Opći/opšti upitnik za CMZ, Upitnik o zadovoljstvu korisnika/*Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8*, Upitnik o zadovoljstvu zaposlenih. Kvalitativni podaci prikupljeni su putem strukturisanih intervjua.

Uzorak istraživanja su sačinjavale tri ciljne grupe ispitanika: grupa profesionalaca CMZ i profesionalaca na koje se CMZ oslanja (porodična medicina, psihijatrijske bolnice/klinike ili odjeljenja općih/opštih bolnica, centri za socijalni rad, NVO itd.), grupa donosilaca odluka i grupa korisnika.

Ukupno je obavljeno 210 intervjua, od čega 21 grupni intervjui (fokus grupe) s 130 učesnika i 189 individualnih intervjua. Ukupno je 319 ispitanika učestvovalo u grupnim ili individualnim intervjuiima, od čega 110 korisnika i 209 profesionalaca.

S korisnicima usluga obavljeno je 110 individualnih intervjua. Od ukupno 209 profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja i službi s kojima CMZ sarađuju, 79 ispitanika je učestvovalo u individualnim intervjuiima, a 130 u grupnim.

Na osnovu podataka o broju CMZ u BiH koje su dostavili Federalno ministarstvo zdravstva, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS i Odjel za zdravstvo Vlade Distrikta Brčko, određen je okvir uzorka – svi postojeći CMZ u BiH. Prema dostavljenim podacima, u BiH su uspostavljena 53 CMZ, od tog broja 38 u FBiH, 16 u RS i 1 u Distriktu Brčko. U RS je krajem oktobra 2008. godine otvoren CMZ u Bijeljini, koji nije obuhvaćen ovim istraživanjem.

Upitnik za CMZ dostavljen je svim CMZ u periodu maj-juni 2008. Na osnovu Općeg/opšteg upitnika za CMZ konstatovano je da u BiH postoji 50 CMZ (31 u FBiH, 18 u RS, 1 u DB).

Istraživanje, uključujući kreiranje metodologije, konstruisanje instrumentarija, proces prikupljanja podataka, analizu i izvještavanje, provedeno je u periodu od februara 2008. do aprila 2009. godine.

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem ukazuju na sljedeće stanje usluga mentalnog zdravlja u zajednici u BiH:

Mreža usluga mentalnog zdravlja u zajednici. U periodu provođenja istraživanja, u Bosni i Hercegovini postoji mreža od 50 CMZ: 31 u FBiH, 18 u RS i 1 u Distriktu Brčko. Područja koje CMZ pokrivaju kreću se u rasponu od 13.000 do 256.200 stanovnika. Prosječna vrijednost područja koje CMZ pokrivaju je 66.600 stanovnika. U zajednicama u kojima postoje CMZ nema dovoljno drugih podržavajućih službi koje pružaju alternativne usluge iz oblasti mentalnog zdravlja, kao što su korisničke organizacije, dnevni centri, zaštićeno stanovanje, SOS telefoni i drugo (npr. u 16% zajednica postoje zaštićene kuće/stanovi, a u 10% dnevni centri koji nisu u sastavu CMZ).

Politika mentalnog zdravlja u zajednici. Dokument *Politike mentalnog zdravlja* za FBiH i RS je izrađen. U RS dokument *Politike mentalnog zdravlja* je usvojen, dok je u FBiH u fazi usvajanja. Također, u RS je urađen dokument *Strategija mentalnog zdravlja*, koji je u fazi usvajanja. Procenat od 54% timova CMZ nije upoznat s dokumentom *Politike mentalnog zdravlja*, 68% nema kopiju dokumenta u svom CMZ, a 54% smatra da nema nikakvog uticaja na kreiranje politike mentalnog zdravlja u svojim zajednicama.

Legislativa. Mišljenja ispitanika o postojećoj legislativi su podijeljena i kreću se u rasponu od procjene da je dobra i u skladu s evropskim standardima, do procjene da je neodgovarajuća. Ispitanici su saglasni da postojeća legislativa treba biti bolje povezana s praksom, te da legislativom treba riješiti status CMZ, koji je okarakterisan kao nejasno definisan i nerazjašnjen.

Finansiranje CMZ. Postojeći sistem finansiranja CMZ nije u skladu s uslugama koje bi CMZ trebalo da pružaju na osnovu dokumenata *Politike mentalnog zdravlja*. U periodu od tri godine (2006-2008) godišnji budžet CMZ se kretao u rasponu od minimalnih 13.000,00 KM do maksimalnih 350.000,00 KM. U RS finansiranje CMZ zavisi

od broja stanovnika pripadajućeg područja. U 2008. godini prosječan budžet CMZ je iznosio 98.200,00 KM. Istaknuto je da postojeći budžeti uglavnom pokrivaju samo plate uposlenih, a sredstva za ostale aktivnosti nedostaju; lista usluga koje fondovi zdravstvenog osiguranja pokrivaju zastarjela je i limitira pružanje usluga orijentiranih na zajednicu. Menadžment CMZ smatra da nema kontrolu nad godišnjim budžetom, samo 6% CMZ smatra da ima uticaj na planiranje i budžetiranje. Mali broj CMZ namiče dodatna sredstva za svoje aktivnosti.

Ljudski resursi. U 50 CMZ zaposlena su 304 profesionalca iz oblasti mentalnog zdravlja. Najveći broj CMZ (76%) ima jedan tim, s prosječnim brojem članova tima 6,08. Prosječan tim CMZ sastoji se od sljedećih profesionalaca: 2,15 medicinskih sestara, 1,29 psihijatar, 1,44 psihologa, 0,97 socijalnih radnika, 0,90 viših medicinskih sestara, 0,57 okupacionih terapeuta. Profil stručnjaka koji nedostaje u timovima CMZ rangiran je ovako: 48% okupacioni terapeut, 38% socijalni radnik, 20% psiholog, 18% defektolog 16% psihijatar, 14% medicinska sestra. Prema procjeni i timova i korisnika, profesionalci koji najviše vremena provode s korisnicima su medicinske sestre. Samoprocjena srednjeg medicinskog kadra je da su nedovoljno educirani: 46% medicinskih sestara primjećuje da nemaju dovoljno treninga za rad u centru za mentalno zdravlje. Profesionalci su najmanje zadovoljni mogućnostima za edukaciju (samo 15,8% je zadovoljno). Članovi timova CMZ smatraju da rad sestrinskog kadra nije prepoznat od strane drugih zdravstvenih radnika, te da postoje predrasude uzrokovane nejasno definisanim opisom posla medicinske sestre u timu CMZ. Većina timova nije kompletirana, a struktura članova tima dosta varira. Timovi smatraju da im je potrebno kadrovska pojačanje. Kontinuirana edukacija ne postoji, a nisu razvijeni ni planovi i programi za kontinuiranu edukaciju profesionalaca u mentalnom zdravlju u zajednici. Treninzi su organizovani ad hoc i najčešće od strane nevladinih organizacija i farmaceutskih kompanija. Organizovana prevencija profesionalnog sagorijevanja se ne provodi, niti profesionalci imaju beneficije koje proizlaze iz posebnih uslova rada, s obzirom da nije provedena procjena uslova za rad u CMZ.

Organizacija CMZ. Utvrđeno je da 48% CMZ procjenjuje da ima adekvatan prostor za rad, a 36% adekvatnu opremu za rad. CMZ nemaju definisane procedure i standarde. Samo nekoliko CMZ razvilo je interne procedure, samoinicijativno ili kao rezultat projekata koje finansiraju međunarodne organizacije. Svi postojeći standardi i procedure odnose se na opšte procedure doma zdravlja, s obzirom da CMZ djeluju kao konsultativno-specijalistička služba u okviru DZ. Sistem izvještavanja CMZ odnosi se na izvještaje s parametrima koje je dom zdravlja obavezan dostavljati fondovima zdravstvenog osiguranja, resornim ministarstvima, osnivačima ustanove. Većina CMZ ne pravi godišnje planove. Utvrđeno je da 56% CMZ ne evaluira svoj rad, i da 92% CMZ koristi sistem „papir--olovka“ u registraciji korisnika. Samo 16% koristi softver za registraciju korisnika. Informacioni sistem MedicPro, koji je razvijen

za svrhu monitoringa i evaluacije CMZ 1999. godine, nije u upotrebi. Agencije za akreditaciju i kvalitet u zdravstvu u FBiH i RS – AKAZ i AZA, razvile su procedure i smjernice za akreditaciju; međutim, proces akreditacije CMZ još nije počeo. Sistem supervizije u CMZ nije uspostavljen. Samo 2 CMZ imaju superviziju. Profesionalci ističu da su pod velikim opterećenjem i rizikom od profesionalnog sagorijevanja; njih 68,4% smatra da veoma često rade pod stresom.

Usluge. Svi CMZ pružaju usluge odraslim osobama, 92% starim, 90% adolescentima, a 70% djeci. Timovi CMZ procjenjuju da imaju najmanje kapaciteta za rad s djecom. Podaci dobiveni Upitnikom ukazuju da je u periodu 2006-2007. godina primjetan porast broja hospitaliziranih korisnika, prisilnih hospitalizacija, korisnika koji su počinili krivično djelo i kojima je određena sudska mjera obaveznog bolničkog liječenja, korisnika kojima je izrečena mjera obaveznog psihosocijalnog tretmana u skladu sa Zakonom o zaštiti porodice od nasilja, kao i korisnika koji su počinili samoubistvo. Ovaj podatak se može povezati s nekoliko opservacija: da je u CMZ došlo do porasta broja korisnika koji pate od teških duševnih poremećaja, te da je poboljšan sistem praćenja. Nasuprot ovome, podaci dobiveni strukturisanim intervjuima ukazuju da su timovi CMZ primijetili smanjenje broja hospitalizacija u svojim zajednicama. S obzirom na ovakve podatke i mogućnost različitog tumačenja, potrebno je dodatno ispitati ovu pojavu. Usluge koje CMZ pružaju svojim korisnicima su: 100% usluge dijagnostike i određivanje medikamentoznog tretmana; 70% davanje depo oblika antipsihotika; 64% kućne posjete; 62% individualna psihoterapija; 60% grupna psihoterapija; 40% terapijske intervencije s porodicom; 40% okupaciona terapija; 38% krizne intervencije. Prosječno vrijeme pružanja usluga nije standardizovano; npr. samo 20% CMZ navodi adekvatno vrijeme (45-60 minuta) za individualnu terapiju. Kvalitativni podaci ukazuju da su profesionalci također nezadovoljni vremenom koje mogu posvetiti korisnicima zbog opterećenosti brojem korisnika i nepotpunosti timova. Utvrđeno je da se obezbjeđuje 100% izdavanje ljekarskih uvjerenja, 90% sistematski pregledi, 64% neurološke usluge. 46% CMZ ima sačinjene programe za usluge iz oblasti mentalnog zdravlja, a 70% CMZ provodi edukaciju iz mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici, najčešće u školama (46%), a najrjeđe u preduzećima (6%). Princip koordinisane njege u svom radu primjenjuje 42% CMZ, odnosno pravi individualne planove njege. U izradu plana njege 44% CMZ uključuje korisnike. Prema podacima dobivenim od korisnika, njih 30% ističe da su bili uključeni u svoj oporavak i da su im data potrebna objašnjenja iako nisu dobili pisani plan oporavka.

Korisnici. S obzirom da CMZ nisu dostavili potpune podatke o broju i strukturi korisnika prema različitim kategorijama, nemoguće je izvesti zaključke. U prosjeku, za svaku traženu varijablu nedostaje 1/3 podataka. Može se zaključiti da se postojeći sistem registracije korisnika ne može koristiti za svrhe istraživanja i planiranja usluga. Korisnici su visoko ocijenili rad CMZ. Posebno

su zadovoljni pomoću i podrškom članova tima CMZ u prepoznavanju ranih znakova krize i razumijevanju same bolesti, grupnom terapijom i mogućnošću kontakta s drugim korisnicima, rjeđim hospitalizacijama i osjetnim poboljšanjem. Kao prednosti rada CMZ navode: 59% podršku svih članova tima (topao i ljudski odnos), 11% druženje u CMZ s drugim korisnicima, 11% grupne aktivnosti koje im se nude u CMZ, 2% nenošenje bijelih mantila članova tima CMZ. U radu CMZ korisnici ističu da im se najmanje dopada nedovoljno prostora i mali broj aktivnosti koje im se u CMZ nude, manjak diskrecije zbog sistematskih pregleda, dužina čekanja i gužve u čekaonici, nedostatak udruženja korisnika i sličnih organizacija. Korisnici usluga mentalnog zdravlja nisu oslobođeni participacije u troškovima liječenja. Prema procjeni korisnika i profesionalaca, esencijalna lista lijekova nije zadovoljavajuća – psihofarmaci novih generacija s malim nuspojavama nisu na esencijalnoj listi, a besplatni su lijekovi koji imaju dosta nuspojava.

Saradnja s drugim službama. Saradnja sa drugim zdravstvenim službama okarakterisana je kao neujednačena i nezadovoljavajuća. Nezadovoljavajuća saradnja sa zdravstvenim ustanovama, prije svega psihijatrijskim bolnicama/službama, tiče se nepostojanja obavezujućih protokola vezanih za sistem upućivanja korisnika u CMZ nakon bolničkog tretmana, te na nepostojanje zajedničkih projekata na polju prevencije. U odnosu na saradnju s drugim zdravstvenim službama, CMZ najviše kontakata imaju s timovima porodične medicine. Komunikacija i saradnja sa socijalnim sektorom (prvenstveno CSR) zavisi od slučaja do slučaja i opisana je kao sporadična i nedostatna. Komunikacija se odvija uglavnom telefonski, koriste se lični kontakti i poznanstva uposlenih u CMZ i CSR, a o saradnji u najvećem broju slučajeva nema pisanog traga. Usljed toga često se dešava difuzija odgovornosti i prebacivanje odgovornosti s jedne na drugu službu, što se direktno odražava na zajedničke korisnike. Saradnja s nevladinim sektorom uglavnom se odnosi na zajedničke projekte CMZ i NVO koje finansiraju međunarodni donatori. NVO, također, nemaju pisane protokole o saradnji s CMZ. U zajednicama u kojima postoje CMZ postoji mali broj korisničkih organizacija, 18 CMZ ostvaruje saradnju s korisničkim organizacijama. Od 110 intervjuisanih korisnika njih 15 je uključeno u rad korisničkih organizacija. U najvećem broju slučajeva CMZ nemaju formalizovan način saradnje sa zdravstvenim, socijalnim i drugim službama izvan domova zdravlja, koji jasno definiše način upućivanja korisnika. Najveći broj korisnika uputi porodični ljekar (40%), zatim samoinicijativno i porodica i prijatelji (20%), a najmanje drugo zdravstveno osoblje i škole (10%).

Analizom dobivenih rezultata i prijedloga profesionalaca i korisnika usluga mentalnog zdravlja formulisane su sljedeće preporuke usmjerene na: politiku i legislativu iz oblasti mentalnog zdravlja – menadžment promjena i praksa mentalnog zdravlja u zajednici bazirana na dokazima; finansiranje CMZ – redizajniranje mehanizma finansiranja, ljudske resurse – razvoj strateškog plana razvoja ljudskih resursa; sistem i organizaciju usluga

– razvoj smjernica i standarda za CMZ, unapređenje međusektorske i unutarsektorske saradnje, razvoj antistigma programa i podrška razvoju alternativnih usluga iz oblasti mentalnog zdravlja u zajednici.

UVOD

Sistem usluga mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini

Reforma zaštite mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini započela je 1996. godine, stavljanjem fokusa na brigu u zajednici. Takav način organizacije službi mentalnog zdravlja razlikuje se od tradicionalnog pristupa koji je dominirao u regionu Jugoistočne Evrope, a koji je naglašavao patocentrični model i uglavnom bio baziran na hospitalnom tretmanu ljudi sa mentalnim poremećajima.

U rekonstrukciji zdravstvenog sektora u BiH velika važnost je data reformskim procesima na nivou primarne zdravstvene zaštite, čiju osnovu – uz uvođenje sistema porodične medicine – čini i reforma zaštite mentalnog zdravlja kao neodvojivog dijela opšteg zdravlja.

U posljednjih deset godina doneseno je u BiH niz strateških dokumenata koji su usklađeni s evropskim dokumentima i ciljevima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO); njima je definisana reorganizacija službi za zaštitu mentalnog zdravlja na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Rezultat toga je da psihijatrijska služba nije više jedina organizaciona struktura koja brine o osobama koje pate od mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Suštinska promjena konteksta pružanja usluga u mentalnom zdravlju podrazumijeva ograničeno korištenja psihijatrijskih bolničkih kreveta, otvaranje mreže centara za mentalno zdravlje (CMZ), razvoj drugih servisa u zajednici, multidisciplinarni pristup i timski rad, kao i međusektorsku saradnju.

Cilj ovih procesa je da se izgrade efektivne, djelotvorne i kvalitetne službe za zaštitu mentalnog zdravlja, koje slijede potrebe korisnika i dostupne su što većem broju ljudi, u kontekstu kompaktnog i integrisanog sistema pružanja usluga. Sistem pružanja usluga iz oblasti mentalnog zdravlja mora se zasnivati na praksi baziranoj na dokazima (*evidence-based*) i mora biti efikasan i prihvatljiv.

Usluge iz oblasti mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini pružaju se kroz mrežu od 50 centara za mentalno zdravlje (CMZ), i to 31 u Federaciji BiH, 18 u Republici Srpskoj i jedan u Distriktu Brčko. Svaki centar mentalnog zdravlja u FBiH ima na raspolaganju 10 psihijatrijskih kreveta koji su namijenjeni za akutnu hospitalizaciju i nalaze se na psihijatrijskim odjelima opštih bolnica u regijama kojima pripadaju. Usluge iz oblasti mentalnog zdravlja na sekundarnom i tercijarnom nivou pružaju se u univerzitetskim bolnicama u Sarajevu, Tuzli i Mostaru, i psihijatrijskim odjelima u opštim bolnicama u drugim većim gradovima u Federaciji. U Republici Srpskoj na sekundarnom i tercijarnom nivou usluge iz oblasti mentalnog zdravlja pružaju se u dvije

univerzitetske bolnice: Klinika za psihijatriju KC u Banjoj Luci i Psihijatrijska klinika Sokolac (sadrži i forenzičku psihijatriju), te u Zavodu za liječenje, rehabilitaciju i socijalnu zaštitu hroničnih duševnih bolesnika Jakeš i četiri psihijatrijska odjeljenja pri opštim bolnicama u Prijedoru, Gradiški, Doboju i Trebinju.

U sklopu sistema pružanja usluga mentalnog zdravlja u zajednici u BiH otvorene su tri zaštićene kuće, dvije kooperative, a formirano je i nekoliko udruženja korisnika usluga. U posljednjih godinu dana centri za socijalni rad u lokalnim zajednicama počeli su da otvaraju dnevne centre za osobe sa problemima mentalnog zdravlja, te dnevne centre za starije osobe, što upotpunjuje sistem službi i povećava usluge u mentalnom zdravlju.

U centrima za mentalno zdravlje radi jedan ili više multidisciplinarnih timova, zavisno od veličine područja koje pokrivaju, odnosno pripadajuće populacije, i od raspoloživih kadrovskih resursa. U strukturi timova nalaze se neuropsihijatri/psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, medicinski tehničari, defektolozi i logopedi, te okupacioni terapeuti.

U većini mjesta u BiH gdje funkcionišu centri uočeni su pozitivni pomaci postignuti u rehabilitaciji i liječenju, smanjenju broja pacijenata i dužini hospitalizacije, uspostavljanju interdisciplinarne saradnje unutar zdravstvenog sistema, s jedne strane sa timovima opšte/porodične medicine, a s druge sa bolničkim službama. Također je uspostavljena međusektorska saradnja na lokalnom nivou sa centrima za socijalni rad, školama, nevladinim udruženjima, lokalnim vlastima i dr.

Procjene stanja usluga mentalnog zdravlja u zajednici u periodu 2000-2009.

U toku 2000. i 2002. napravljene su procjene stanja usluga mentalnog zdravlja u zajednici. Prva studija rađena je za Federaciju BiH, a druga studija se odnosila na cijelu Bosnu i Hercegovinu. Rezultati obje studije su publicirani i predstavljeni svim interesnim grupama (Federalno ministarstvo zdravstva, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS, predstavnici kantonalnih ministarstava zdravstva, direktori domova zdravlja, predstavnici zavoda za javno zdravlje, direktori kliničkih centara, kao i profesionalci iz centara za mentalno zdravlje). Studije su vodili oba resorna ministarstva i međunarodne organizacije HealthNet International i SWEBiH, koji su finansirali ove studije i sačinili izvještaje.

Prijedlozi i preporuke za unapređenje rada CMZ proistekle iz prethodnih istraživanja odnosili su se na sljedeće aspekte: menadžment centara, koordinaciju i umrežavanje aktivnosti CMZ, poboljšanje aktivnosti i usluga CMZ, edukaciju.

Menadžment centara: preporučeno je administrativno i finansijsko odvajanje CMZ od domova zdravlja, pokretanje specijalizacije za zanimanje psihijatrijska

medicinska sestra, upotpunjavanje multidisciplinarnih timova CMZ, uspostavljanje sistema profesionalne podrške i supervizije, rješavanje statusa i zakonske regulative CMZ, oslobađanje participacije u troškovima liječenja.

Koordinacija i umrežavanje aktivnosti CMZ:

preporučena je veća povezanost s ostalim institucijama zdravstva i bolje poznavanje rada CMZ, veća povezanost s ostalim sektorima, posebno sektorima socijalne zaštite, obrazovanja i nevladinim sektorom, razmjena iskustava i informacija s ostalim institucijama nadležnim za provođenje reforme usluga mentalnog zdravlja.

Poboljšanje aktivnosti i usluga CMZ: preporučena je nabavka nove i dopuna postojeće opreme za rad (npr. sredstva za provođenje aktivnosti, psihodijagnostički instrumenti itd.), adekvatan prostor za rad, pokretanje/osnaživanje grupnih aktivnosti i programa dnevnih aktivnosti (npr. pokretanje grupa samopomoći), pokretanje/usavršavanje okupacione/radne terapije, rad na promjeni javnog mnijenja, rad na promotivnim aktivnostima, rad na terenu i rad mobilne službe.

Edukacija: preporučeno je uvođenje programa kontinuirane edukacije i programa za pojedine struke kao i za cijele timove.

I pored značajnog napretka, postojeće usluge iz oblasti mentalnog zdravlja u BiH još uvijek nisu u stanju da zadovolje multiple/narasle potrebe stanovništva. Veliki problem predstavlja i društvena stigma, segregacija i izolovanost osoba sa problemima mentalnog zdravlja, kao osnovne barijere prema liječenju i reintegraciji ljudi sa mentalnim problemima u BiH.

Sve ovo nameće konstantnu potrebu za jačanjem i reorganizacijom postojećeg sistema, uz aktivno učešće korisnika usluga. Potrebno je senzibilizirati javnost o važnosti mentalnog zdravlja, unaprijediti liječenje i rehabilitaciju, promociju i prevenciju.

S ciljem daljeg unapređenja organizacije sistema usluga mentalnog zdravlja u BiH, predložena je treća po redu procjena potreba i pregled dosadašnjih rezultata u oblasti reforme mentalnog zdravlja u BiH.

U januaru 2008. godine, na inicijativu Projekta mentalnog zdravlja za Jugoistočnu Evropu, Federalno ministarstvo zdravstva, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS i Švicarska agencija za razvoj i saradnju napravili su sporazum o provođenju istraživačkog projekta *Analiza situacije i procjena potreba centara za mentalno zdravlje u Bosni i Hercegovini*. Prema sporazumu, nosioci istraživanja su Federalno ministarstvo zdravstva i Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS, implementator istraživanja je Projekat mentalnog zdravlja za Jugoistočnu Evropu, finansijsko administriranje je dodijeljeno Fondaciji Fami, a finansijer projekta je Švicarska agencija za razvoj i saradnju.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Ciljevi istraživanja

Opšti cilj

To su procjena i pregled dosadašnjih postignuća u oblasti reforme mentalnog zdravlja u BiH u periodu 2000-2008. Rezultati će biti upoređeni s rezultatima studija rađenih 2000. i 2002. godine.¹ Istraživački projekat treba da identifikuje modele dobre prakse, istraži potrebe korisnika usluga i obezbijedi informacije kreatorima politike za bolje planiranje usluga u mentalnom zdravlju.

Specifični ciljevi

Analiza i procjena konteksta rada CMZ uključuje sljedeće aspekte: organizacioni, aspekt procesa njege, korisnički, te aspekt efikasnosti i uticaja na zajednicu.

1. Analiza organizacionog aspekta CMZ podrazumijeva procjenu:

- razvoja kliničkih principa: kliničkih vodilja, standarda i politika,
- razvoja menadžmenta i administrativnih principa, modela finansiranja,
- ljudskih resursa: broj osoblja, struktura, programi edukacije osoblja,
- broja i vrste programa rada (usluge koje se nude korisnicima),
- analize statusa CMZ u okviru zdravstvene zaštite u odnosu na primarni, sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite.

2. Analiza aspekta procesa njege podrazumijeva:

- analizu upućivanja, listu čekanja, plan tretmana,
- analizu usluga koje tim CMZ nudi korisnicima,
- analizu podržavajućih usluga u zajednici: dnevni centri, klubovi, udruženja korisnika, zastupništvo.

3. Aspekt procjene od strane korisnika:

- zadovoljstvo uslugama CMZ,
- procjena potreba korisnika,
- uključenost korisnika u kreiranje politike CMZ.

4. Analiza aspekta efikasnosti:

- broj upućenih korisnika na bolnički tretman u odnosu na psihičke poremećaje,
- broj korisnika s teškim duševnim oboljenjima koji su uključeni u program CMZ,
- učestalost kontakata tima s korisnicima pojedinačno,
- postojanje monitoringa efikasnosti njege,
- dokumentovanje.

5. Analiza aspekta uticaja u zajednici:

- identifikovanje strategija koje omogućavaju razvoj podržavajuće mreže usluga za svakog pojedinog korisnika,

- analiza saradnje CMZ s drugim sektorima (s drugim službama u zajednici, posebno s NVO – nevladinim organizacijama).

Postupak/Prikupljanje podataka

Predložena metodologija bazirana je na iskustvima prethodna dva istraživanja provedena 2000. i 2002. godine kako bi se dobiveni rezultati mogli komparirati.

Metoda izbora je trijagulaciono istraživanje – kombinacija kvalitativnih i kvantitativnih tehnika istraživanja.

Također, istraživanje je procesnog i participativnog tipa, što podrazumijeva aktivno učešće i profesionalaca mentalnog zdravlja i korisnika usluga u cijelom procesu istraživanja – počevši od planiranja metodologije, preko prikupljanja podataka, do izrade preporuka i smjernica za budući rad CMZ. Učešće u istraživanju je osigurano i tako što su u samom procesu provođenja evaluacije organizovane evaluacijske radionice i fokus grupe na kojima su predstavnici svih uključenih aktera imali priliku evaluirati sam proces istraživanja i dati svoje komentare na preliminarnu rezultate i preporuke istraživanja.

Istraživanje je provedeno u nekoliko faza. U Tabeli 1. dat je pregled faza istraživanja.

Faza prikupljanja podataka sastojala se iz dva dijela: prikupljanje kvantitativnih podataka Općim/opštim upitnikom za centre za mentalno zdravlje i prikupljanje kvalitativnih podataka strukturisanim intervjuima.

Instrumentarij

Za potrebe ovog istraživanja Istraživački i Projektni tim dizajnirali su instrumentarij za prikupljanje podataka koji je podrazumijevao dvije metode:

- a. kvantitativnu i
- b. kvalitativnu.

a. Kvantitativna metoda

S ciljem prikupljanja kvantitativnih podataka korišteni su sljedeći instrumenti:

- Opći/opšti upitnik za CMZ,
- Upitnik o zadovoljstvu korisnika/Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8,
- Upitnik o zadovoljstvu zaposlenih.

Opći/opšti upitnik za CMZ

S ciljem prikupljanja opštih podataka o CMZ, Istraživački i Projektni tim su konstruisali Opći/opšti upitnik za centre za mentalno zdravlje (u daljem tekstu Upitnik). Prilikom konstrukcije Upitnika oslonili smo se na iskustva prethodna dva istraživanja (HNI i SWEBiH, 2000. i 2002.)

¹ Procjena potreba zaštite mentalnog zdravlja u zajednici u FBiH (2000, HNI & SWEBiH) i Analiza situacije i procjena potreba: usluge mentalnog zdravlja u zajednici (2002, HNI). Studije su rađene u saradnji s Federalnim ministarstvom zdravlja i Ministarstvom zdravlja i socijalne zaštite RS.

Nakon što je razvijen Upitnik, održane su dvije fokus grupe u Federaciji BiH (u Tuzli) i Republici Srpskoj u (Banjoj Luci) u svrhu prikupljanje komentara i sugestija relevantnih nosilaca usluga mentalnog zdravlja u zajednici kako bi se finalizirao Upitnik za CMZ. Fokus grupama su prisustvovali predstavnici korisnika, profesionalca iz CMZ i drugih službi koje pružaju usluge iz oblasti mentalnog zdravlja ili saraduju sa CMZ, te predstavnici socijalnih službi, nevladinih organizacija iz FBiH i RS. Fokus grupama je prisustvovalo 15 učesnika, i to 6 učesnika u Tuzli i 9 učesnika u Banjoj Luci.

Upitnik za CMZ sastojao se od 65 pitanja iz sljedećih oblasti:

- Opšti podaci o CMZ (adresa, područje pokrivanja, početak rada itd.);
- Materijalni resursi (oprema i materijal za rad, prostor, vozilo za kućne posjete itd.);
- Finansiranje (upravljanje finansijskim sredstvima,

godišnji budžet itd.);

- Ljudski resursi (broj i struktura timova, stepen edukacije, supervizija itd.);
- Timski rad (učestalost i vrsta timskih sastanaka, izrada plana njege, učešće korisnika i porodica u oporavku itd.);
- Korisnici i usluge (ciljna grupa, upućivanje, struktura korisnika, broj pruženih usluga, broj prvih pregleda, vrste usluga, programi iz oblasti mentalnog zdravlja itd.);
- Saradnja s drugim sektorima (porodična medicina, službe za hospitalni tretman, ostale institucije u zajednici, korisničke organizacije itd.).

Prije nego je Upitnik za CMZ dostavljen svim CMZ u BiH, na inicijativu resornih ministarstava održana su dva sastanka sa svim direktorima domova zdravlja i šefovima CMZ, jedan u Sarajevu za centre iz FBiH, a drugi u Banjoj Luci za centre iz RS. Cilj tih sastanaka je bio upoznavanje rukovodilaca domova zdravlja i CMZ s

Tabela 1.

Faze istraživanja	Instrumentarij
PRIPREMA ISTRAŽIVANJA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formiranje istraživačkog tima i upravnog odbora ■ Definisane metodologije: <ul style="list-style-type: none"> ■ odabir uzorka ■ konstruisanje instrumentarija ■ testiranje instrumentarija ■ desktop istraživanje (pregled i analiza literature)
PRIKUPljanJE PODATAKA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Odabir intervjueira ■ Priprema materijala za intervjueire ■ Obuka intervjueira ■ Praćenje i konsultacije sa intervjueirima ■ Rad na terenu: ankete i intervjui ■ Evaluacijska radionica – prezentacija preliminarnih rezultata
ANALIZE PODATAKA I IZVJEŠTAVANJE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kreiranje baze podataka i unos kvantitativnih podataka ■ Transkripti kvalitativnih podataka ■ Statistička analiza kvantitativnih podataka ■ Kvalitativna analiza ■ Desktop istraživanje (pregled i analiza literature) ■ Izrada izvještaja
PUBLIKACIJA I DISEMINACIJA REZULTATA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Štampanje izvještaja ■ Prezentacija izvještaja ■ Medijska prezentacija (konferencija za štampu, gostovanje u medijima)
PLAN ZA BUDUĆE AKTIVNOSTI	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prijedlozi dopuna i izmjena postojeće strategije mentalnog zdravlja u zajednici u skladu s preporukama istraživanja

ciljevima i metodologijom istraživanja, te davanje uputa za popunjavanje Upitnika za CMZ.

Upitnik je popunilo 50 CMZ u BiH: 31 u FBiH, 18 u RS i 1 u DB.

Upitnik o zadovoljstvu korisnika CSQ-8

Upitnik o zadovoljstvu korisnika CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire) široko je primjenjivan upitnik oblikovan za mjerenje klijentovog zadovoljstva liječenjem, a razvili su ga Larsen i saradnici (1979).

CSQ-8 je jednodimenzionalni osmodijelni upitnik koji se temelji na podacima stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja o broju stavki koje mogu biti povezane sa zadovoljstvom klijenata. CSQ-8 otkriva klijentovo mišljenje o vrijednostima pruženih usluga.

CSQ su ispunila 103 korisnika.

Upitnik o zadovoljstvu zaposlenih

Upitnik o zadovoljstvu zaposlenih razvio je Institut za javno zdravlje "Dr. M. Jovanović Batut" iz Beograda (2008). Upitnik o zadovoljstvu zaposlenih odnosi se na istraživanje zadovoljstva zaposlenih zdravstvenih profesionalaca i sastoji se od 24 pitanja. Prvi dio upitnika se odnosi na procjenu stepena zadovoljstva profesionalaca različitim aspektima radnog okruženja, kao što je broj zaposlenih, oprema za rad, međuljudski odnosi, organizacija posla, mogućnosti za edukaciju itd. Pitanja se ocjenjuju petostepenom skalom Likertovog tipa. Drugi dio Upitnika se sastoji od opštih podataka, kao što su školska sprema, radni staž, spol ispitanika itd.

Upitnik o zadovoljstvu zaposlenih popunila su 133 profesionalca iz CMZ.

b. Intervjui

Kao i prilikom konstruisanja Općeg/Opšteg upitnika za CMZ, pri određivanju i izradi instrumentarija za prikupljanje kvalitativnih podataka koristili smo se iskustvima prethodna dva istraživanja koja su provedena 2000. i 2002. godine.

Za različite ciljne grupe konstruisane su smjernice za vođenje strukturisanih individualnih i grupnih intervju (fokus grupa):

Kvalitativni podaci prikupljeni su putem strukturisanih intervju:

- Strukturisani grupni intervju s članovima timova CMZ – fokus grupe;
- Strukturisani individualni intervju s korisnicima usluga CMZ;
- Strukturisani individualni intervju s ostalim službama sa kojima CMZ svakodnevno saraduju: porodična medicina, psihijatrijske bolnice/klinike, službe socijalne zaštite itd.;
- Strukturisani individualni intervju s donosio-

cima odluka (predstavnicima ministarstva, menadžmentom primarne zdravstvene zaštite – domova zdravlja u okviru kojih CMZ rade itd.).

Pitanja za strukturisane intervju pokrivala su sljedeće oblasti:

- Politika i legislativa iz oblasti mentalnog zdravlja,
- Procedure rada CMZ,
- Usluge i zadovoljstvo uslugama,
- Finansiranje,
- Saradnja službi,
- Sistem upućivanja,
- Procjena rada CMZ,
- Sugestije za unapređenje rada.

Evaluacijska radionica

Nakon što su podaci prikupljeni Upitnikom za CMZ, urađena je preliminarna analiza rezultata. Preliminarni rezultati su prezentovani na evaluacijskoj radionici, na koju su bili pozvani predstavnici svih domova zdravlja/CMZ. Cilj radionice je bio dobivanje povratne informacije o preliminarnim rezultatima istraživanja od strane svih relevantnih aktera u oblasti mentalnog zdravlja, kao i upoznavanje aktera s metodološkim problemima i poteškoćama koje su se javile tokom istraživanja – nepotpunost dostavljenih podataka.

Komentari i sugestije učesnika evaluacijske radionice iskorišteni su za finaliziranje strukturisanih intervju za kvalitativni dio istraživanja.

Odabir i obuka intervjuera

Prije nego se pristupilo prikupljanju podataka putem strukturisanih intervju, izvršen je odabir tima od 14 intervjuera. Intervjueri su radili u parovima i bili zaduženi za prikupljanje podataka na dvije do četiri lokacije. Prije početka rada intervjueri su prisustvovali radionici koja je imala za cilj njihovo upoznavanje s metodologijom i ciljevima istraživanja, obuku iz osnovnih vještina prikupljanja podataka (upitnici, intervju, fokus grupa), upoznavanje s instrumentarijem i načinom izrade transkripta. Svi intervjui su dokumentovani u audio-formi (tonski zapis intervju snimljen diktafonom), na osnovu koje su intervjueri izradili transkript odgovora.

Prilikom odabira intervjuera vodilo se računa o sljedećim kriterijima:

- iskustvo u istraživačkom radu – iskustvo u vođenju intervju,
- iskustvo u oblasti mentalnog zdravlja,
- nepostojanje konflikta interesa, tj. intervjueri nisu uposlenici CMZ i drugih službi s kojima CMZ saraduju,
- multidisciplinarna struktura: psiholozi, socijalni radnici, ljekari itd.,
- participacija korisnika: dva intervjuera su bili korisnici usluga mentalnog zdravlja.

Ukupno je obavljeno 210 intervju, od čega 21 grupni intervju (fokus grupe) s 130 učesnika i 189 individualnih intervju.

Ukupno je 319 ispitanika učestvovalo u grupnim ili individualnim intervjuima, od čega 110 korisnika i 209 profesionalaca.

S korisnicima usluga obavljeno je 110 individualnih intervjuja.

Od ukupno 209 profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja i službi s kojima CMZ saraduju, 79 ispitanika je učestvovalo u individualnim intervjuima, a 130 u grupnim.

Uzorak

Uzorak istraživanja su sačinjavale tri ciljne grupe ispitanika:

- grupa profesionalaca CMZ i profesionalaca na koje se CMZ oslanja (porodična medicina, psihijatrijske bolnice/klinike ili odjeljenja općih/opštih bolnica, centri za socijalni rad, NVO itd.),
- grupa donosilaca odluka, i
- grupa korisnika.

Na osnovu podataka o broju CMZ u BiH koje su dostavili Federalno ministarstvo zdravstva, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS i Odjel za zdravstvo Vlade Distrikta Brčko, određen je okvir uzorka – svi postojeći CMZ u BiH. Prema dostavljenim podacima, u BiH su uspostavljena 53 CMZ, od tog broja 38 u FBiH, 16 u RS i 1 u Distriktu Brčko. U RS je krajem oktobra 2008. godine otvoren CMZ u Bijeljini, koji nije obuhvaćen ovim istraživanjem.

Upitnik za CMZ dostavljen je svim CMZ u periodu maj-juni 2008. Na osnovu Općeg/opšteg upitnika za CMZ konstatovano je da u BiH postoji 50 CMZ (31 u FBiH, 18 u RS, 1 u DB).

Dva CMZ iz FBiH – Livno i Tomislavgrad – dostavila su u pisanoj formi obavještenje da ti centri ne funkcionišu i da zbog toga nisu u mogućnosti ispuniti Opći/Opšti upitnik za CMZ, čime su izuzeti iz dalje analize.

Na osnovu podataka dobivenih Općim/Opštim upitnikom za CMZ određen je uzorak za kvalitativni dio istraživanja. U odabiru CMZ za ulazak u kvalitativni dio istraživanja korišten je metod namjernog uzorka. Od ukupnog broja od 50 CMZ odabran je 21 CMZ – 13 u FBiH, 7 u RS i 1 u Distriktu Brčko. Uzorak je formiran na osnovu uključujućih i isključujućih kriterija.

Kriteriji odabira CMZ za kvalitativni dio istraživanja su sljedeći:

- ravnomjerna geografska zastupljenost (FBiH, RS, Distrikt Brčko);
- veličina geografskog područja koje CMZ pokriva (srazmjerni broj manjih i većih područja pokrivanja, tj. malih i većih CMZ/zajednica);
- ruralna i urbana područja;
- vremenski period rada CMZ (broj godina rada, datum otvaranja CMZ);

- broj korisnika kojima se usluge pružaju (trenutna opterećenost CMZ/caseload);
- veličina i struktura tima.

U odnosu na postojeće kriterije određen je broj donosilaca odluka, profesionalaca i korisnika koji su intervjuisani.

U Tabelama 2. i 3. dat je pregled CMZ koji su ušli u uzorak, kao i veličina uzorka, odnosno broj obavljenih grupnih i individualnih intervjuja i broj podataka prikupljen upitnicima.

Učešće ispitanika u istraživanju bilo je dobrovoljno i uz ličnu saglasnost i saglasnost rukovodilaca institucija u kojima rade. Posebna pažnja je bila posvećena povjerljivosti podataka koji su dobiveni od korisnika usluga.

Vremenski okvir

Istraživanje, uključujući kreiranje metodologije, konstruisanje instrumentarija, proces prikupljanja podataka, analizu i izvještavanje, provedeno je u periodu od februara 2008. do aprila 2009. godine.

Partneri i nosioci istraživanja

Nosioci istraživanja su Federalno ministarstvo zdravstva i Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS.

Finansijer projekta je Švicarska agencija za razvoj i saradnju (SDC).

Regionalni ured Projekta mentalnog zdravlja u zajednici za Jugoistočnu Evropu bio je odgovoran za provedbu istraživanja.

Fondacija Fami bila je zadužena za finansijsko administriranje projekta.

U svrhu istraživanja formirana su dva tima: Istraživački i Projektni tim. Zadatak Istraživačkog i Projektnog tima je bio da vode kompletan proces provedbe istraživanja. Članove Istraživačkog tima predložili su predstavnici resornih ministarstva. Vanjski saradnici (istraživači/intervjueri) odabrani su kao podrška Istraživačkom timu u procesu prikupljanja podataka.

Također, u okviru projekta je formiran Upravni odbor, koji su sačinjavali predstavnici Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite RS, Federalnog ministarstva zdravstva i Švicarske agencije za razvoj i saradnju (SDC).

Tabela 2.

CMZ koji su uključeni u kvantitativnu i kvalitativnu analizu

Entitet/kanton	Mjesto CMZ	I dio istraživanja: Upitnik za CMZ	II dio istraživanja
Federacija BiH			
Unsko-sanski	Bihać	+	+
	Ključ	+	+
	Velika Kladuša	+	-
	Sanski Most	+	-
	Cazin	+	-
Zapadnohercegovački	Ljubuški	+	+
Hercegovačko-neretvanski	Mostar (Istok)	+	-
	Mostar (Zapad)	+	+
	Konjic	+	+
Srednjobosanski	Travnik	+	+
	Bugojno	+	-
Zeničko-dobojski	Zenica	+	+
	Tešanj	+	+
	Žepče	+	-
	Zavidovići	+	-
	Olovo	+	-
	Kakanj	+	-
Tuzlanski	Tuzla	+	+
	Gračanica	+	+
	Gradačac	+	-
	Banovići	+	-
	Živinice	+	-
	Lukavac	+	-
	Srebrenik	+	-
Sarajevski	Centar	+	-
	Novo Sarajevo	+	+
	Novi grad	+	-
	Stari grad	+	-
	Vogošća	+	+
	Ilidža	+	-
Podrinjski	Goražde	+	+
Zapadnobosanski	Tomislavgrad	Nisu bili u mogućnosti da dostave Upitnik	-
	Livno	Nisu bili u mogućnosti da dostave Upitnik	-
Posavski	nema CMZ	-	-

Republika Srpska			
	Banja Luka	+	+
	Prijedor	+	+
	Prnjavor	+	+
	Sokolac	+	-
	Doboj	+	+
	Trebinje	+	+
	Šamac	+	-
	Derвента	+	-
	Vlasenica	+	-
	Kozarska Dubica	+	-
	Srbac	+	+
	Gradiška	+	-
	Zvornik	+	+
	Teslić	+	-
	Modriča	+	-
	Istočno Sarajevo	+	-
	Milići	+	-
	Novi Grad	+	-
Distrikt Brčko			
	Brčko	+	+
Ukupno FBiH		31	13
Ukupno RS		18	7
Ukupno DB		1	1
Ukupno BiH		50	21

U Tabeli 3. dat je pregled ukupnog broja ispitanika i podataka prikupljenih različitim instrumentima.

Tabela 3.	
Uzorak i metoda formiranja uzorka istraživanja	
Instrumentarij	Broj ispitanika
Podaci prikupljeni kvantitativnim metodom	
Upitnik za CMZ	50 CMZ dostavilo popunjen upitnik
Upitnik o zadovoljstvu korisnika CSQ-8	103
Upitnik o zadovoljstvu zaposlenih	133
Ukupno ispunjenih upitnika	286
Podaci prikupljeni kvalitativnom metodom	
Fokus grupe s članovima tima CMZ	21 fokus grupa, 130 učesnika
Individualni intervju s donosiocima odluka	29
Individualni intervju sa službama s kojima CMZ sarađuju – opšte bolnice/psihijatrijski odjeli	10
Individualni intervju sa službama s kojima CMZ sarađuju – porodična medicina	10
Individualni intervju sa službama s kojima CMZ sarađuju – centri za socijalni rad	17
Individualni intervju sa službama s kojima CMZ sarađuju – nevladine organizacije i druge institucije	13
Individualni intervju s korisnicima usluga CMZ	110
Ukupno grupnih i individualnih intervjuja	210 (21 fokus grupa + 189 individualnih intervjuja)
Ukupno intervjuisanih korisnika	110
Ukupno intervjuisanih profesionalaca	209 (79 putem individualnih intervjuja i 130 putem grupnih intervjuja)

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Analiza podataka

Podaci dobiveni istraživanjem analizirani su dvojako: kvalitativnim i kvantitativnim tehnikama.

Trijangulacija kvalitativnih i kvantitativnih metoda prikupljanja podataka u kombinaciji s višestrukim izvorima podataka (korisnici, kreatori politike, profesionalci itd.) odabrana je kako bi se osigurala konstruktivna validnost istraživanja.

Analiza kvantitativnih podataka podrazumijeva pregled deskriptivne statistike i izvršena je uz pomoć SPSS softvera.

Analiza kvalitativnih podataka izvršena je putem kvalitativnih tehnika konceptualne analize, tzv. metode sintetizujućih koncepata, uz vođenje računa o originalnim konceptima. Da bi se osigurala međuanalitička pouzdanost, tri su istraživača provela analizu istih kvalitativnih podataka.

Dobiveni rezultati prezentovani su prema sljedećim tematskim oblastima:

- postojeća mreža CMZ i njihovi organizacioni aspekti,
- ljudski resursi,
- korisnici i usluge,
- saradnja CMZ s drugim službama u zajednici,
- finansiranje CMZ,
- politika mentalnog zdravlja i legislativa.

Također, u poglavlju "Rezultati" dat je pregled procjene CMZ, odnosno slabih i jakih strana CMZ, kao i prijedloga za unapređenje rada od strane ključnih aktera.

POSTOJEĆA MREŽA CMZ I ORGANIZACIONI ASPEKTI

Rezultati ranijih istraživanja pokazuju da je 2000. godine u FBiH (2000. godine istraživanje je provedeno samo u FBiH) postojala mreža od 38 CMZ, od čega su 26 bili tzv. "funkcionalni" i 12 "nefunkcionalni", a 2002. godine postojala je mreža od 39 CMZ u BiH, od čega 31 u FBiH, 7

u RS i 1 u Distriktu Brčko. Prema rezultatima istraživanja iz 2002. u FBiH, a prema kriterijima funkcionisanja iz 2000. godine, bilo je 7 tzv. "nefunkcionalnih" CMZ.

U okviru istraživanja provedenog u periodu 1999-2000. godina uspostavljeni su kriteriji za određivanje stepena funkcionisanja CMZ, i to:

- a) CMZ otvoren za javnost u okviru uobičajenog radnog vremena DZ;
- b) minimum zaposlenog osoblja (npr. 1 neuropsihijatar i 2 medicinske sestre);
- c) minimum radnog prostora i opreme;
- d) pružanje usluga u oblasti mentalnog zdravlja.

Tokom istraživanja Upitnik za CMZ je dostavljen u 52 CMZ. Upitnik su potpuno ili djelimično popunili predstavnici 50 CMZ. Dva CMZ iz FBiH (Livno i Tomislavgrad) dostavila su pismeno obrazloženje da nisu u mogućnosti popuniti Upitnik za CMZ s obzirom da u trenutku istraživanja nisu imali oformljen CMZ, te su izuzeti iz dalje analize.

U periodu provođenja istraživanja, u Bosni i Hercegovini postoji mreža od 50 centara za mentalno zdravlje – 31 (62%) u FBiH, 18 (36%) u RS i 1 (2%) u Distriktu Brčko. Na osnovu kriterija postavljenih u okviru istraživanja iz 2000. i 2002. godine, samo dva CMZ mogu se okarakterisati kao tzv. "nefunkcionalni" – CMZ koji nisu bili u mogućnosti da popune Upitnik za CMZ.

U tabeli koja slijedi dat je pregled broja CMZ u periodu od deset godina (1999-2009).

Podaci ukazuju da u DB postoji jedan CMZ osnovan 2001. godine, u RS je u periodu od šest godina udvostručen broj CMZ, a u FBiH broj CMZ varira; tačnije, primjetan je blagi trend smanjenja broja CMZ u periodu od 10 godina, i to u 2002. godini. Podaci iz ovog istraživanja ukazuju da su neki CMZ oformljeni kasnije; na primjer, CMZ Ključ oformljen je 2004. godine i trenutno funkcionise, a neki koji su oformljeni na samom početku, 1997. godine, kao što su Livno i Tomislavgrad, prestali su funkcionisati.

Tabela br. 4. data u prilogu daje pregled svih CMZ koji su obuhvaćeni Upitnikom za CMZ.

Tabela 4.

Broj centara za mentalno zdravlje u BiH u periodu od 10 godina (1999-2009)

	1999-2000. godina			2002. godina			2008-2009. godina		
	FBiH	DB*	RS*	FBiH	RS	DB	FBiH	RS	DB
"funkcionalni"	26	-	-	24	7	1	31	18	1
"nefunkcionalni"	12	-	-	7	-	-	2	-	-
Ukupno	38	-	-	31	7	1	33	18	1

* Istraživanje 1999-2000. rađeno je samo u FBiH, stoga za taj period nema podataka za RS i DB.

Podaci dobiveni Upitnikom za CMZ su:

Organizaciona pripadnost CMZ

- 48 CMZ ili 96% njih su u sastavu primarnog nivoa zdravstvene zaštite, odnosno domova zdravlja. U RS svi CMZ se nalaze na primarnom nivou zdravstvene zaštite, dok su u FBiH dva CMZ u sastavu sekundarne zdravstvene zaštite (opće/opšte bolnice i sl.). (Tabela 1. u Prilogu)

Područje koje CMZ pokrivaju

- Područja koje CMZ pokrivaju obuhvataju od 13.000 do 256.200 stanovnika.
- Najveći broj CMZ pokriva područje između 50.000 i 100.000 stanovnika, 6 CMZ pokriva područje manje od 25.000 stanovnika, a 5 CMZ pokriva područje više od 100.000 stanovnika (Tabela 2. u Prilogu). U Tabeli 4. u Prilogu dat je pregled područja pokrivanja za svaki CMZ.
- Prosječna vrijednost veličine područja koje CMZ pokrivaju je 66.580 stanovnika (SD = 45.300).

Ostale službe za mentalno zdravlje na teritoriji koju pokriva CMZ

- 40% – postoji opća/opšta bolnica sa psihijatrijskim odjeljenjem (RS 44,44%, FBiH 35,49%);

- 34% – postoji psihijatrijska klinika (FBiH 45,16% , RS 16,67%);
- 24% – postoji dom za stare (FBiH 25,81% , RS 22,22%);
- 20% – postoji socijalna ustanova za mentalno oboljele (FBiH 29,03% , RS 5,56%);
- 16% – postoji zaštićena kuća/stanovi (FBiH 19,36%, RS 11,11%);
- 10% – postoje dnevni centri koji nisu u sastavu CMZ (FBiH 12,90% , RS 5,56%).

Radno vrijeme CMZ

- Najveći broj CMZ (88,00%) radi svaki radni dan od 7.00 do 15.00 sati, dok 3 CMZ rade dvokratno u dvije smjene. Vikendom rade 4 CMZ u BiH, što iznosi 8,00%, od čega su 3 CMZ u FBiH (9,68%) i 1 CMZ u RS (5,56%). U Tabeli 3. u Prilogu dat je prikaz radnog vremena CMZ.

U Tabeli 4. u Prilogu dat je prikaz CMZ u odnosu na godinu osnivanja, veličinu područja koje pokriva, radno vrijeme i veličinu i strukturu tima.

Registracija CMZ

- U Republici Srpskoj 9 CMZ je registrovano, za 3 CMZ je registracija u toku, a 5 CMZ nije registrovano. U FBiH za CMZ ne postoji proces registracije.

Tabela 5.

Zastupljenost pojedinih profesija u timu CMZ

Profesija	Ukupan broj	Maksimalan broj u timu	Prosječna vrijednost	Standardna devijacija
Medicinska sestra	101	7	2,15	1,25
Neuropsihijatar	63	3	1,29	0,61
Psiholog	62	4	1,44	0,76
Socijalni radnik	31	2	0,97	0,40
Drugi članovi tima (npr. logoped, defektolog)	21	5	1,91	1,75
Viša medicinska sestra	18	4	0,90	0,87
Okupacioni terapeut	8	1	0,57	0,51

Tabela 6.

Pregled broja različitih profesija u timovima CMZ

Profesija	0	1	2	3	4	5	6	7	Nedostaje podatak
(Neuro)psihijatri	2%	72%	18%	6%	-	-	-	-	2%
Psiholozi	-	60%	16%	8%	2%	-	-	-	14%
Med. sestre / tehničar	-	30%	42%	8%	10%	2%	-	2%	6%
Viša med. sestra	10%	28%	-	-	2%	-	-	-	60%
Socijalni radnik	6%	54%	4%	-	-	-	-	-	36%
Okupacioni terapeut	12%	16%	-	-	-	-	-	-	72%

Prostor i oprema

- 48 % CMZ u BiH raspolaže prostorom koji je adekvatan i u skladu s potrebama (RS 50,00%, FBiH 45,16%). (Tabela 5. u Prilogu);
- 36% CMZ u BiH ima odgovarajuću opremu i materijal za rad (RS 27,78%, FBiH 38,71%). (Tabela 6. u Prilogu);
- 20% CMZ u BiH raspolaže vozilom za kućne posjete (RS 22,22%, FBiH 19,35%). (Tabela 7. u Prilogu).

Standardi i procedure kojih se CMZ pridržavaju u radu

U odnosu na postojeće procedure u radu CMZ, može se zaključiti sljedeće:

- CMZ nemaju razrađene standarde i procedure rada;
- ukoliko postoje neke procedure, one se isključivo odnose na opšte procedure DZ, s obzirom da CMZ djeluje kao služba u okviru DZ;
- mali broj CMZ pokušava samoinicijativno razviti interne procedure s obzirom da se u praksi javila potreba za postojanjem određenih procedura i smjernica u radu.

Agencije za akreditaciju i kvalitet u zdravstvu (AKAZ u FBiH i AZA u RS) nisu započele s procesom akreditacije CMZ. U RS je izrađen Vodič kroz akreditaciju za CMZ, a u FBiH su u vodiču Akreditacijski standardi za dom zdravlja obrađeni CMZ.

Nepostojanje razrađenih standarda i procedura

"Nemamo mi nijedan standard ili proceduru. Ja sam tražio standarde i normative, čak i u bolnici dok sam radio. DZ nije nikada donio niti jednu proceduru."

(predstavnik CMZ)

"Standardi i procedure za CMZ ne postoje."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Dosadašnja dokumentacija, karton i memorandum na kojem se piše nalaz i mišljenje, to je oskudno i ne može služiti za dobro evidentiranje i praćenje, posebno ne za profesionalce koji dolaze i mijenjaju se."

(predstavnik menadžmenta DZ)

Procedure CMZ kao dio opštih procedura DZ

"Postoje procedure koje su identične za sve službe DZ, tretman i liječenje, a specifične samo za CMZ još nisu razvijene."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Imamo pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji DZ gdje su utvrđeni poslovi i radni zadaci i za CMZ."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Procedure nisu urađene nigdje. Mi smo tek u fazi uključivanja u proces standardizacije i kvaliteta. Imamo oko 18 procedura koje se odnose na odnos pacijent-ljekar, javljanje na telefon, prvi kontakt s pacijentom itd. To su procedure i standardi koji su opšti za sve DZ, a specifični za CMZ su na putu da se urade. "Nemamo zvanične standarde, ali sam

se sama potrudila pa našla jednu knjigu sa primjerima iz Velike Britanije, Češke itd."

(predstavnik CMZ)

"Radimo u sklopu DZ po njihovim zakonima."

(predstavnik CMZ)

CMZ s izrađenim internim procedurama i pravilnicima

"U radu se pridržavamo smjernica koje smo dobili na raznim edukacijama."

(predstavnik CMZ)

"Iako su tražili samo standarde za akreditaciju timova porodične medicine, mi smo napravili i standarde za mentalno zdravlje. U njima smo defnisali unutrašnja pravila kuće, tj. kako u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba s mentalnim poremećajima postupati s ljudima koji boluju od mentalnih oboljenja. U to se tim CMZ uklopio. Razvili smo i interne dokumente, u okviru Projekta mentalnog zdravlja za Jugoistočnu Evropu, koji su trebali da posluže za kvalitetnije vođenje evidencije o svemu što radimo, kao i za procjenu rada i terapijskih mjera koje provodimo kod pacijenata."

(predstavnik CMZ)

"U fazi smo izrade dodatnih procedura koje se usko tiču npr. prisilne hospitalizacije. Kreirani su i memorandum i saradnji s institucijama na lokalnom nivou. Unutar ustanove određen je koordinator tima, podijeljeno je po članovima ko je za kojeg pacijenta odgovoran, i za to ima pisani dokument."

(predstavnik CMZ)

Planiranje rada i izvještavanje o radu

Što se tiče sistema izvještavanja, svi CMZ redovno dostavljaju izvještaje s pokazateljima koje od njih traže fondovi zdravstvenog osiguranja.

"Mi pravimo godišnje planove izvršenja usluga iz ugovora prema Fondu zdravstvenog osiguranja. Fond zdravstvenog osiguranja definiše kroz ugovor neke naše obaveze u pogledu količine usluga koje mi treba da napravimo, a naš osnovni zadatak je da ispunimo obaveze iz ugovora da bismo mogli da funkcionišemo. Druge planove nismo pravili zato što je planiranje posla CMZ tijesno vezano za obaveze ugovora."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Izvještaji koji se tiču preventivnog i kurativnog dijela u pogledu svih aktivnosti se dostavljaju upravi DZ i na osnovu toga se prave planovi u odnosu na ugovaranje sredstava."

(predstavnik menadžmenta DZ)

Izvještaji prema resornim ministarstvima i zavodima za javno zdravstvo/institutima za zaštitu zdravlja CMZ ne dostavljaju se redovno.

"Nemamo nikakve dokumente koje direktno šaljemo ministarstvu."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Osim podataka o zvaničnim uslugama koje je DZ u obavezi prema FZO dostaviti, ne pravimo druge izvještaje niti se to od nas to traži."

(predstavnik menadžmenta DZ)

Kao problem u izvještavju navodi se neujednačenost parametara po kojima se izvještava, npr. za isti pokazatelj mora se izvještavati na različite načine u zavisnosti od toga kome se izvještaj dostavlja, a neadekvatna je i povratna informacija od institucija kojima se izvještaji dostavljaju.

"Imamo situacije da se po jednom istom parametru na tri različita načina izvještava, tako da je to jedno dodatno opterećenje. Nama je jasno da se bez tog statističkog podatka u bilo kom smislu ne može raditi, planirati. Za neke stvari rijetko se dobiju povratne informacije; od mase podataka koji se pošalju rijetko imamo prave povratne informacije."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Podaci se dostavljaju Fondu o broju i vrsti pruženih usluga. DZ nemaju neku decidiranu formu izvještavanja."

(predstavnik menadžmenta DZ)

Također, indikatori prema kojima se vrši prikupljanje podataka ne odgovaraju trenutnoj organizaciji CMZ nego prijašnjoj organizaciji DZ po dispanzerskom modelu.

"Obrasci za izvještaje zastarjeli su i nisu izmijenjeni na način da odražavaju sadašnju organizaciju centara za fizikalnu rehabilitaciju, centara za mentalno zdravlje niti timova porodične medicine. Mi izvještavamo na način kao prije 10 godina, kad smo radili po dispanzerskom modelu i kada CMZ uopšte nije bilo u domovima zdravlja."

(predstavnik menadžmenta DZ)

Izrada godišnjih planova rada varira od centra do centra i u većini slučajeva planiranje usluga se ne vrši.

"Oni to ne pripremaju, sve dolazi spontano i po potrebi, organizira se masa toga, ali nema plana u pisanoj formi. Tradicionalno se godinama ponavljaju aktivnosti."

(predstavnik CMZ)

"Nema izvještaja i planova u pisanoj formi."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Iskren da budem, ti planovi bi se morali pisati i pratiti realizacija, ali to još nije u cijelosti zaživjelo."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Ja ne znam da li ga tako možemo zvati, ali postoji sabrana dokumentacija šta je urađeno tokom godine. Nisam siguran da li se to planira."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Mi smo mala ustanova i komuniciramo svakodnevno; godišnje izvještaje nemamo u pisanoj formi. Plan poseban ne pravimo, ali sve što se ovdje radi šalje se DZ u mjesečne izvještaje o broju pregleda, savjetovanja, grupnih terapija, rada na terenu za potrebe Fonda zdravstvenog osiguranja."

(predstavnik CMZ)

Monitoring i evaluacija i informacioni sistem

CMZ ne vrše monitoring i evaluaciju svog rada na sistematizovan i jednoobrazan način. Ukoliko neki CMZ vrše evaluaciju i praćenje rada službe, onda se to radi na način da se prate pokazatelji koji su definisani internim

odlukama DZ/CMZ, ili prikupljanjem podataka koje su dužni dostavljati fondovima zdravstvenog osiguranja.

CMZ ne koriste informacioni sistem MedicPro, koji je razvijen 1999. godine za potrebe monitoringa i evaluacije CMZ. Jedan dio CMZ još uvijek ne koristi računare u svom radu.

"Ti podaci se registruju ručno, bez mašina, i sestre su glavni nosioci posla. Takva situacija je u svakom segmentu zdravstva."

(predstavnik menadžmenta DZ)

Podaci dobiveni Upitnikom za CMZ su sljedeći:

Način dokumentovanja podataka u CMZ:

- 92% – protokol upućenih i tretiranih korisnika (100,0% FBiH, 83,33% RS)
- 70% – zdravstveni karton korisnika (61,29% FBiH, 83,33% RS)
- 16% – softverski program (19,35% FBiH, 11,11% RS)

Prikupljanje podataka i izvještavanje:

- Na pitanje da navedu listu osnovnih podataka koje prikupljaju, za koji vremenski period i kome ih dostavljaju, većina CMZ iz RS i FBiH nije dala odgovor;
- CMZ Brčko kontinuirano prikuplja podatke za hronične mentalno oboljele korisnike, ovisnike o PAS (uz podatke o HIV, HB i HC) i dostavlja ih javnom zdravstvu DB.

Evaluacija usluga koje CMZ pruža korisnicima:

- 34,00% radi evaluaciju (35,48% FBiH, 27,78% RS i u DB)
- 56,00% ne radi evaluaciju (61,29% FBiH, 50,00% RS)
- 10,00% nedostaje podatak (3,23% FBiH, 22,22% RS)

Analizom podataka prikupljenih kvalitativnom metodom utvrđeni su razlozi nepostojanja monitoringa i evaluacije, te značenje i razumijevanje pojmova monitoring i evaluacija usluga. Načini evaluacije usluga, načini vršenja monitoringa rada CMZ, kao i načini razumijevanja evaluacije i monitoringa dati su u primjerima koji slijede.

Podaci prikupljeni strukturisanim intervjuima o načinu na koji se vrši evaluacija i monitoring rada CMZ su sljedeći:

a. Razlozi nepostojanja monitoringa i evaluacije rada

"Ne radi se evaluacija rada."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Zvanična evaluacija ne postoji. Kako ne postoji forma za plan aktivnosti, nema se šta ni evaluirati."

(predstavnik CMZ)

“Ne znam da imamo neku pravu evaluaciju.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Nema državne institucije koja to prati. Nedostaje kontrola i savjetodavno tijelo. Ispada da mi sami sebe evaluiramo, što nije dobro. Nije dovoljno da se pošalje upitnik i da mi to popunimo.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Monitoring ne vrši niko u zdravstvenom sistemu, što je problem. Unutrašnji stručni nadzor vrši direktor ustanove po sadašnjem zakonu, ali se vanjski ne vrši organizovano. Postoji inspekcijски nadzor i to je sve. Direktor doma zdravlja vrši nadzor CMZ. Sada se povremeno s njima sastajem da vidim dokle su došli i šta oni trenutno rade, dogovaramo sljedeće korake, i to je jedini monitoring koji se radi u Domu zdravlja i CMZ-u. Mi nismo ništa radili na procesu evaluacije CMZ, jer treba izraditi pokazatelje na osnovu kojih ćemo mjeriti naše rezultate, a toga nema. Mi u pogledu organizacije CMZ na ovom prostoru pravimo pionirske korake, tako da još nismo došli do evaluacije.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

b. Značenje i razumijevanje monitoringa i evaluacije

Pod monitoringom i evaluacijom navodi se prikupljanje pokazatelja koji se obavezno dostavljaju fondovima zdravstvenog osiguranja.

“Nema evaluacije sem pregleda izvještaja.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Preko godišnjih izvještaja, jesu li ispunjeni svi planovi prvenstveno prema Fondu – to nam je jedini način kako vršimo kontrolu, odnosno evaluaciju rada.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

c. Značenje i razumijevanje monitoringa i evaluacije

Pod monitoringom i evaluacijom navodi se opis interno razvijenih pokazatelja praćenja rada.

“Monitoring u pravom smislu nije uspostavljen. Na nedjeljnim sastancima evaluiramo nedjeljni rad i pravimo plan za naredni period.”

(predstavnik CMZ)

“Prati se zadovoljstvo pacijenata, njihov pomak, kako sredina to vidi, broj prisilnih hospitalizacija. Taj broj se znatno smanjio; bili smo pet godina bez ijedne prisilne hospitalizacije.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“U evaluaciju ulaze sve međusobne komunikacije i izvještavanje prema meni kao šefu. U dnevnom boravku na oglasnoj tabli se nalazi sedmični plan evaluacije rada zaposlenih. Svaka oblast se evaluira jednom sedmično, npr. rad s djecom, bolesti ovisnosti i sl.”

(predstavnik CMZ)

LJUDSKI RESURSI

Analizom podataka prikupljenih kvantitativnom metodom dobiveno je da u 50 CMZ u BiH rade 304 profesionalca. Najveći broj CMZ u BiH, njih 38 ili 76%,

ima jedan multidisciplinarni tim. U dva CMZ u BiH (1 u FBiH i 1 u RS) nema tima, a za dva CMZ nedostaju podaci (Tabela 14. u Prilogu). U jednom multidisciplinarnom timu prosječan broj članova tima je 6,08 (SD=3,5). Najveći tim broji 19 članova. Prema zastupljenosti pojedinih profesija, ukupno u CMZ najveći broj je medicinskih sestara (N=101), a najmanji broj je okupacionih terapeuta (N=8). U Tabeli 5 dat je pregled ukupnog broja pojedinih profesija u timu, maksimalan broj pojedinih profesija u timu i prosječan broj pojedinih profesija u timu.

U odnosu na zastupljenost pojedinih profesija u CMZ, dobiveni su podaci da u jednom CMZ u BiH (u FBiH) nema psihijatra, u tri (sva tri u RS) nemaju socijalnog radnika, viših medicinskih tehničara nema u 5 CMZ (svih pet u RS), okupacionih terapeuta nema u 6 CMZ (svih 6 u RS). Podatke u vezi s pojedinim profesijama nije dostavilo više CMZ, što je prikazano u Tabeli 6. U Prilogu, tabele 12, 13, 14, 15, 16 i 17 daju detaljan pregled broja pojedinih članova tima CMZ.

■ **Broj timova u CMZ:** 38 CMZ ili 76,00% ima samo jedan multidisciplinarni tim. (Tabela 14. u Prilogu)

■ **Edukacija iz neke vrste psihoterapije:** 21 CMZ ili 42,00% imaju u timu profesionalce koji su edukovani iz neke vrste psihoterapije, većina u trajanju do 2 godine. (Tabela 15 u Prilogu)

■ **Samoprocjena nivoa osposobljenosti za rad u CMZ** (Tabele 16, 17 i 18 u Prilogu):

■ 16% psihijatarata smatra da su nedovoljno osposobljeni (nisu osposobljeni, u maloj mjeri ili djelomično osposobljeni), za medicinske sestre/tehničare taj procenat iznosi 46%, a za psihologe 24%.

■ S obzirom da velikom broju CMZ-ova nedostaju socijalni radnici i okupacioni terapeuti, o samoprocjeni nivoa njihove osposobljenosti za rad u CMZ nisu dobiveni validni podaci.

■ **Samoprocjena nivoa osposobljenosti za rad u multidisciplinarnom timu** (tabele 19, 20. i 21. u Prilogu):

■ 18% psihijatarata smatra da su nedovoljno osposobljeni za timski rad (nisu osposobljeni, u maloj mjeri ili djelomično osposobljeni), za medicinske sestre/tehničare taj procenat iznosi 40%, a za psihologe 22%.

■ S obzirom da velikom broju CMZ-ova nedostaju socijalni radnici i okupacioni terapeuti, o samoprocjeni nivoa njihove osposobljenosti za rad u multidisciplinarnom timu nisu dobiveni validni podaci.

■ **Samoprocjena o potrebi dodatne edukacije:**

■ Osoblje CMZ najčešće navodi da im je potrebna edukacija iz neke vrste psihoterapije, okupacione terapije, zatim opšta edukacija iz oblasti mentalnog zdravlja u zajednici, edukacija za rad u multidisciplinarnom timu i edukacija u oblasti kriznih intervencija.

- Pojedini CMZ navode da im je potrebna edukacija za rad sa specifičnim ciljnim grupama (npr. s autističnom djecom, djecom sa posebnim potrebama, adolescentima, ovisnicima, nasilnicima i žrtvama nasilja) i edukacija iz menadžmenta.

- **Supervizija članova tima CMZ:**

- 96 % CMZ nema superviziju (100% u RS i 93.55% u FBiH).

- **Profil stručnjaka koji nedostaje u timu u CMZ** rangiran je na sljedeći način:

- 48% okupacioni terapeut,
- 38% socijalni radnik,
- 20% psiholog,
- 18% defektolog,
- 16% psihijatar,
- 14% viša medicinska sestra/tehničar,
- 14% medicinska sestra/tehničar.

Podaci vezani za ljudske resurse dobiveni strukturisanim intervjuima ukazuju da:

- ne postoji organizovan pristup kontinuiranoj edukaciji; edukacija se odvija ad hoc; uglavnom je organizuju nevladine organizacije ili farmaceutske kompanije.

“Što se tiče edukacije, nije bilo nekog organiziranog pristupa u edukaciji, izuzev programa koji su prije toga uvodili kroz projekte Swebih i HealthNetInternatinal.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Prije su edukacije bile dobre, ali novi članovi tima nisu prošli te edukacije niti je edukacija kontinuirano nastavljena.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Voljela bih da postoji mogućnost da udruženje psihijatara, psihologa, regionalna kancelarija, bilo ko, napravi jedan program kontinuirane edukacije koji bi se dešavao tromjesečno, šestomjesečno, jednom godišnje, gdje bi ljudi mogli da dođu i da obnove znanja, da dođu novi ljudi, ili oni koji su već tu, i da se stalno dodaju novine. To za sada ne postoji; mi se snalazimo, a to nije dovoljno dobro. Kada profesionalci imaju stručno znanje i jasnoću pozicije gdje se nalaze, onda možemo unapređivati organizaciju na ovaj ili onaj način.”

(predstavnica menadžmenta DZ)

- **Timovi CMZ nisu kompletni:** nedostaju im različiti stručnjaci, nisu formirani u skladu s datim odrednicama i preporukama vezanim za multidisciplinarni tim, te unutar timova ne postoji jasno definisanje kompetencija i uloga pojedinih članova. Poseban naglasak je stavljen na prepoznavanje uloge medicinske sestre u timu CMZ. Primjeri koji slijede ilustruju navedeno.

“Bilo bi dobro da ostale službe shvate kako medicinska sestra u timu CMZ ima dovoljno posla.”

(predstavnik CMZ)

“Sigurno bi CMZ radio mnogo bolje i kvalitetnije da ima kompletan tim; ali ovo je mala sredina i stručnjaci traže posao u većim gradovima, tako da imamo problema s

nedostatkom kadra.”

(predstavnik ministarstva)

“Potrebno je kadrovsko unapređenje.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“U zdravstvu imamo dosta staru populaciju ljekara. Veliki broj ljekara je pred penziju.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Definisanje tima CMZ pitanje je fleksibilnosti tog osnovnog normativa. Na primjer, negdje su potrebni dodatni stručnjaci, logoped, defektolog... Ako nemamo definisan i neki prošireni normativ, onda možemo doći u situaciju da rukovodstvo kaže da nema prostora po normativu za takvog stručnjaka i da mu ne mogu obezbijediti platu bez obzira što određeni problemi postoje na tom području i treba ih rješavati. Neke specifične stvari treba koncentrisati na veća područja da bi to stručno lice bilo dovoljno iskorišteno, da bi bilo isplativo; sve moramo ipak gledati kroz ekonomski parametar.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

- **Neophodnost supervizije u radu s ciljem prevencije sindroma profesionalnog sagorijevanja**

“Jedna od stvari koje su mi kolege sugerisale su neki njihovi sistemi pražnjenja, da imaju periodična pražnjenja psihijatri i psiholozi, s nekim ko je stručan, da bi se izbjegao sindrom sagorijevanja, kao i njihova supervizija, odnosno oslobađanje od dodatnog stresa.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Mi služimo kao kontejner našim korisnicima... Mi smo sami sebi psihoterapeuti i supervizori.”

(predstavnik CMZ)

Zadovoljstvo zaposlenih timova CMZ

U drugoj fazi istraživanja ispitano je zadovoljstvo svih članova multidisciplinarnih timova koji su u toku istraživanja učestvovali u fokus grupama (N=133) u 22 CMZ, a putem Upitnika o zadovoljstvu zaposlenih. U analiziranom uzorku zaposlenih bilo je 74,4% žena i 20,3% muškaraca. Najveći broj zaposlenih pripadao je starosnoj dobi do 35 godina 32,3%, a najmanji broj je bio u dobi preko 56 godina života – 4,5%. U odnosu na stepen obrazovanja, najveći broj je sa srednjom stručnom spremom –33,8%, a 3% zaposlenih ima akademska zvanja. Najveći broj zaposlenih radi više od 20 godina – 34,6%, a od 11 do 20 godina 30,1%. Prema zanimanju, u navedenoj grupi zaposlenih bilo je najviše medicinskih sestara/tehničara – 33,83%, psihologa 19,55%, psihijatara 15,79%. Neki vid dodatne edukacije ima 42,9% zaposlenih u CMZ. U vrijeme istraživanja neku od rukovodećih funkcija obavljalo je 21,1% zaposlenih.

U tabelama 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 (u Prilogu) dati su podaci o spolnoj strukturi zaposlenih, starosti zaposlenih, stepenu obrazovanja zaposlenih, dodatnoj edukaciji zaposlenih, zanimanju, radnom stažu i obavljanju rukovodeće funkcije.

Na Likertovoj skali zadovoljstva dobiveni su sljedeći rezultati:

- Zaposleni su najzadovoljniji međuljudskim odnosima (89,5%) i neposrednom saradnjom s kolegama (89,5%), a najmanje su zadovoljni mogućnostima za edukaciju (15,8%) i mogućnostima za napredovanje (19,6%). Dalje, 68,4% ispitanika je navelo da je često pod stresom na poslu.
- 89,5% izrazilo je zadovoljstvo međuljudskim odnosima.
- 89,5% izrazilo je zadovoljstvo neposrednom saradnjom sa kolegama.
- 87,2% navelo je da tačno zna kojoj osobi odgovara za svoj rad.
- 78,2% izrazilo je zadovoljstvo organizacijom posla.
- 72,9% izrazilo je opšte zadovoljstvo poslom koji sada obavljaju.
- 68,4% navelo je da su često pod stresom na poslu.
- 66,9% izrazilo je zadovoljstvo mogućnošću da iznesu svoje ideje pretpostavljenima.
- 66,1% izrazilo je zadovoljstvo mogućnostima izbora vlastitog načina rada.
- 62,4% izrazilo je zadovoljstvo podrškom pretpostavljenih.
- 57,9% navelo je da ne bi mijenjali posao.
- 56,4% izrazilo je zadovoljstvo raspoloživim vremenom za obavljanje zadatih poslova.
- 55,7% izrazilo je zadovoljstvo dobijanjem informacija o najvažnijim promjenama koje se odnose na njihovu službu.
- 38,3% izrazilo je zadovoljstvo radnim prostorom u službi.
- 35,3% izrazilo je zadovoljstvo brojem zaposlenih u njihovoj službi.
- 28,6% izrazilo je zadovoljstvo mjesečnom zaradom.
- 21,8% izrazilo je zadovoljstvo adekvatnošću opreme za rad.
- 19,6% izrazilo je zadovoljstvo mogućnostima za napredovanje.
- 15,8% izrazilo je zadovoljstvo mogućnostima za edukaciju.

Ogovori na 18 pitanja o različitim aspektima zadovoljstva u radu dati su u Prilogu u tabelama 29-46.

Ljudski resursi drugih službi koje sarađuju s CMZ

Psihijatrijski odjeli, kao uostalom i druge zdravstvene službe, navode da nemaju dovoljno ljudskih resursa.

Što se tiče edukacije zaposlenih, intervjuisani predstavnici psihijatrijskih odjela/službi navode da uposleni pohađaju različite edukacije kao što su specijalizacije, postdiplomski studiji, interna edukacija na nivou bolnice, a u organizaciji različitih organizacija i farmaceutskih kuća. Jedan dio intervjuisanih navodi da edukacija nije planski organizovana i da uposleni sami vode računa o svojoj doedukaciji – "u ličnoj organizaciji". Edukacije su najčešće za ljekare, dok srednji medicinski kadar rjeđe pohađa edukacije, pa stoga ističu da bi se trebalo više raditi na edukaciji srednjeg medicinskog kadra.

Brojnost tima i ljudski resursi s kojima CSR raspolažu različiti su i variraju od malih timova sa dva uposlena (npr. socijalni radnik i pravnik) do velikih CSR koji pokrivaju veća područja i broje više od 60 uposlenih.

Bez obzira na veličinu tima, svi intervjuisani ističu da je to nedovoljno u odnosu na potrebe i broj stanovništva koje pokrivaju svojim uslugama. Najviše se osjeća potreba za upošljavanjem dodatnog broja socijalnih radnika i psihologa. Neki misle da bi trebalo uposliti i psihijatre.

"Kod nas je jedan socijalni radnik na 23 do 25 hiljada stanovnika; a recimo u Hrvatskoj je jedan na 8 do 10 hiljada." (predstavnik CSR)

Uposleni u CSR uglavnom procjenjuju nedostajuću i nedovoljno kontinuiranu edukaciju; ona osobito izostaje u organizaciji ministarstava. Ukoliko postoji edukacija, ona se održava u nevladinom sektoru. U ministarstvima ne postoji nikakav program za kontinuiranu edukaciju i doedukaciju.

"Ne postoji kontinuirana edukacija radnika; radnici se doedukuju u hodu, najčešće o aktuelnim temama." (predstavnik CSR)

"Primarno zbog složenosti poslova i zaista visoko stresnih poslova koji se rade ovdje, mi smo ovako sto posto saglasni da bi to trebale biti prvo edukacije (radionice) za samoosnaživanje, odnosno za profesionalno sagorijevanje." (predstavnik CSR)

Intervjuisani ističu veliki rizik od profesionalnog sagorijevanja s obzirom da, kako navode, nema podjele poslova i da svi rade sve – "samo što mi radimo sve".

Također smatraju da im je kontinuirana edukacija neophodna kako bi odgovorili novim zahtjevima posla.

"Edukacija koja bi osposobila stručni tim da odgovori zahtjevima posla koje nameću novi zakoni." (predstavnik CSR)

Navode da najvećem broju uposlenih nedostaje edukacija iz oblasti porodičnog nasilja.

Intervjuisani smatraju da je za unapređenje rada, pored uvođenja supervizije, neophodna edukacije iz sljedećih oblasti: savjetodavni rad s porodicom i duševno oboljelom osobom; edukacija socijalnih radnika iz oblasti zaštite duševnih bolesnika (osnovna psihijatrijska znanja); maloljetnička delinkvencija; zlostavljanje i nasilje; rad s hraniteljskim porodicama.

Uposleni u nevladinim organizacijama i njihovi članovi redovno pohađaju različite oblike edukacije, koji su dio njihove interne edukacije ili to čine u saradnji s drugim nevladinim organizacijama i univerzitetima. Navode da bi im bila potrebna edukacija iz sljedećih oblasti kako bi unaprijedili svoj rad: menadžment, grupe za zagovaranje, nasilje u porodici i vršnjačko nasilje, edukacija porodica ovisnika, savjetodavni rad, grupe samopomoći.

KORISNICI I USLUGE KOJE PRUŽAJU CMZ

Korisnici – ciljne skupine kojima CMZ pružaju usluge

Prema podacima dobivenim Upitnikom za CMZ, osnovna ciljna skupina kojoj CMZ pružaju usluge je opisana kao "odrasli" i "hronični pacijenti".

Populacija korisnika kojoj CMZ ne pruža usluge, odnosno pruža najmanje usluga, jesu ovisnici: 16% CMZ navodi da ne radi s ovisnicima (RS 16,67%, FBiH 16,13%).

Dobne skupine kojima CMZ pruža usluge

- Odrasli
 - 100% radi sa odraslima
- Starije osobe
 - 92% radi sa starim osobama (93,55% FBiH, 88,89% RS)
 - 8% ne radi sa starijim osobama (6,45% FBiH, 11,11% RS)
- Adolescenti
 - 90% radi s adolescentima (87,10% FBiH; 94,44% RS)
 - 10% neradi s adolescentima (12,90% FBiH, 5,56% RS)
- Djeca
 - 70% radi sa djecom (61,29% FBiH, 83,33% RS)
 - 26% ne radi sa djecom (32,26% FBiH, 16,67% RS)
 - 4% nedostaje podatak (6,45% FBiH, 0,00% RS)

Spolna struktura korisnika

- Odnos muških i ženskih korisnika je podjednak: u 2007. godini u Bosni i Hercegovini CMZ su pružili usluge za 49,86% muških i 50,14% ženskih korisnika. U Tabeli 47. u Prilogu dat je pregled ukupnog broja korisnika za 2007. godinu.

Struktura korisnika CMZ prema dijagnostičkim kategorijama

- O ukupnom broju korisnika prema dijagnostičkim kategorijama MKB-10 za periode 2006, 2007. i prva tri mjeseca 2008. godine, veoma je teško govoriti zato što po svakoj dijagnostičkoj kategoriji oko 1/3 podataka nedostaje ili nije validno.
- Odrasle osobe (prema nepotpunim podacima koji su dostavljeni)
 - U RS najveći broj korisnika pripada kategorijama shizofrenih i ostalih psihotičnih poremećaja. Sljedeće kategorije po učestalosti pripadaju poremećajima raspoloženja, te neurotskim i sa stresom povezanim poremećajima.
 - U FBiH najveći broj korisnika pripada kategorijama neurotskih i sa stresom povezanih poremećaja. Sljedeće kategorije po učestalosti pripadaju poremećajima raspoloženja i shizofrenim i ostalim

psihotičnim poremećajima.

- U DB više od polovine korisnika pripada kategoriji shizofrenih i ostalih psihotičnih poremećaja.
- Djeca do 18 godina (prema nepotpunim podacima koji su dostavljeni)
 - U RS najveći broj korisnika pripada kategorijama specifičnim za djecu, i to na prvom mjestu poremećajima ponašanja i emocija, a na drugom mjestu se nalaze poremećaji psihičkog razvoja.
 - U FBiH najveći broj korisnika pripada kategorijama specifičnim za djecu, i to poremećajima psihičkog razvoja, a na drugom mjestu se nalaze poremećaji ponašanja.
 - U DB je relativno mali broj korisnika do 18 godina, a najveći broj njih pripada kategoriji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.
- Prema podacima koji su CMZ dostavili o broju korisnika koji su izvršili suicid, u periodu 2006-2007. godina primjetan je trend porasta:
 - U 2006. godini u BiH 35 korisnika CMZ je izvršilo suicid;
 - U 2007. godini u BiH 45 korisnika CMZ je izvršilo suicid;
 - U prva tri mjeseca 2008. u BiH 14 korisnika CMZ je izvršilo suicid.

U Prilogu je data Tabela 48. s brojem korisnika prema dijagnostičkim kategorijama MKB-10 (odrasli i djeca).

Broj novih korisnika CMZ tokom prethodne 3 godine

- Uočljivo je da je znatno veći broj novih korisnika u FBiH u odnosu na RS, a razlika je tolika da se ne može objasniti većim brojem CMZ i većim brojem stanovnika u FBiH.
- Kada se u slučaju FBiH uporedi ukupan broj korisnika iz tabela sa dijagnostičkim kategorijama (odrasli i djeca) sa tabelama novih korisnika koji su se prvi put javili u CMZ tokom protekle tri godine, uočavamo da je tokom 2006. godine broj novih korisnika veći od ukupnog broja korisnika za 2.578, dok je za 2007. godinu i prva 3 mjeseca 2008. otprilike jednak broj novih korisnika i ukupni broj korisnika prema dijagnostičkim kategorijama. To može implicirati neadekvatno izvještavanje o novom broju korisnika, pa stoga ovo pitanje zahtijeva dodatna istraživanja.
- U oba entiteta i DB može se uočiti porast broja novih korisnika usluga CMZ. Također, navedeno upućuje na manjkavost načina dokumentacije i evidencije korisnika i usluga CMZ.

U Prilogu je data Tabela 49. koja daje pregled ukupnog broja korisnika koji su se prvi put javili u CMZ u periodu 2006-2008. godina.

Upućivanje korisnika

Način upućivanja u CMZ

- Najveći broj korisnika u CMZ uputi porodični ljekar 40% (RS 49,99, FBiH 35,48), zatim slijedi 20% samoinicijativno (RS 22,22%, FBiH 16,30%) i porodica i prijatelji (FBiH 22,58%, RS 16,67%), a najmanje, sa 10%, drugo zdravstveno osoblje (FBiH 12,90%, RS 5,56%) i škole (FBiH 12,90%, RS 5,56).

Upućivanje na bolnički tretman

- Poredeći podatke dobivene za 2006. i 2007. godinu, u BiH je primjetan trend povećanja broja korisnika CMZ:
 - hospitalizovanih korisnika (Tabela 7),
 - prisilno hospitalizovanih korisnika (Tabela 8),
 - korisnika koji su počinili krivično djelo i kojima je određena sudska mjera obaveznog bolničkog liječenja (Tabela 9),
 - korisnika kojima je izrečena mjera obaveznog psihosocijalnog tretmana u skladu sa Zakonom o zaštiti porodice od nasilja (Tabela 10).
- Skoro svi CMZ (94%) izjavljuju da se korisnici nakon hospitalnog tretmana upućuju na dalji tretman u CMZ.

U Prilogu je data Tabela 50. koja daje pregled broja korisnika prema dijagnostičkim kategorijama koji su upućeni na bolničko liječenje.

Iskustva korisnika sistema usluga mentalnog zdravlja i zadovoljstvo uslugama CMZ

Strukturisanim intervjuima ispitano je 110 korisnika, od čega 43,6% muških i 56,3% ženskih. U Prilogu su date tabele 51--61 sa sociodemografskim podacima korisnika. Korisnici su pitani o razlozima dolaska u CMZ / korištenja usluga CMZ, zadovoljstvu radom pojedinih članova tima i samog CMZ, vrsti pomoći koju dobivaju od CMZ, prednostima i slabostima rada CMZ, kao i njihovim prijedlozima za unapređenje rada CMZ. Dobiveni su sljedeći rezultati:

Razlozi dolaska u CMZ

- Kao razloge korištenja usluga CMZ najveći broj korisnika navodi tačnu dijagnozu, npr. "shizoafektivni poremećaj", "depresivno-anksiozni poremećaj", "ja sam liječen kao dipsoman, znači alkoholičar periodičar, imao sam šifru 295, moja dijagnoza je depresivo reaktivno", ili daje šifru svoje dijagnoze npr. "F23.1", "F20".
- Manji broj korisnika kao razlog dolaska u CMZ daje uopštene odgovore, kao npr. "bolesna sam", "zbog lijekova za živce" i sl.
- Samo 4 korisnika nisu znala objasniti zbog čega koriste usluge CMZ.
- 42 (38,2%) korisnika svoja oboljenja opisuju kao psihotična, a
- 28 (25,5%) kao depresivno-anksiozni poremećaj.
- 17 (15,5%) kao razlog dolaska u CMZ navode PTSP ili

ratne traume. Uz dijagnozu PTSP navode i druge probleme kao što su "depresija", "alkoholizam", "pokušaj samoubistva", "dijabetes", a

- 7 (6,3%) neurološke probleme, npr. "epilepsija i tumor na mozgu operisan", "Parkinsonova bolest".
- 7 (6,3%) su u CMZ zbog porodičnih problema ili je neki član porodice korisnik usluga CMZ, npr. "porodični problemi, otac boluje od shizofrenije a majka od karcinoma i depresije", "kćerka se predozirala sedativima zbog problema u školi".
- 3 korisnika navode alkoholizam kao osnovni i jedini razlog dolaska u CMZ, dok ostali spominju alkoholizam kao usputni problem obično vezan za PTSP i depresivne poremećaje.
- 2 zbog seksualnih poremećaja.

Iskustva ranijih hospitalizacija

- 72 (65%) korisnika je ranije bilo hospitalizirano zbog psihičkih poremećaja, a njih 39 (35,5%) je iskusilo i prisilnu hospitalizaciju.
- Jedan dio korisnika ranije hospitalizacije i iskustvo s psihijatrijom opisuje kao jako negativno, navodeći i primjere kršenja ljudskih prava u toku hospitalizacije:

"Ne daj bože doživjeti ponovo sve ono što sam u bolnici; uslovi su užasni, osjećao sam se kao životinja u kavezu."

(korisnik)

"Da, jedan mjesec. To je najlošije iskustvo u životu, bolničari su me tukli."

(korisnik)

"To je jezivo, gore su me vezali, pa su me... nisam ja bio toliko agresivan, vezali me, ni hrane, tužno kako se ponašaju. Tuku pacijente; ne smiješ pacijente tući."

(korisnik)

Dužina i učestalost korištenja usluga mentalnog zdravlja

- 57 (51,8%) korisnika koristi usluge mentalnog zdravlja od 1 do 5 godina,
- 30 (27,3%) koristi usluge duže od 6 godina,
- 21 (19,1%) koristi usluge kraće od 6 mjeseci.
- Najveći broj korisnika dolazi redovno u CMZ, i to:
 - 32 (29,1%) dolazi u CMZ jednom sedmično,
 - 30 (27,3%) dolazi u CMZ nekoliko puta u toku sedmice,
 - 25 (22,7%) dolazi jednom mjesečno zbog medikamentozne terapije, tj. "zaštitnih injekcija".

"Nikada nisam izostao za ove dvije godine; tu sam pronašao sebe i smirio se."

(korisnik)

Kontakti korisnika s članovima tima CMZ

- Korisnici ističu da najviše kontakta imaju s medicinskim sestrama – 28 (25,5%), zatim s ljekarima 22 (20%), iza čega slijede kontakti s psihologom (10%) i socijalnim radnikom (10%).
- Kao razloge zašto pojedine članove tima smatraju stručnijim od drugih navode:

Ljekara: *"Doktoricu mogu nazvati i kući ako je potrebno."*
"Doktora i psihologa, oni su najglavniji, samo doktor može

Tabela 7.

Broj korisnika koje je CMZ uputio na bolnički tretman

Godina	RS	FBiH	DB	BiH
2006.	229	220	55	504
2007.	364	262	46	672
Ukupno	593	482	101	1.172

Tabela 8.

Broj korisnika koje je CMZ tretirao, a za koje je određena prisilna hospitalizacija

Godina	RS	FBiH	DB	BiH
2006.	165	115	4	284
2007.	226	122	4	352
Ukupno	391	237	8	636

Tabela 9.

Broj korisnika koje je CMZ tretirao, a koji su počinili krivično djelo zbog kojeg je određena sudska mjera obaveznog bolničkog liječenja

Godina	RS	FBiH	DB	BiH
2006.	7	11	-	18
2007.	9	14	-	23
Ukupno	16	25	-	41

Tabela 10.

Broj korisnika koje je CMZ tretirao, a kojima je izrečena mjera obaveznog psihosocijalnog tretmana u skladu sa Zakonom o zaštiti porodice od nasilja

Godina	RS	FBiH	DB	BiH
2006.	2	4	-	6
2007.	10	3	-	13
Ukupno	12	7	-	19

dati lijekove.“; *“Ona mi je najviše pomogla da naučim sve o svojoj bolesti i da znam prepoznati znakove krize, te da joj se javim u takvim momentima.“; “Ima dosta strpljenja, ne prekida kad pričam, uvijek sluša, pita me za tablete da li mi odgovaraju, s njim se stvarno mogu dogovarati.“*

Psihologa: *“Zato što mi je pomogla da shvatim kakve su moje dijagnoze i što me ohrabruje da uprkos tome nastojim živjeti.“; “Zato što je mogu nazvati i na mobitel. Nikad me nije odbila uvijek me strpljivo sluša i pruži utjehu i ohrabrenje.“; “Ona je prije svega veliki čovjek, onda je obrazovana, ima znanje. Onda ide na te neke seminare i, ne znam, jednostavno svi osjećamo koliko ona svima nama hoće da pomogne i mnogo uspijeva.“*

Socijalnog radnika: *“Uvijek mi bude lakše kad s njima porazgovaram, uvijek nađu riječi ohrabrenja i utjehe.“; “Socijalna radnica mi je pomogla oko ostvarivanja prava na socijalnu pomoć, a trudi se i da nađe posao mojoj djeci.“*

Medicinsku sestru: *“Sa sestrom zato što me je najbolje upoznala i moje zdravstveno stanje.“; “S tehničarem jer mi on daje injekcije svakih 21 dan i u kućnu mi posjetu dolazi.“*

- Skoro polovina korisnika 50 (45,5%) ističe da su svi članovi tima podjednako zaslužni za oporavak i da imaju podjednako razumijevanja: *“Kome god se ovdje obratim, jednako me sluša i pomogne.“; “Ovdje su svi ljubazni i ponašaju se ljudski. Možete vidjeti da se svima sviđa jer nemamo osjećaj da su oni iznad nas, jednostavni su i prijateljski nastrojeni.“*

Oporavak i prevazilaženje krize

- Svi intervjuisani su izjavili da im CMZ pomaže da prebrode krizu. Načini pomoći tima CMZ u prevladavanju krize su opisani na sljedeće načine:

Pomoć u prepoznavanju ranih znakova/simptoma krize i razumijevanju same bolesti: *“Naučio sam dosta toga o svojoj bolesti zahvaljujući osoblju CMZ. Moja porodica isto*

tako zna kakva je ovo bolest i pomaže mi da prebrodim krizne trenutke.“; *“Puno mi znači što sada znam prepoznati krizu i adekvatno reagovati, te da mogu nazvati doktoricu i reći joj šta se dešava sa mnom.“*; *“Pomogli su mi otkriti uzrok mojih problema, tako da sada više nisam toliko uplašen i više se družim s ljudima. Mislim da je najvažnije to što sam naučio sam prepoznati simptome krize, pa znam kako ću reagovati i koga trebam pozvati.“*

Pomoć u ovladavanju sobom – samokontrola, samopouzdanje: *“Naučio sam da se kontrolišem, više nisam agresivan kao prije, ne konzumiram alkohol.“*; *“O sebi drugačije razmišljam, vidim da mogu svašta.“*

Podrška tima i/ili pojedinih članova: *“Kad prepoznam krizu, a to su samoubilačke misli, uvijek se sjetim razgovora s ovim ženama iz CMZ i znam da nisam sama na svijetu; krize su česte i pomažu mi najviše razgovorom i grupnim terapijama, kada mogu razmijeniti iskustva s ostalim pacijentima.“*; *“Izuzetno, samo neka ja dođem ovdje, ja sam odmah drugi čovjek.“*; *“Glavna sestra najviše pomaže, njoj nije ništa teško.“*

Grupna terapija i kontakt s drugim korisnicima: *“Uvijek mi pomognu, a tu su i ljudi iz grupe s kojima sam postao prijatelj.“*; *“Ova grupa što idem na nju, pokazalo se da je to efikasno i da pomaže zaista.“*; *“Ja sam pila neke lijekove, međutim meni je više pomagao ovaj razgovor... da me neko sluša, da čuje moje probleme.“*

Manje hospitalizacija i osjetno poboljšanje: *“Otkako dolazim u CMZ bila sam samo jednom u bolnici, i to na početku, kada nisam još dovoljno poznavala svrhu i namjenu CMZ.“*; *“Otkako posjećujem CMZ puno bolje se osjećam, stvari se konačno kreću u nekom pozitivnom pravcu. Viđam svoju djecu i sve su rjeđe krize.“*; *“Važno mi je da nisam osjetila pogoršanje i išla u bolnicu.“*; *“14 ležanja (na psihijatriji) u 10 godina, a otkako sam ovdje nema nijednom.“*; *“Meni se pogorša, malo se izjadam, malo doktor reguliše neke lijekove. Padnem u krizu, al' oni me iščupaju. Ja kažem: mi hoćemo da propadnemo a vi nam ne date.“*; *“Od '98 kad je otvoren CMZ, stanje mi je tek krenulo da ide nabolje i od tada non-stop dolazim. Bila sam i na otvaranju CMZ, kad je bilo presijecanje vrpce.“*

Plan oporavka, uključivanje korisnika, porodice i zajednice u oporavak

- Najveći broj korisnika 59 (53,6%) izjavljuje da nisu uključeni u izradu plana oporavka: *“Ne, nije mi ništa rečeno, osim da će s vremenom i ovim lijekovima biti bolje.“*
- 33 (30%) korisnika ističe da su bili uključeni u svoj oporavak i da su im data potrebna objašnjenja iako nisu dobili pisani plan oporavka: *“Dobio sam dosta literature koja objašnjava moju bolest i na taj način shvatio sam dosta toga; plan oporavka nisam dobio.“*; *“Od početka, to ne bih mogla reći i za bolnicu, tamo vas niko ništa ne pita. Tamo ste broj i dijagnoza koja dobije dnevno punu šaku lijekova. Nikog nije briga kako se osjećate.“*; *“Dosta razgovaramo o terapiji, o lijekovima razgovaramo, da li mi odgovara, ne odgovara, ali nekog drugog uključivanja u izradu plana oporavka nije bilo.“*; *“Nije bilo formalnog plana, ali sam s doktorom najviše dogovarao oko terapije.“*; *“Puno, puno sam*

uložila u ovo što sam postigla, a nisam mogla sama postići. Doktor je rekao da sam ja uradila 90% a oni 10%.“; *“Ja sam sebi korigujem lijekove kad je kritično, povećam-smanjim u to vrijeme, kad je proljeće, zahlađenje, rek'o sam doktoru, on to prihvata.“*

- 58 (52,7%) korisnika ističe da, iako nisu dobili plan oporavka, dobili su objašnjenja o nuspojavama lijekova: *“Kod starog doktora me nerviralo što nikad ne kaže koji je lijek. Ja hoću da znam i volim da znam. Doktor ima običaj pojasniti lijek. Jedno vrijeme nije mogao naći adekvatan antidepresiv pa smo malo mijenjali. Sad ovaj nije loše piti, al' tamo piše dovodi do povećanje tjelesne težine.“*
- 69 (62,7%) korisnika navodi da su članovi tima CMZ kontaktirali njihovu porodicu (od aktivnog uključivanja u oporavak do povremenih telefonskih kontakata): *“Evo, danas je moj sin došao sa mnom, a i supruga dođe ponekad. CMZ sarađuje sa porodicama tako što ih pozovu na razgovor, upoznaju s načinom liječenja i educiraju, tako da i oni znaju šta mogu očekivati.“*
- 48 (43,6%) korisnika navodi da članovi tima, najčešće socijalni radnici i medicinske sestre, dolaze u kućne posjete: *“Stanujem dosta daleko i jako mi je važno što socijalna radnica dolazi, pogotovo zimi kada nema često prevoz. To mi puno znači.“*
- Manji broj korisnika 16 (14,5%) navodi da su članovi tima CMZ pokušali da im nađu posao: *“Obavještavaju me ukoliko ima neki posao za mene, tako da povremeno radim.“*; *“S vremena na vrijeme CMZ mi pronađe neki lakši posao tako da dodatno zaradim i svojim curicama mogu dati džeparac.“*; *“Razgovarali su s mojim šefom da me prime ponovo na posao.“*; *“Volonterski sam uključena u rad CMZ.“*
- U odnosu na napore CMZ da se korisnik uklopi u život u zajednici, 51 (46,3%) korisnika izjavljuje da im je najviše bila od pomoći podrška i druženje u samom CMZ, a manji broj, njih 8, izjavljuje da se ne želi uklapati u zajednicu. *“Dosta su pomogli, više se družim s ljudima i dolazim na sastanke udruženja korisnika.“*; *“Otkad dolazim u CMZ više se družim s ljudima i, ako oni imaju slične probleme, bar me razumiju i ne moram nikome objašnjavati zašto sam neraspoložen ili nešto drugo. Ovdje je to normalno.“*; *“Sažalijevao sam sebe, a i drugi su me sažalijevali; nakon dolaska počeo sam se otvarati prema ljudima.“*

Kontakti korisnika s drugim službama u zajednici

- 85 (77,3%) korisnika izjavljuje da je zadovoljno uslugama svog porodičnog ljekara, te da porodični ljekar kontaktira s članovima tima CMZ u vezi s oporavkom korisnika: *“Zadovoljna sam, porodični ljekar zna da dolazim u CMZ i raspituje se o tretmanu koji imam ovdje.“*; *“Prilično sam zadovoljan, znaju da posjećujem CMZ, oni su me uputili.“*; *“Zadovoljna sam, često doktorica iz porodične navrati u CMZ da nas posjeti i porazgovara sa svima nama, pogotovo kad imamo grupne sastanke žena.“*; *“Doktorica iz porodične me poslala u CMZ, rekla je da će pratiti moje stanje. Veoma je zainteresovana za svakog pacijenta, još nisam čula niti jednu pritužbu na njen rad.“*

- 35 (31,8%) korisnika je imalo kontakte sa CSR, uglavnom zbog ostvarenja prava na stalnu ili jednokratnu socijalnu pomoć.
- 77 (70%) korisnika nisu upoznati s postojanjem korisničkih organizacija u njihovoj zajednici. Samo 15 (13,6%) je uključeno u rad korisničkih udruženja: *"Postoji dosta udruženja koja okupljaju ljude određenim problemima; tako i ovo naše udruženje okuplja ljude koji imaju poteškoća u mentalnom zdravlju. Više su mi pomogli sastanci i aktivnosti u udruženju nego lijekovi;"*; *"Bio je klub korisnika pa je sad zatvoren, tu sam redovno išla. Treba to ponovo otvoriti."*

Procjena rada CMZ od strane korisnika

- Korisnici navode da im se u radu CMZ najviše sviđaju sljedeće stvari:
 - 65 (59,1%) podrška članova tima: *"Toplina i ljudskost osoblja, te spremnost da pomognu bez obzira na težinu i složenost problema;"*; *"Ljubav i humanost sam doživio ovdje. Meni puno znači kada mi neko uputi lijepu riječ, bez da me krivo gleda i samo osuđuje za ono kakav sam bio prije."*
 - 13 (11,8%) druženje s drugim korisnicima: *"Razgovaraš, igraš karte, popiješ kafu;"*; *"Besplatno lijek dobijem, kafu skuham, operem ruke, ugrijem se."*
 - 13 (11,8%) grupne aktivnosti koje se nude u CMZ kao što su grupni rad, okupaciona terapija, dnevni boravak: *"Najbolje mi je što se sastajemo u grupi i možemo razmijeniti iskustva i čuti šta ostali misle o nekom problemu. Dobro je što ne pričamo samo o bolesti, znamo se i našaliti i pričati o sasvim običnim stvarima u životu."*
 - 3 korisnika navode da im se najviše dopada što članovi tima ne nose bijele mantile: *"Jednostavnost i toplina osoblja, i što se ne razlikuju od nas. Ne nose bijele mantile i ne prave se važni;"*; *"Sviđa mi se toplina i razumijevanje koje osoblje CMZ ima za sve nas, a sviđa mi se i što ne nose bijele mantile te što se više ne persiramo. Postali smo prijatelji."*
- U radu CMZ najmanje im se sviđa sljedeće:
 - Nedovoljno prostora: željeli bi više sadržaja i više materijala za okupacionu terapiju: *"Trebalo bi više prostora, jer pacijenata ima puno;"*; *"Rad s djecom i odraslim bi trebalo razdvojiti;"*; *"Nema dovoljno prostora i sadržaja za sve korisnike."*
 - Manjak diskrecije zbog sistematskih pregleda: *"Ovo je mala sredina, a u CMZ dolaze ljudi i kojima je potrebno ljekarsko uvjerenje, pa kad me vide, odmah znaju da sa mnom nešto nije u redu, i to se priča po gradu;"*; *"Smetaju mi ovi što dolaze po ljekarska uvjerenja."*
 - Dužina čekanja i gužva.
 - Nedostatak udruženja korisnika: *"Što nema NVO gdje možemo otići kafu popiti, družiti se, kao što je bio klub. To mi je malo tužno što nema opština razumijevanja."*

Zadovoljstvo klijenata uslugama CMZ

- Zadovoljstvo korisnika je ispitano Upitnikom o zadovoljstvu korisnika CSQ-8. Korisnici su procjenjivali osam različitih aspekata pruženih usluga na skali od

1 do 4. Ispitana su 103 korisnika. Prosječna vrijednost zadovoljstva korisnika uslugama CMZ je 3,78. U Prilogu, u Tabeli 62. dat je prikaz aritmetičkih sredina i standardnih devijacija za svih osam pitanja upitnika.

USLUGE KOJE CMZ PRUŽAJU

Prema podacima dobivenim Općim/Opštim upitnikom za CMZ, usluge koje CMZ pružaju su:

■ Najčešće usluge koje pruža osoblje CMZ:

- 100% usluge dijagnostike i određivanja medikamentoznog tretmana,
- 70% davanje depo oblika antipsihotika,
- 64% kućne posjete (najveći broj "ponekad" i "po potrebi"),
- 62% individualne psihoterapijske i psihosocijalne intervencija,
- 60% grupne terapijskih aktivnosti,
- 40% terapijske intervencije s porodicom,
- 40% okupacioni terapijski rada s korisnikom,
- 38% krizne intervencije.

■ Prosječno vrijeme trajanja intervencije:

- Individualna psihoterapija:

6%	0-15 minuta,
24%	16-30 minuta,
42%	31-45 minuta,
20%	46-60 minuta,
8%	ne daje odgovor;
- Grupna psihoterapija:

2%	do 30 minuta,
24%	31-60 minuta,
24%	61-90 minuta,
18%	91-120 minuta,
32%	nedostaje podatak;
- Socioterapijske aktivnosti:

4%	0-15 minuta,
22%	16-30 minuta,
24%	31-45 minuta,
16%	46-60 minuta,
6%	61-90 minuta,
28%	ne daje odgovor.

- Iz datih odgovora možemo vidjeti da ne postoje standardizovani vremenski okviri pružanja određene usluge. Na primjer, samo 20% CMZ je navelo adekvatno vrijeme potrebno za individualnu psihoterapijsku uslugu, iz čega je moguće izvesti zaključak da se najveći broj individualnih kontakata sa korisnikom navodi kao psihoterapijska usluga.
- Znatno veći broj CMZ je za usluge grupnog psihoterapijskog rada i socioterapijskih aktivnosti naveo adekvatno vrijeme.

Učestalost kontakta tima s korisnicima pojedinačno:

- Prosječna učestalost kontakta nekog od članova

tima CMZ sa jednim korisnikom:

- 62% do 5 puta mjesečno (RS 72,22%, FBiH 58,07%),
- 24% više od 5 puta mjesečno (RS 22,22%, FBiH 22,58%),
- 4% jedanput mjesečno (FBiH 6,45%, RS 0,00%),
- 10% nedostaje podatak (FBiH 12,90, RS 5,56%);
- Član tima koji ima najviše kontakata sa korisnikom:
- 42% psihijatar (FBiH 51,61%, RS 27,78%),
- 40% medicinska sestra/tehničar (RS 50,00%, FBiH 32,26%),
- 12% ostali članovi tima,
- 6% nedostaje podatak.

Učešće korisnika i članova porodice u tretmanu koji pruža CMZ:

- Uključenost korisnika u izradu plana brige (Care Plan):
- 44% uključuje (55,56% RS, 35,48% FBiH),
- 8% ne uključuje (12,90% FBiH, 0,00% RS),
- 42% ne uključuje, ali planiraju (41,94% FBiH, 44,44% RS);
- Učešće korisnika i članova porodice u tretmanu:
- 80% informiše korisnika o poremećaju i tretmanu (87,10% FBiH, 66,66% RS),
- 56% uključuje korisnika u izradu plana tretmana (66,66% RS, 48,39% FBiH),
- 33% upozna članove porodice o načinu tretmana (37,0% FBiH; 29,4% RS),
- 78% informiše korisnika o psihofarmacima (83,87% FBiH; 66,66% RS);

Liste čekanja:

- 44% CMZ navodi da ima listu čekanja (FBiH 45,16%, RS 38,89%);
- Najčešći razlozi: veliki broj korisnika, nedostatak kadra;
- Dužina čekanja: u FBiH maksimalno do 15 dana, u RS maksimalno do 7 dana.

Primjena principa koordinisane brige:

- Individualni plan brige (Care Plan):
- 42% pravi plan brige (RS 50,00%, FBiH 35,48%),
- 26% ne pravi plan brige (FBiH 35,48%, RS 11,11%),
- 28% ne prave, ali planiraju (RS 38,89%, FBiH 22,58%),
- 4% nedostaje podatak (FBiH 6,46%, RS 0,00%);
- Određivanje koordinatora brige (Care Coordinator):
- 40% određuje koordinatora brige (RS 50,00%, FBiH 32,26%),
- 20% ne određuje koordinatora brige (FBiH 25,81%, RS 11,11%),
- 36% ne prave, ali planiraju (RS 38,89%, FBiH 35,48%),
- 4% nedostaje podatak (FBiH 6,45%, RS 0,00%);
- Uočljivo je da nedovoljan broj CMZ primjenjuje principe koordinisane brige i da ne postoji

standardizovani pristup rada sa korisnicima koji pate od teških mentalnih poremećaja i imaju multiple potrebe.

Druge usluge koje CMZ pružaju

- Neurološke usluge:
 - 64% pruža neurološke usluge (64,52% FBiH, 61,11% RS),
 - 48% radi neurološko liječenje (50,00% RS, 45,16% FBiH),
 - 36% ne pruža neurološke usluge (38,89% RS, 35,48% FBiH),
 - 8% radi EEG (elektroencefalogram) (9,68% FBiH, 5,55% RS),
 - 2% radi EMNG (elektromioneurografija) (3,23% FBiH, 0,00%RS),
 - 2% radi AEP/VEP (auditivni i vizuelni evocirani potencijali) (3,23% FBiH, 0,00%RS);
- Izdavanje ljekarskih uvjerenja (za zaposlenje, školovanje):
 - 100% obavlja ovu uslugu;
- Sistematski pregledi:
 - 90% obavlja ovu uslugu (90,32% FBiH, 88,89% RS),
 - 8% ne obavlja ovu uslugu (6,45% FBiH, 11,11% RS),
 - 2% nedostaje podatak (3,23% FBiH, 0,00% RS).
- Iz navedenih podataka uočava se da CMZ pružaju i veliki broj usluga koje nisu u okviru primarnog cilja zbog kojih su osnovani – veliki broj CMZ pruža neurološke usluge, dok skoro svi CMZ pružaju usluge iz područja medicine rada. Ovo se može shvatiti kao posljedica nedovoljno jasno definisane uloge CMZ u okviru primarnog nivoa zdravstvene zaštite, kao i poteškoća koje prate reformski proces zdravstvenog sektora.

Programi rada (razrađen oblik rada, sa jasno postavljenim ciljevima, planom aktivnosti, metodom rada, vremenskim okvirom i definisanom ciljnom grupom korisnika):

- CMZ ima sačinjene programe za usluge iz mentalnog zdravlja:
 - 46% ima sačinjene programe (55,6% FBiH, RS 38,89%),
 - 26% nema sačinjene programe (33,30% FBiH, RS 16,67%),
 - 22% nemaju, ali planiraju (RS 33,33%, 7,4% FBiH),
 - 6% nedostaje podatak (11,11% RS, 3,7% FBiH);
- Drugi programi:
 - 4,40% ima sačinjen programe za bolesti ovisnosti i prevenciju toksikomanije (3,7% FBiH, RS 5,9%),
 - 2,20% ima sačinjene programe za djecu sa posebnim potrebama (3,7% FBiH, RS 0,00%);
- Finansiranje programa:
 - Programi su u 22% slučajeva finansirani iz sredstava koja nisu sredstva DZ, 18% je finansirano

sredstvima DZ i FZO, a samo 2% sredstvima lokalne zajednice.

U Tabeli 11. dat je pregled pojedinih intervencija koje CMZ provode i za koje imaju sačinjene programe rada.

- Preventivni i promotivni programi u 2008.
 - 70% provodi edukaciju iz mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici,
 - 37,8% provodi preventivne programe (najčešće u saradnji sa školama i NVO, a najrjeđe u preduzećima).

U Tabeli 12. dat je pregled psihoedukacija koje CMZ provode u lokalnoj zajednici.

Zajednički projekti CMZ i drugih službi

Prema navodima intervjuisanih predstavnika DZ i CMZ, ne postoji planski pristup provođenju različitih projekata s drugim službama u zajednici. Postojeći projekti po obimu i sadržaju dosta variraju od zajednice do zajednice. Projekti koji se provode u saradnji s drugim institucijama u posljednje tri godine mogu se svrstati u sljedeće kategorije:

- saradnja s NVO u smislu provođenja povremenih projekata: "Postoji saradnja s NVO, ali to nisu neki konkretni projekti više je saradnja.;"
- razvoj strategija iz oblasti primarne zdravstvene zaštite: "Najsvežiji je primjer izrada strategije za primarnu prevenciju bolesti ovisnosti za područje naše opštine.;"

- projekti realizovani u saradnji sa školama: "Imali smo projekte sa djecom iz specijalnih škola i ocijenjeni su kao dobri.;" "Projekti vezani za mlade u vidu predavanja u školama, prevencija rizičnog ponašanja.;"
- projekti klupskog liječenja: "Postoje projekti za izvanbolničko/klupsko okupljanje i samopomoć različitih grupa.;"
- projekti iz oblasti bolesti ovisnosti: "Projekat borbe protiv bolesti ovisnosti, nosilac je bio DZ a finansirala Opština. Nije bilo drugih projekata.;" "Prije godinu dana projekat prevencija ovisnosti u saradnji sa školama i policijom, tu su uglavnom učestvovali naši psiholozi.;"

SARADNJA CMZ S DRUGIM SLUŽBAMA

U odnosu na saradnju CMZ i drugih službi, bilo da je riječ o zdravstvenim ili socijalnim službama, pored primjera dobre i uspješne saradnje profesionalci su istakli otpore među kolegama u prihvatanju modela rada u zajednici.

"Kod profesionalaca je postojao otpor prema ovom obliku rada."

(predstavnik CMZ)

"Mi smo bili u prilici ne samo da se sami bez nekih profesionalnih znanja postavljamo, nego i da savladavamo stigmatu tipa da 'pravimo ludnicu' u Domu zdravlja, kao i slične otpore koji su postojali."

(predstavnik menadžmenta DZ)

Tabela 11.

Pregled intervencija za koje CMZ ima sačinjene programe rada

Program rada	Ima sačinjene programe	Nema sačinjene programe	Nedostaje podatak
Programi za intervencije u krizi	32% (38,71% FBiH, RS 22,22%)	32% (12,90% FBiH, RS 61,11%)	36% (48,39% FBiH, 16,67%RS)
Program rada mobilnog tima	24% (25,81% FBiH, RS 16,67%)	36% (19,35% FBiH, RS 66,66%)	40% (54,84% FBiH, 16,67%RS)
Kućno liječenje, praćenje	34% (29,03% FBiH; RS 38,89%)	28% (19,35% FBiH, RS 44,44%)	38% (51,61% FBiH, 16,67%RS)
Programi podrške osobama sa teškim mentalnim poremećajima	28% (25,81% FBiH, RS 27,78%)	36% (25,81% FBiH, RS 55,56%)	36% (48,38% FBiH, 16,66%RS)
Programi za djecu	28% (29,03% FBiH, RS 22,22%)	34% (19,36% FBiH, RS 61,11%)	38% (51,61% FBiH, 16,67%RS)
Programi za adolescente	38% (38,71% FBiH, RS 38,89%)	26% (12,90% FBiH, RS 44,44%)	36% (48,39% FBiH, 16,67%RS)
Programi za odrasle	26% (25,81% FBiH, RS 22,22%)	38% (25,81% FBiH, RS 61,11%)	36% (48,38% FBiH, 16,67%RS)
Programi za stare	12% (9,68%FBiH, RS11,11%)	46% (32,26% FBiH, RS 72,22%)	42% (58,06% FBiH, 16,67%RS)

Saradnja s ministarstvima

Saradnja s resornim ministarstvima varira i opisuje se u rasponu od "veoma loše" i "nepostojeće" do "veoma dobre" i česte.

Zadovoljni saradnjom:

"Mi smo zadovoljni saradnjom."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Imali smo odličnu saradnju što se tiče ministarstva zdravlja od momenta kada smo došli do toga da ćemo ući u pilot projekat otvaranja novih CMZ. Podrška ministarstva je ključna kada reformirate, kada krećete u grupi od nekoliko ustanova koje su prve u tom, onda su vam silni otpori na tim promjenama, i unutar ustanove i izvan ustanove."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Stvarno sam prezadovoljna saradnjom sa segmentom mentalne zaštite i u FBiH i RS."

(predstavnica menadžmenta DZ)

Nezadovoljni saradnjom:

"Ja vam otvoreno mogu reći da nisam siguran da dobro komuniciramo, jer su politički uticaji jaki i ja ne očekujem neki napredak."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Ministarstvo do sada nije pokrenulo inicijativu da se nešto promijeni. Reaguju samo na ekstremne situacije, kada moraju i kada se od njih očekuje."

(predstavnik menadžmenta DZ)

Saradnja porodične medicine i CMZ

Podaci iz Općeg/Opšteg upitnika koji se odnose na saradnju timova porodične medicine i CMZ su sljedeći:

- 66% samo usmeno razmjenjuju informacije (67,74% FBiH, 61,11% RS),
- 42% ima uvid u psihofarmake koje propisuju porodični ljekari (55,55% RS, 35,48% FBiH),
- 22% razmjenjuje dosjee (22,58% FBiH, 22,22% RS),
- 20% rijetki kontakti (25,80% FBiH, 11,11% RS),
- 6% ima redovne sastanke (11,11% RS, 3,23% FBiH).

Problemi mentalnog zdravlja s kojima se porodični ljekari najčešće susreću su anksiozno depresivna stanja i PTSP. Najmanje kontakta imaju s pacijentima koji boluju od psihoza.

U najvećem broju slučajeva intervjuisani porodični ljekari CMZ vide kao još jednu konsultativno-specijalističku službu koja postoji u okviru doma zdravlja i u koju upućuju svoje pacijente u zavisnosti od potrebe, kako navode, "radi dalje dijagnostike i specijalističkog liječenja".

Upućivanje se vrši pomoću uputnica za specijalističke službe. Kako navodi jedan od predstavnika porodične medicine, za upućivanje pacijenta u CMZ su potrebni "želja da ga uputite, uputnica i eventualno zakazan termin kod neuropsihijatra".

Iz jednog dijela odgovora porodičnih ljekara može se prepoznati nedostatak informacija o strukturi, kapaciteti-

ma i načinu rada CMZ. U tim slučajevima rijetko postoji lični kontakt između porodičnog ljekara i CMZ; kontakt opisuje kao administrativne prirode, navodeći: "više je to kroz papire".

Komunikacija se obično svodi na "ordiniranje propisane terapije od strane neuropsihijatra", ili prisustvo zajedničkim sastancima koji su formalne prirode u okviru rada DZ.

Drugi dio odgovora porodičnih ljekara ukazuje na postojanje međusobne saradnje porodične medicine i CMZ.

"Porodični ljekar nadograđuje rad CMZ, brine o svakom pacijentu koji tamo odlazi i ima informaciju kakav se tretman nad njim provodi i da li je zadovoljan."

(predstavnik tima porodične medicine)

"Pacijent je pod uzajamnom brigom porodičnog ljekara i osoblja CMZ."

(predstavnik tima porodične medicine)

Treći saradnju opisuje kao "dobru", ne navodeći nikakvo obrazloženje.

Jedan dio intervjuisanih porodičnih ljekara smatra da bi bolju saradnju s CMZ i komunikaciju između dvije službe unutar DZ trebao "inicirati menadžment DZ".

Samo jedan tim porodične medicine navodi da je u protekle tri godine proveo jedan projekat u saradnji s timom CMZ koji se odnosio na edukaciju medicinskih sestara u zajednici. Ostali intervjuisani su pod zajedničkim projektima navodili "sporadične sastanke s CMZ" i "zajednička putovanja" (odlasci na edukacije).

Timovi porodične medicine koji izjavljuju da sarađuju s timom CMZ navode da su njihovi pacijenti zadovoljni radom CMZ i da "rado odlaze u CMZ", "pacijenti se dobro osjećaju".

Dalje, navode da im se u radu CMZ najviše sviđa "kratka lista čekanja", "maksimalan angažman uposlenih", "odnos prema pacijentu", "rad sa adolescentima", "dobri rezultati, stručnost", "taj terenski rad, mislim da je to njihov najveći efekat", "CMZ je topao kutak za pacijente, to je otvoren vid liječenja bez obaveznog prolaska kroz sistem, veliki broj aktivnosti za korisnike različitog tipa."

Saradnja psihijatrijskih odjela u bolnicama/klinikama i CMZ

Psihijatrijski odjeli pri bolnicama pružaju sve vrste psihijatrijskih usluga kao što je bolničko i ambulantno zbrinjavanje akutnih stanja, sa otvorenim odjelima namijenjenim opštoj populaciji i zatvorenim odjelima za intenzivnu psihijatriju.

Svoje pacijente najčešće upućuju u CMZ i porodičnom ljekaru na dalji tretman. Upućivanje se vrši davanjem uputnice/otpusnog pisma/specijalističkog nalaza samom pacijentu bez službenog obavještanja CMZ, "s

Tabela 12.

Pregled psihoedukacije koju CMZ provode u lokalnoj zajednici

Mjesto provođenja psihoedukacije	CMZ radi edukaciju na poziv i inicijativu drugih	CMZ radi edukacije u okviru programa koje su sami sačinili
sa školama	46% (54,84% FBiH, 27,78% RS)	22% (9,68% FBiH; 44,44% RS)
s nevladinim organizacijama	28% (29,03% FBiH, 22,22% RS)	2% (0,00% FBiH, 5,56%RS)
sa zdravstvenim radnicima DZ	16 % (22,58% FBiH, 5,56% RS)	20% (25,81% FBiH, 5,56% RS)
s predškolskim ustanovama	12% (9,68% FBiH, 11,11% RS)	2% (0,00% FBiH, 5,56% RS)
sa korisničkim organizacijama	10% (16,13% FBiH, 0,00% RS)	8% (6,45% FBiH, 5,56% RS)
s mjesnim zajednicama	10% (12,90% FBiH, 5,56% RS)	4% (6,45% FBiH, 0,00% RS)
s preduzećima	6% (9,68,7% FBiH, 0,00% RS)	2% (3,23,7% FBiH, 0,00% RS)

otpusnim listom koji se koji nosi porodičnom ljekaru, a on ga dalje usmjerava.“ (predstavnik psihijatrijskog odjela/ službe pri bolnici/klinici), ili upućivanjem pacijenta uz službenu obavijest CMZ o otpustu pacijenta iz bolnice:

“Prilikom završetka liječenja napiše se uputa za CMZ, jedan primjerak se šalje u CMZ kako bi CMZ pravovremeno bio informisan o prestanku liječenja određenog pacijenta.”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/službe pri bolnici/klinici)

Manji broj predstavnika psihijatrijskih službi izjavljuje da nema zajedničke pacijente s CMZ, dok drugi imaju.

Saradnja s CMZ obično postoji u slučajevima kada je pacijentima potrebna hospitalizacija, nakon otpusta pacijenta iz bolnice i u slučajevima ordiniranja depo preparata.

Intervjuisani predstavnici psihijatrijskih odjela nisu naveli nijedan zajednički projekat koji su realizovali u saradnji bilo s CMZ bilo s nekom drugom institucijom.

Najveći broj intervjuisanih saradnju opisuje kao neformalnu, *“telefonski i putem privatnih poznanstava”*; *“komunikacija je po potrebi, ali nije definisana”*; *“zaista bih volio da pravila postupanja budu jasnija, ko, gdje, kada i kome”*.

Saradnja psihijatrijskih odjela i CMZ, kao i stav predstavnika psihijatrijskih odjela variraju, od izuzetno negativnih do izuzetno pozitivnih:

“Neke stvari bi oni mogli uraditi, a ne slati nama.”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/službe pri bolnici/klinici)

“Neću da govorim o zadovoljstvu uslugama CMZ. Zloupotrijebili su namjenu CMZ i sada su oni pretvoreni u nešto drugo i ne rade kako je zamišljeno. Posljedice mi osjetimo u bolnici.”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/službe pri bolnici/klinici)

“Sada se saradnja popravila. Nakon što završe tretman u bolnici, pacijenti odlaze u CMZ. Pacijenti se vežu za svog psihijatra, ima pacijenata koji bi radije dolazili svom psihijatru u bolnicu nego nekom drugom u CMZ.”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/službe pri bolnici/klinici)

“Kolega nas uvijek informiše o novinama u CMZ.”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/službe pri bolnici/klinici)

“Imamo i dokaze i informacije da su naši pacijenti zadovoljni uslugama CMZ.”

“CMZ je baš mentalno zdravlje u zajednici... hendikepirana djeca, pa PTSP... obilježavanje godišnjica... medijska pokrivenost...”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/službe pri bolnici/klinici)

Najveće kritike upućene su na prepoznatljivost CMZ kao konsultativno-specijalističke službe DZ bez vidljivog i prepoznatljivog identiteta službe koja radi u zajednici.

“Tu se malo aktivnosti radi; ono što sam ja zamišljala, ovu reformu, da će pacijent nakon bolničkog liječenja biti upućen u CMZ, da se dalje obavi taj period potreban za resocijalizaciju i uključivanje u zajednicu. U realnosti to nije tako – to su ambulante koje rade specijalističke preglede... mi ovdje u toku liječenja imamo terapijske zajednice.”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/službe pri bolnici/klinici)

“CMZ nema onu funkciju koju bi trebao da ima, uglavnom je to ambulanta.”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/sluzbe pri bolnici/klinici)

“Ja sam CMZ shvatila kao instituciju koja se bavi prevencijom i readaptacijom pacijenata, a ovo je sada svedeno na ambulantu, e to mi se najmanje sviđa, obična specijalistička ambulanta.”

(predstavnica psihijatrijskog odjela/sluzbe pri bolnici/klinici)

Jedan od problema s kojima se psihijatrijski odjeli često sreću je prisilna hospitalizacija. Intervjuisani smatraju da Zakon o licima s duševnim problemima ima nedorečenih segmenata kada je u pitanju prisilna hospitalizacija. Intervjuisani izjavljuju:

“Nedorečeno je ko prvi reaguje, da li su to zdravstvene ustanove ili policija, na koji način i sl.”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/sluzbe pri bolnici/klinici)

“Pokušavamo ispoštovati zakonske procedure tako što imamo komisiju za zaštitu duševnih bolesnika u okviru bolnice. Nije dovoljno riješena briga o hroničnim duševnim bolesnicima koji zaslužuju stacionarno liječenje. U posljednjih par godina se počelo puno više zakonom tretirati te pacijente. Oni su kao lualice, često su u sukobu sa zakonom. Policija ih dovozi. Ti pacijenti nisu dovoljno zaštićeni. Neophodno je napraviti koordinaciju CMZ i bolnica i upotpuniti statističke podatke koji bi se dalje obrađivali.”

(predstavnik psihijatrijskog odjela/sluzbe pri bolnici/klinici)

Saradnja CMZ i CSR

Svi predstavnici CSR su se izjasnili da imaju zajedničke korisnike sa CMZ; nekada CMZ upućuju korisnike u CSR, a nekada ih CSR šalje u CMZ.

“Naše zajedničke aktivnosti se odnose i na prisilni ili dobrovoljni smještaj u ustanovu za liječenje ili opservaciju.”

(predstavnik CSR)

Dalje, kada su u pitanju korisnici usluga CSR koji su ujedno i korisnici CMZ, odnosno hronični duševni bolesnici, predstavnici CSR ističu da je nejasno definisana uloga CSR kada su u pitanju osobe s poteškoćama u mentalnom zdravlju, tako da odgovorni u centrima smatraju da bi rad psihijataru i psihologa bio neophodan s obzirom na broj korisnika koji su u potrebi za ovom vrstom pomoći.

“Ja imam veliki problem u lokalnoj zajednici kada je u pitanju rad sa korisnicima koji imaju problema u mentalnom funkcionisanju. Ovdje radimo posao i centra za mentalno zdravlje i doma zdravlja. Ja ovdje imam više korisnika nego CMZ.”

(predstavnik CSR)

“Mi nismo osposobljeni za rad sa duševno oboljelim licima... Socijalni radnik nema šta ne radi.”

(predstavnik CSR)

Predstavnici CSR navode da su najčešći problemi mentalnog zdravlja kod njihovih korisnika: psihoze (shizofrenija), depresija, retardacije u kombinaciji s različitim duševnim oboljenjima, bolesti ovisnosti, PTSP, problemi s nasiljem u obitelji i sva hronično duševno oboljela lica s oduzetom poslovnom sposobnošću. Ističu povezanost lošeg kvaliteta života i mentalnog zdravlja:

“Često su neimaština i loši socijalni uvjeti uzrok problemima psihičke naravi.”

(predstavnik CSR)

Uposleni u CSR ističu poteškoće u radu s osobama koje imaju problema sa zloupotrebom različitih supstanci (bolesti ovisnosti).

Sljedeći problem koji su istakli je smještaj osoba s problemima mentalnog zdravlja u ustanove za trajno zbrinjavanje. Ti problemi su vezani kako za gubljenje kontinuiteta rada i nemogućnost praćenje korisnika nakon smještaja u ustanove za trajno zbrinjavanje, tako i za sam smještaj osoba u institucije kojima suštinski ne pripadaju. Ističu nedostatak adekvatnih ustanova za prihvatanje osoba koje imaju problema s mentalnim zdravljem a uz to imaju veoma loš socioekonomski status.

“Smještamo čovjeka na psihijatriju – a tamo ne pripada... Pita nas: gdje si me doveo ovdje?”

(predstavnik CSR)

Kada su u pitanju resocijalizacija i druge aktivnosti koje CSR provodi s ciljem poboljšanja života korisnika, intervjuisani ističu da nisu uvijek u stanju da odgovore na takve potrebe korisnika s obzirom na opterećenost tekućim poslovima u samom centru i na terenu.

“Mi nismo u stanju da radimo takve programe prevencije i masovne resocijalizacije tih korisnika. Teško je govoriti o resocijalizaciji u mentalnom zdravlju, za to je neophodno postojanje specijalizovanih ustanova.”

(predstavnik CSR)

Kada je u pitanju saradnja s drugim ustanovama u vezi sa zajedničkim korisnicima i postojeći sistemom upućivanja, predstavnici CSR ističu da najčešće svoje korisnike upućuju u bolnice, na psihijatrijske odjele i CMZ i u ustanove za trajno zbrinjavanje, a najrjeđe u nevladine organizacije.

Prilikom upućivanja svojih korisnika u druge službe i ustanove, CSR obavljaju savjetodavni rad s korisnikom, prikupljaju potrebnu dokumentaciju i daju svoju procjenu i prijedlog. Korisnike obično upućuju u CMZ na tri načina:

- usmenom preporukom korisniku da posjeti CMZ,
- telefonskim kontaktom CMZ i dogovorom sa timom CMZ,
- ličnim odlaskom uposlenika CSR, kao pratnja korisniku, u CMZ.

Najčešći vid upućivanja je usmena preporuka, a najrjeđi lični odlazak u CMZ.

Komunikacija i saradnja između CSR i CMZ zavisi od slučaja do slučaja, ali nije defenisana. Ponekad Centri imaju zajedničke sastanke; međutim, intervjuisani ističu da je to "sporadično i nedostatno".

"Nije razvijena saradnja do te mjere da se dobije povratna informacija i nemamo je." (predstavnik CSR)

Komunikacija se odvija po potrebi, uglavnom telefonski, a u najvećem broju slučajeva koriste se lična poznanstva uposlenih u CMZ i CSR.

S obzirom da je komunikacija u većini slučajeva usmena, ne postoji pisani trag o saradnji.

"Ima sedmica kada se ne čujemo uopšte, ima kada se čujemo."

(predstavnik CSR)

"Saradnja je usmena, a po potrebi se pišu i socijalne anamneze ukoliko to traže iz CMZ."

(predstavnik CSR)

Intervjuisani ističu da ponekad "saradnja nema ni početak ni kraj", te da završi prebacivanjem odgovornosti s jedne službe na drugu. To se osobito dešava kod korisnika usluga koji imaju problema s mentalnim zdravljem.

"I onda dođemo u situaciju da kažemo: Kakva je ovo služba kad ja moram nekoga moliti – nije ovo moj domen, domen daljeg liječenja pacijenta, ili nije ovo sad usluga socijalnog rada."

Drugi problem predstavlja prisilno privođenje pacijenata. Intervjuisani ističu da i u tom segmentu ne postoji koordinacija.

"Postoji problem oko prisilnog privođenja, jer nije napravljen protokol o saradnji među institucijama."

Kako bi se prevazišli ti problemi, intervjuisani daju preporuke u smislu:

- jasnog definisanja i formalizovanja saradnje na institucionalnom nivou (protokol o saradnji s CMZ),
- određivanja osobe odgovorne za kontakte s pojedinim službama (konkretno CMZ),
- organizovanje zajedničkih sastanaka i seminara (između socijalnog i zdravstvenog sektora),
- zajednički rad na terenu (tima CSR i CMZ).

Saradnja između CSR i CMZ opisuje se kao nedostatna i kada je riječ o zajedničkim projektima/programima.

Intervjuisani ili nisu upoznati s postojanjem zajedničkih projekata ili navode veoma mali broj zajedničkih projekata koje je su u zadnje tri godine provodili u saradnji s CMZ. Uglavnom su to projekti koje finansiraju međunarodne organizacije, a koje su inicirale nevladine organizacije:

"Imali smo jedan seminar 'Teorija i praksa mentalnog zdravlja'; 'Projekat kućne njege'; 'Formiranje baze podataka – usaglašavanje evidencija korisnika i edukacija koju je radio CMZ'; 'Projekat uvezivanja zdravstvenog i socijalnog sektora'; 'Mislim da smo imali jedan projekat u vezi sa žrtvama nasilja.'; 'Nemamo zajedničkih projekata, mi smo pokušali kroz taj dnevni centar, ali oni nisu potpisali s nama sporazum; zvali smo ih i u partnerstvo za mobilni tim...'"

Nešto veći broj zajedničkih projekata CSR su radili u saradnji s nevladinim organizacijama. Oblasti iz kojih su rađeni programi vođene su interesom donatora i poljem djelovanja pojedinih nevladinih organizacija koje su inicirale projekte.

Saradnja CMZ i NVO

Podaci s terena govore da na područjima koja su odabrana za uzorak kvalitativnog istraživanja, osim organizacija/udruženja korisnika usluga mentalnog zdravlja ne postoje specijalizirane nevladine organizacije čija je misija prvenstveno rad u oblasti mentalnog zdravlja, kao što je podrška reformi mentalnog zdravlja, direktno pružanje usluga korisnicima mentalnog zdravlja, javno zagovaranje, preventivni programi iz oblasti mentalnog zdravlja i sl.

Nevladine organizacije povremeno imaju projekte iz oblasti mentalnog zdravlja. Najčešće je to direktna pomoć (materijalna, psihosocijalna) korisnicima usluga mentalnog zdravlja, zajednički projekti sa CSR, CMZ iz oblasti prevencije (npr. bolesti ovisnosti, reproduktivno zdravlje), edukativni projekti (npr. različiti seminari, radionice itd.).

U radu sa ciljnim grupama, koje variraju u zavisnosti od projekta, često se susreću s osobama koje imaju problema s mentalnim zdravljem. Navode da su to najčešće problemi vezani za PTSP, depresiju, psihosomatske poremećaje, socijalne probleme i probleme u komunikaciji.

Aktivnosti koje pružaju NVO s ciljem poboljšanja života svojih korisnika i njihove resocijalizacije su:

- savjetodavni rad (individualni i grupni);
- stacionari/skloništa i rad u krizi (sa žrtvama nasilja, torture);
- klubovi, dnevni boravci (koji uključuju i trening socijalnih vještina – osposobljavanje za samostalno obavljanje aktivnosti);
- pružanje pravne pomoći;
- kulturno-rekreativne aktivnosti: druženja, sportske aktivnosti, izložbe itd.;
- edukacija: radionice i seminari;
- preventivni programi koji se realizuju u saradnji s drugim institucijama u zajednici (npr. školama, CSR, CMZ).

Udruženja korisnika usluga mentalnog zdravlja svoj rad baziraju na volonterskom i pro bono radu i procjenjuju da nemaju zadovoljavajuće ljudske resurse (prvenstveno rukovodni kadar). Ostale nevladine organizacije

upošljavaju profesionalce iz različitih oblasti i svoj rad manje baziraju na volonterskom radu (povremeno, u zavisnosti od projekta).

Udruženja korisnika kao veliki problem navode nedostatne organizaciono-finansijske kapacitete i nerazumijevanje lokalne zajednice kada je u pitanju kontinuirano namicanje sredstava: *“Mi nemamo nikakvu potporu grada, nismo uvršteni u proračun, a ta potpora nam je potrebna da preživimo kao organizacija.”*

Svi intervjuisani predstavnici nevladinih organizacija navode da ostvaruju saradnju sa CMZ i da svoje korisnike upućuju u CMZ. S obzirom da ne postoje zvanični protokoli o saradnji, svoje korisnike najčešće usmeno upućuju CMZ, a po potrebi idu s korisnikom u ličnoj pratnji. Pored CMZ, svoje korisnike upućuju u druge NVO, CSR, različite zdravstvene službe (u zavisnosti od potreba korisnika). Prema podacima iz Općeg/Opšteg upitnika za CMZ, u BiH 18 (36%) CMZ (11 FBiH i 7 RS) saraduje s korisničkim organizacijama.

Jedino udruženja korisnika imaju zajedničke klijente/korisnike s CMZ. Ostale nevladine organizacije imaju svoju ciljnu grupu koja im se obraća zbog problema s mentalnim zdravljem, ali nisu korisnici usluga CMZ.

Udruženja korisnika najčešće provode aktivnosti u oblasti resocijalizacije, u čijem okviru po potrebi ostvaruju kontakte s CMZ (najčešće telefonske) s ciljem praćenja oporavka zajedničkih korisnika.

Predstavnici NVO saradnju s CMZ opisuju u rasponu od nedostatne do veoma dobre:

“Zvanične saradnje nema.”; “Profesionalci nisu još spremni saradivati sa korisničkim udruženjima, ne mogu da ih prihvate kao partnere.”; “Svakodnevno učimo jedni od drugih, mi smo ustvari partneri.”

Za razloge loše saradnje s CMZ navode nedostatak alternativnih usluga u okviru CMZ i dominaciju medicinskog modela rada: *“Moje je iskustvo... nisam zadovoljan jer CMZ ne nudi alternative... samo vrši medikamentozno liječenje.”*

Dalje, NVO navode šta im se u radu CMZ najmanje sviđa: *“Ne saraduju sa porodicom, ne saraduju sa zajednicom, učahureni su.”; “Nema dovoljno informacija u javnosti, o njima se malo zna.”; “Dugo čekanje zbog malog broja uposlenih.”; “Skučen prostor.”*

Za unapređenje zajedničke saradnje navode potrebu postojanja protokola o saradnji, dodatne edukacije i uvođenja zajedničkih aktivnosti s obzirom da su NVO i CMZ u posljednje tri godine imali veoma mali broj zajedničkih aktivnosti.

FINANSIRANJE CMZ

Podaci dobiveni Upitnikom za CMZ ukazuju na sljedeće:

- U odnosu na percepciju uticaja članova tima CMZ na

raspodjelu finansija, 6,00% CMZ u BiH smatra da ima uticaja na raspodjelu finansijskih sredstava (11,11% u RS, 3,23 % u FBiH). (Tabela 63. u Prilogu)

- Iznos finansijskih sredstava namijenjen za CMZ u RS je usklađen sa brojem stanovnika koji CMZ pokriva i postoji blagi trend povećanja iznosa u posljednje tri godine, dok za FBiH ne možemo izvesti zaključak jer je samo 9 CMZ dalo odgovor na pitanje o iznosu finansijskih sredstava koja su namijenjena za CMZ tokom 2008. godine, a za 2007. i 2006. odgovorilo je još manje CMZ.
- Usluge za koje korisnici CMZ plaćaju participaciju: 10 CMZ iz RS i 28 CMZ iz FBiH nije odgovorilo na ovo pitanje ili je dalo nevalidan odgovor (*“neosigurana lica”*; *“korisnici iz drugih županija”*...), dok se na osnovu odgovora preostalih 12 CMZ može zaključiti da usluge za koje se vrši naplaćivanje participacija nisu međusobno usklađene. (Tabela 64. u Prilogu)
- U Tabeli 13. je dat pregled podataka koje su CMZ dostavili, a odnose se na godišnja sredstva koja su CMZ bila na raspolaganju u posljednje tri godine (2006, 2007, 2008). Dostavljeni podaci nisu kompletni, a mjere varijabiliteta (standardna devijacija) za prosječne vrijednosti godišnjih sredstava namijenjenih CMZ su visoke. U periodu od tri godine minimalni godišnji budžet za CMZ je iznosio 13.015,00 KM, a maksimalni 350.000,00 KM.

Podaci dobiveni strukturisanim intervjuima mogu se sumirati na sljedeći način:

CMZ se finansiraju preko Fonda zdravstvenog osiguranja putem ugovora koji DZ potpisuje s Fondom. CMZ u okviru DZ nemaju svoj podračun pa nisu finansijski samostalni. Postojeći budžeti su opisani kao nezadovoljavajući iz više razloga:

- Postojeći budžet u najvećem broju slučajeva pokriva samo plate, a sredstva za ostale aktivnosti ne postoje:

“Fond izdvaja oko 75.000 KM, a Opština doda 15-20.000 KM godišnje; međutim, to nije dovoljno da se isplate plate radnicima.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Danas je plata visokoobrazovanog medicinskog radnika ili saradnika 2.300 do 3.000 KM bruto. Recimo, ako je budžet našeg CMZ negdje oko 90.000 KM godišnje, pa izračunajte, to je plata za 3 profesionalca.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Mi dostavimo plan CMZ, ali ne usvoji se takav plan već se da novca koliko ima.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Ta raspodjela je napravljena nekada i stereotipna je i ne dozvoljava da se značajno iskoči iz toga. To su ograničenja u CMZ, npr. nedostatak ljekara, niste ga imali prije 3-4 godine i teško ga je sada uključiti jer bi narušio postojeći odnos u budžetu.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

Tabela 13.

Pregled namijenjenih sredstava za CMZ u periodu 2006-2008. godina

	Broj CMZ koji su dostavili podatke	Prosječna vrijednost godišnjih sredstava	Standardna devijacija	Minimalna sredstva	Maksimalna sredstva
Sredstva namijenjena za 2006.	16	87.244,63	57.417,27	27.972,00	280.000,00
Sredstva namijenjena za 2007.	20	87.865,60	68.501,66	13.015,00	350.000,00
Sredstva namijenjena za 2008.	24	98.274,92	65.925,08	13.441,00	350.000,00

- Menadžment CMZ primjećuje da nema kontrolu nad planiranjem godišnjeg budžeta:

"Kao šef CMZ nemam praktično nikakav uvid ni na rashode ni na prihode naše službe. Mi dajemo prijedloge šta nam treba, ali recimo, kada treću godinu predložimo neke stvari koje i nisu skupe, onda sistem nije efikasan."

(predstavnik CMZ)

"Na početku svake kalendarske godine DZ sklapa ugovor sa FZO. Nažalost, često smo primorani da sklopimo ugovor bez obzira da li ta svota odgovara našim potrebama. FZO doslovno finansira i diktira svaki iznos koji se ugovori s DZ."

(predstavnik menadžmenta DZ)

- Zastarjela nomenklatura na osnovu koje se vrši isplata sredstava limitira provođenje aktivnosti u zajednici:

"U nomenklaturi usluga koje radi CMZ ima jako malo usluga. Ako vi od preventivnih usluga imate samo patronažnu posjetu ili razgovor medicinske sestre, psihologa ili psihijatra sa porodicom i pojedincem, kao i posjetu školi, što se ne može prikazati kao usluga jer Fond ne priznaje uslugu neosiguranom korisniku, tada je pozicija CMZ između onoga što bi trebalo da obavlja, a s druge strane stoji obaveza iz ugovora s Fondom zdravstvenog osiguranja. Dešava se da radite više usluga nego što možete prikazati; ne možete da prikazete neke usluge i da one budu plaćene."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"Prepreka na koju smo više godina ukazivali je neodgovarajuća nomenklatura usluga, npr. dio koji se tiče rada sa narkomanima je bio smješten u malom dijelu sekundarne, uglavnom na tercijarni nivo, a kada su počeli raditi ovaj posao, mi bukvalno nismo imali ni jednu šifru za ovaj segment posla."

(predstavnik menadžmenta DZ)

Mali broj CMZ namiče dodatna sredstva za svoje aktivnosti (nisu aktivni u namicanju sredstava, čak su neiskorišteni postojeći fondovi koje im npr. ministarstva nude za dodatne aktivnosti).

"Mi preko poznanstava tražimo donacije. Prošle godine je `Merkur` za sve naše korisnike donirao dječije paketiće. Povremeno dobijemo za kafu, čaj. Jedan privatnik dostavlja kruh za naše korisnike. Donacije koje idu preko DZ iskoris-

timo za materijal za radnu terapiju."
(predstavnik menadžmenta DZ)

Prijedlozi za unapređenje sistema finansiranja:

- Više aktivnosti CMZ u namicanju dodatnih sredstava:

"Kvalitetni i dobri projekti s kojima bismo aplicirali međunarodnim organizacijama, jer ministarstvo očito nije zainteresirano za napredak zdravstvenih službi."

(predstavnik menadžmenta DZ)

"U budžetu ministarstva postoje sredstva kojima se može unaprijediti rad određenih službi, ukoliko one na vrijeme dostave potrebnu dokumentaciju i apliciraju za dodatna sredstva. CMZ bi trebao svake godine aplicirati za dodatna sredstva u Kantonalno ministarstvo."

(predstavnik ministarstva)

- Izrada finansijskih planova i direktno ugovaranje s FZO u skladu s potrebama CMZ:

"Potrebno je da CMZ samostalno ugovara sa FZO način finansiranja, broj plaćenih usluga, količinu predviđenih sredstava kako je planirano strategijom. Tada bi se sredstva puno racionalnije trošila."

(predstavnik menadžmenta DZ)

- Veće učešće lokalne zajednice u finansiranju CMZ (prvenstveno se misli na općine/opštine koje su uglavnom osnivači DZ)

"Prošle godine je Dom zdravlja imao situaciju gdje je svega 57% osoba bilo osigurano, tj. broj neosiguranih je ogroman. Mislim da lokalna zajednica mora da ima obavezujuću ulogu u sufinansiranju onih zdravstvenih ustanova kojih je ona osnivač."

(predstavnik menadžmenta DZ)

POLITIKA MENTALNOG ZDRAVLJA I LEGISLATIVA

Dokument *Politike mentalnog zdravlja* izrađen je u okviru Projekta mentalnog zdravlja za Jugoistočnu Evropu. U Republici Srpskoj dokument *Politike mentalnog zdravlja* je usvojen: Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS objavilo je publikaciju u tiražu od 400 primjeraka i distri-

buiralo u domove zdravlja/CMZ. U Federaciji BiH postoji nacrt dokumenta Politike mentalnog zdravlja, ali još uvijek nije usvojen. Dokument vezan za politike mentalnog zdravlja na nivou BiH ne postoji. Razlike u upoznatosti s dokumentom prikazane su u Tabeli 8.

Politiku mentalnog zdravlja intervjuisani ispitanici opisuju prvenstveno kao integralni dio politike primarne zdravstvene zaštite:

“Kroz strategiju primarne zdravstvene zaštite definisana je uloga CMZ.”

(predstavnik ministarstva)

“Politika zdravstva je postavljena kroz primarnu zdravstvenu zaštitu, a CMZ su vezani za DZ.”

(predstavnik ministarstva)

“Ministarstvo svake godine radi akcioni plan, a kroz primarnu zdravstvenu zaštitu su uključeni i CMZ. Mi nemamo ništa posebno razrađeno samo za CMZ. Možda je najtačnije reći da oni sami sebi krče put i rješavaju probleme svojim zalaganjem.” (predstavnik ministarstva)

Dio intervjuisanih predstavnika menadžmenta DZ i CMZ iskazao je svoje nezadovoljstvo implementacijom politike mentalnog zdravlja i istako jaz između “dobro napisanog” dokumenta politike i aktivnosti na terenu i finansijske osnove za provođenje aktivnosti koje su predviđene dokumentom politike. Uzrok za nedostatak sredstava i kontinuirane brige, te za prepuštenost CMZ samima sebi i DZ, intervjuisani vide u nedostatnoj podršci resornih ministarstava.

“Nezadovoljan sam politikom mentalnog zdravlja, jer osim papira trebaju i sredstva da se nešto učini.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Od ministarstva ne dobijamo podatke, niti njih interesuje da li radi taj CMZ i šta radi. Sumnjam da ministar zna da ima CMZ. Politika mentalnog zdravlja se provodi prema sistemu CMZ iz 1996. godine.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Politika mentalnog zdravlja postoji, ali nema tu jednog kontinuiteta.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Ministarstvo nema značajnu ulogu; nakon formiranja CMZ

sve je ostavljeno rukovodiocima ustanove (DZ) da postave kadrove, edukaciju itd. CMZ se bave i neurologijom i psihijatrijom, što izaziva kontraefekat.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“CMZ su na nuli, prepušteni sami sebi, tj. nama u DZ. Osim pojedinih edukacija o kojima povremeno budemo obaviješteni, nemamo nikakvu podršku. Ministarstvo se ne uključuje u razvoj CMZ.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

Stavovi ispitanika u vezi s postojećom legislativom podijeljeni su: jedan dio smatra da je postojeća legislativa nezadovoljavajuća, dok drugi smatraju da je zadovoljavajuća. Dvije najčešće spominjane manjkavosti postojeće legislative odnose se na nejasno definisan status centara za mentalno zdravlje u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i na problem prisilne hospitalizacije.

“Postojeća zakonska regulativa je na neki način savremena. Zakon o zaštiti lica s mentalnim bolestima je rađen po ugledu na slične zakone u zemljama EU.”

(predstavnik ministarstva)

“Legislativa nije zadovoljavajuća i teško i sporo se mijenja. U praksi se pokazalo da svi naši zakoni imaju problema. Sada trenutno radimo na izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti i taj proces traje mjesecima.”

(predstavnik ministarstva)

“Dosadašnja legislativa ne zadovoljava u potpunosti. Trebalo bi zakonom regulisati da svaki CMZ ima kompletan tim na puno radno vrijeme.”

(predstavnik ministarstva)

“Ima određenih problema u Zakonu o licima s duševnim problemima, u smislu prisilne hospitalizacije, nedorečenih segmenata. Problem je ko prvi reaguje, da li zdravstvena ustanova, policija, na koji način i sl. Nije jasno ni definisano učesće lokalne zajednice, prvenstveno u finansijskom smislu, gdje se mnogo više može dati.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

“Nedorečena je, nepotpuna. Potrebno je puno toga mijenjati, a osnovno bi bilo donijeti socijalne programe, zakonski regulisati broj uposlenika u timovima. Time bi se rasteretile klinike, tako da bi se problem mentalno zdravlja rješavao u zajednici.”

(predstavnik menadžmenta DZ)

Tabela 14.

Upoznatost timova CMZ sa zakonima i dokumentima politike

Dokument	Upoznati s dokumentom	Imaju primjerak dokumenta u CMZ	Učestvovali u izradi dokumenata
Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama/ mentalnim poremećajima	88% (90,32% FBiH, 83,33% RS)	78% (88,88% RS, 77,42% FBiH)	10% (16,67% RS, 3,23% FBiH)
Zakon o zaštiti od nasilja u porodici	76% (77,42% FBiH, 72,22% RS)	60% (61,29% FBiH, 55,56% RS)	8% (16,67% RS, 3,23% FBiH)
Politika mentalnog zdravlja i Akcioni plan za FBiH/RS	46% (72,22% RS, 32,26% FBiH)	32% (61,11% RS, 16,13% FBiH)	4% (5,56% RS, 0,00% FBiH)
Evropska deklaracija SZO o mentalnom zdravlju	36% (44,44% RS, 29,03% FBiH)	22% (33,33% RS, 12,90% FBiH)	-

Dalje, podaci dobiveni Upitnikom na pitanje koliko su članovi tima CMZ upoznati s različitim dokumentima i zakonima i da li imaju primjerak dokumenta u CMZ, predstavljeni su u Tabeli 14.

Percepcija uticaja timova CMZ na politiku mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici je sljedeća:

- 54 % smatra da nema uticaj (55,55% RS, 54,84% FBiH),
- 44% smatra da ima uticaj (44,16% FBiH, 38,89% RS),
- 2% nedostaje podatak (5,56% RS, 0,00% FBiH).

Prednosti i nedostaci CMZ: samoprocjena timova CMZ

Prepreke u radu

Podaci dobiveni Upitnikom za CMZ na pitanje otvorenog tipa o preprekama u radu ukazuju da za timove CMZ osnovne prepreke u radu predstavljaju:

- 42% nedostatak kadra (45,16% FBiH, 38,89% RS);
- 24 % nedovoljna edukovanost (12,90% FBiH, 44,44% RS);
- 22% neadekvatan prostor (25,81% FBiH, 16,67% RS);
- 22% nedostatak opreme (19,35% FBiH, 27,78% RS);
- 22% nedovoljna finansijska sredstva, FZO ne finansira usluge koje CMZ pruža (25,81% FBiH, 16,67% RS);
- 20% nezadovoljavajuća organizacija posla (12,90% FBiH, 27,78% RS);
- 18% nedostatak podrške od strane upravljačkih struktura, drugih institucija i šire zajednice (19,35% FBiH, 16,67% RS);
- 12% nedostaje vozilo (3,23% FBiH, 27,78% RS);
- 4% nedostatak softverskog programa (3,23% FBiH, 5,56 % RS);
- 4% nedostatak supervizije (3,23% FBiH, 5,56% RS);
- 2% nedostatak usvojene politike mentalnog zdravlja na nivou Distrikta Brčko;
- 16% CMZ nije dalo odgovor na ovo pitanje (16,13% FBiH, 16,67% RS).

Slični podaci su dobiveni i putem individualnih i grupnih intervjua. Predstavnici timova CMZ ističu da im se u radu CMZ najmanje dopada:

1. Nerazumijevanje okoline, posebno kolega i nadređenih; nezadovoljstvo postojećim statusom: *"Vertikalna saradnja ne funkcioniše, niti u procjeni kvaliteta rada CMZ niti u stimulaciji."*; *"Ponekad se osjećamo bespomoćnim, potrebno je da nas odgovorni ne samo slušaju nego i čuju."*; *"Naš status nam se najmanje sviđa."*; *"Ne postoji dobra politika mentalnog zdravlja."*; *"Druge službe prema nama nemaju dovoljno poštovanja. Tek kad nekom od njih zatreba stručna pomoć ili jednostavno savjet, obrate se, ali i tad s nekom rezervom. Kao da ih je sramota da zatraže stručno mišljenje kolega iz tima CMZ. Ima još dosta toga što bi trebalo uraditi da ljudi, a prije svega naše kolege, shvate važnost CMZ."*

2. Opterećenost timova: *"Nas petoro pokriva područje sa 400.000 stanovnika."*; *"Nemamo skraćeno radno vrijeme, nemamo produženi godišnji odmor."*; *"Ja kao psihijatar i pored najbolje volje ne mogu posvetiti korisniku više od 10 minuta. Isto tako, bilo bi potrebno razdvojiti neurološke i psihijatrijske pacijente. Mi ovdje nismo u mogućnosti posvetiti se pacijentu upravo iz razloga što moramo raditi sve, od ljekarskih uvjerenja i obrade za penziju do teških psihičkih oboljenja."*
3. Postojanje hijerarhije u timu i neprepoznavanje važnosti srednjeg medicinskog kadra: *"Srednji medicinski kadar je zapostavljen."*
4. Nepostojanje supervizije.
5. Veoma malo preventivnih aktivnosti: *"Niko se nije pozabavio na nivou države da izglasa neke preventivne mjere kako spriječiti ubistva i nasilje koje je u porastu."*; *"Malo se govori o psihijatrijskim bolesnicima na nivou države, parlamenta."*
6. Nedostatak finansijskih sredstava za rad s korisnicima.
7. Nepostojanje protokola o saradnji sa drugim institucijama.

Predstavnici CMZ smatraju da su njihovi korisnici najmanje zadovoljni sljedećim aspektima usluga CMZ:

- radnim vremenom CMZ: nepostojanje rada u dvije smjene i dugo čekanje, neuslovne čekaonice;
- nedovoljnim vremenom koje se može posvetiti korisniku zbog opterećenosti timova i zbog nepotpunosti timova;
- esencijalnom listom lijekova – dostupnost besplatnih lijekova: *"Treba osloboditi psihijatrijske pacijente od bilo kakvih plaćanja"*;
- manjkom organizovanih grupnih aktivnosti i nedovoljnim radom patronažne službe.

Prednosti rada u CMZ

Članovima timova CMZ najviše se sviđaju inovacije koje rad u timu CMZ omogućava, te kao primjere navode sljedeće:

- kreativnost i prepoznatljivost u radu: *"Posao je kreativan, jako sveobuhvatan"*; *"Nema površnosti u radu"*; *"Novi izazovi u radu – uvode se novine u radu"*;
- vidljive rezultate uspješnosti: smanjen broj hospitalizacija: *"Od 15 pacijenta kroz 3-4 godine samo je jedno ili dvoje smješteno na psihijatriju; znači, negdje je ušteda bila oko 200.000 KM"*;
- demokratski odnos u timu, entuzijazam uposlenih, međusobno povjerenje članova tima, timska saradnja: *"zdravi međuljudski odnosi"*; *"topla i dobra radna atmosfera"*; *"spremnost da učimo jedni od drugih u timu"*; *"bliskost s pacijentima"*; *"nema sujete struka"*; *"u ovom projektu sestri je dato mnogo na važnosti"*; *"više nismo ni kolege nego smo prijatelji"*;
- otvorenost prema zajednici, saradnja sa svim insti-

tucijama: *"ruši se stereotip, mit o neizlječivosti duševnih poremećaja"*.

Dalje, predstavnici timova smatraju da su njihovi korisnici najzadovoljniji sljedećim aspektima rada CMZ:

- **odnosom osoblja:** empatijom koju pokazuju uposleni, diskrecijom, povjerljivošću, dobivanjem povratne informacije, multidisciplinarnim pristupom;
- **dostupnošću usluga:** nema naručivanja niti čekanja, korisnici *"ne šetaju od službe do službe"* već sve dobiju na jednom mjestu;
- **prispadnosti grupi** i mogućnosti da u **zaštićenom prostoru** mogu popiti kafu, čitati novine, gledati TV, organizovano odlaziti na izložbe, koncerte itd;
- pružanjem pomoći u **rješavanju socijalnih poteškoća;**
- **destigmatizacija** pacijenata: *"Nepsihijatrizovanje CMZ je njegova temeljna vrijednost"; "Razbijena je stigma i straha klijenata od CMZ"; "Ovo je antipsihijatrijski rad u psihijatriji"; "Jedine pohvale za naš rad dobijamo od svojih klijenata. To nam je ustvari i najvažnije, i daje snagu i motivaciju da prevaziđemo sve postojeće probleme, a nadamo se da će sigurno biti bolje."* (predstavnik CMZ)

U odnosu na zadovoljstvo klijenata pruženim uslugama, članovi timova CMZ istakli su dostupnost i destigmatizaciju kao dvije osnovne kvalitete službe.

Prijedlozi za unapređenje rada CMZ

Prijedlozi predstavnika timova CMZ koji se odnose na unapređenje rada CMZ su sljedeći:

1. Prostor i oprema za rad kroz finansijsku podršku

Timovi CMZ ističu da su prostorije CMZ *"prilično neuslovne"*, odnosno prostorno neadekvatno riješene i neopremljene, te time ne pružaju minimum privatnosti u radu s korisnicima. Istaknut je nedostatak terenskih vozila za kućne posjete i tehničke opremljenosti (psihološki testovi, logopedska aparatura).

2. Ljudski resursi

Prepoznavanje važnosti rada psihijatrijske medicinske seestre: *"Bilo bi dobro da ostale službe shvate kako medicinska sestra u timu CMZ ima dovoljno posla, tako da ne moramo dežurati po 12 i 24 sata na zahtjev ostalih službi koje smatraju da smo nedovoljno iskorištene pa često i za njih obavljamo dežure."*

Nedostatak kadra/pojačanje timova: Odgovorom "još kadra" većina timova je pokazala potrebu za kadrovskim pojačanjem. U zavisnosti od tima, izražena je potreba za svim profilima: psihijatrima, psiholozima, socijalnim radnicima, srednjim medicinskim kadrom i radno-okupacionim terapeutima.

Edukacija: Uposlenici CMZ-ova za unapređenje svog rada ističu neophodnu kontinuiranu edukaciju. Kao primjer navode socijalnu radnicu koja šest godina radi u

timu CMZ, a nikada u tom periodu nije bila na edukaciji. Kao oblasti za edukaciju ističu porodičnu psihoterapiju, kognitivno-bihevioralnu terapiju, grupno-psihijatrijski rad, okupacionu terapiju, krizne intervencije depresivnih i psihotičnih poremećaja, bolesti ovisnosti, anksiozne poremećaje, oblast rehabilitacije u zajednici, vođenje slučaja, studijska putovanja.

Supervizija: CMZ su iskazali potrebu za supervizijom jer je prisutno profesionalno sagorijevanje: *"Mi služimo kao kontejner našim korisnicima"; "Mi smo sami sebi psihoterapeuti i supervizori."*

3. Uvođenje informatičke mreže/informatičkog sistema

Istaknuto je da su CMZ nevezani i nemaju adekvatnu saradnju između sebe na nivou Bosne i Hercegovine; nemaju jedinstvenu bazu podataka, a neki nemaju ni računare.

4. Unapređenje postojećih aktivnosti u CMZ i uvođenje novih usluga (proširenje liste usluga) s ciljem poboljšanja zadovoljstva korisnika uslugama

Prijedlozi su se prvenstveno odnosili na više aktivnosti u edukaciji porodice korisnika i uspostavljanje dnevnih boravaka (prostora gdje bi se korisnici mogli okupljati tokom dana).

5. Uspostavljanje drugih službi u zajednici

Misli se na službe koje bi omogućile tretman korisnicima kojima oni nisu u mogućnosti pružiti adekvatan tretman. To bi, prije svega, bili dnevni centri (dnevni boravci) i neki oblici zaštićenog stanovanja gdje bi se mogli smjestiti korisnici koji žive sami a nisu u stanju o sebi da se brinu.

6. Politička podrška i legislativa

Naglašena je kako potreba za većom političkom podrškom ministarstava (*"Osjećamo se kao neželjeno dijete"; "Vezane su nam ruke"*) tako i za unapređenjem Zakona o zdravstvu, te Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, koji *"nije dovoljno obuhvatio ni korisnike ni članove tima CMZ."*

Kako bi se unaprijedio kvalitet života korisnika, timovi CMZ smatraju da je potrebno poboljšati ili uspostaviti sljedeće aktivnosti:

- antistigma programe koji bi mogli uključivati grupe za destigmatizaciju pacijenata;
 - grupe za samopomoć (npr. za korisnike koji su depresivni, za one s PTST-om, one koji zloupotrebljavaju alkohol i sl.);
- "Svakako bi bilo važno osnivanje udruga i formiranje grupa za samopomoć i zastupanje koje bi pomogle u pisanju aplikacija za razne projekte i programe koji bi unaprijedili rad i poboljšali život korisnicima;"*
- radnu ekonomiju (kooperative);
 - specijalizirana savjetovališta za određene grupe;
 - sigurne kuće;
 - proširivanje usluga CMZ iz oblasti bolesti ovisnosti.

Kako bi se izgradio kapacitet timova za provođenje takvih aktivnosti, timovima bi bilo potrebno:

- uvođenje još jednog tima da bi se smanjio period čekanja, a radno vrijeme CMZ bilo duže: *“Najidealnije bi bilo da radimo 24 sata.”; “Uvođenje još jednog tima, jer i pored najbolje volje svima nam prijete profesionalno sagorijevanje.”;*
- studijska putovanja i razmjena iskustava s drugim timovima u zemlji i inostranstvu; češći i koordinisaniji sastanci sa drugim službama u okviru DZ;
- ojačavanje NVO sektora gdje korisnici mogu dobiti alternativne usluge i pomoć;
- formiranje zajedničkih tijela u kojima bi bili predstavnici CMZ, suda, policije, CSR s ciljem skraćanja birokratske procedure oko hospitalizacije, sudskih sporova itd. koji oduzimaju mnogo vremena;
- rad na prevenciji i ranom otkrivanju mentalnih bolesti: projekat *“supermonitoringa”* – kako navodi jedan od timova u čijoj opštini CMZ pokriva 35.000 stanovnika, ove je godine registrovano 14 novih slučajeva shizofrenije.

ZAKLJUČCI

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem ukazuju na sljedeće stanje usluga mentalnog zdravlja u zajednici u BiH:

1. Mreža usluga mentalnog zdravlja u zajednici

U periodu provođenja istraživanja, u Bosni i Hercegovini postoji mreža od 50 CMZ: 31 u FBiH, 18 u RS i 1 u Distriktu Brčko. Područja koje CMZ pokrivaju kreću se u rasponu od 13.000 do 256.200 stanovnika. Prosječna vrijednost područja koje CMZ pokrivaju je 66.600 stanovnika. U zajednicama u kojima postoje CMZ nema dovoljno drugih podržavajućih službi koje pružaju alternativne usluge iz oblasti mentalnog zdravlja, kao što su korisničke organizacije, dnevni centri, zaštićeno stanovanje, SOS telefoni i drugo (npr. u 16% zajednica postoje zaštićene kuće/stanovi, a u 10% dnevni centri koji nisu u sastavu CMZ).

2. Politika mentalnog zdravlja u zajednici

Dokument Politike mentalnog zdravlja za FBiH i RS je izrađen. U RS dokument Politike mentalnog zdravlja je usvojen, dok je u FBiH u fazi usvajanja. Također, u RS je urađen dokument Strategija mentalnog zdravlja, koji je u fazi usvajanja. Procenat od 54% timova CMZ nije upoznat s dokumentom Politike mentalnog zdravlja, 68% nema kopiju dokumenta u svom CMZ, a 54% smatra da nema nikakvog uticaja na kreiranje politike mentalnog zdravlja u svojim zajednicama.

3. Legislativa

Mišljenja ispitanika o postojećoj legislativi su podijeljena i kreću se u rasponu od procjene da je dobra i u skladu s evropskim standardima, do procjene da je neodgovarajuća. Ispitanici su saglasni da postojeća legislativa treba biti bolje povezana s praksom, te da legislativom treba riješiti status CMZ, koji je okarakterisan kao nejasno definisan i nerazjašnjen.

4. Finansiranje CMZ

Postojeći sistem finansiranja CMZ nije u skladu s uslugama koje bi CMZ trebalo da pružaju na osnovu dokumenata Politike mentalnog zdravlja. U periodu od tri godine (2006-2008) godišnji budžet CMZ se kretao u rasponu od minimalnih 13.000,00 KM do maksimalnih 350.000,00 KM. U RS finansiranje CMZ zavisi od broja stanovnika pripadajućeg područja. U 2008. godini prosječan budžet CMZ je iznosio 98.200,00 KM. Istaknuto je da postojeći budžeti uglavnom pokrivaju samo plate uposlenih, a sredstva za ostale aktivnosti nedostaju; lista usluga koje fondovi zdravstvenog osiguranja pokrivaju zastarjela je i limitira pružanje usluga orijentiranih na zajednicu. Menadžment CMZ smatra da nema kontrolu nad godišnjim budžetom, samo 6% CMZ smatra da imaju uticaj na planiranje i budžetiranje. Mali broj CMZ namiče dodatna sredstva za svoje aktivnosti.

5. Ljudski resursi

U 50 CMZ zaposlena su 304 profesionalca iz oblasti mentalnog zdravlja. Najveći broj CMZ (76%) ima jedan tim, s prosječnim brojem članova tima 6,08. Prosječan tim CMZ sastoji se od sljedećih profesionalaca: 2,15 medicinskih sestara, 1,29 psihijatar, 1,44 psihologa, 0,97 socijalnih radnika, 0,90 viših medicinskih sestara, 0,57 okupacionih terapeuta. Profil stručnjaka koji nedostaje u timovima CMZ rangiran je ovako: 48% okupacioni terapeut, 38% socijalni radnik, 20% psiholog, 18% defektolog 16% psihijatar, 14% medicinska sestra. Prema procjeni i timova i korisnika, profesionalci koji najviše vremena provode s korisnicima su medicinske sestre. Samoprocjena srednjeg medicinskog kadra je da su nedovoljno educirani: 46% medicinskih sestara primjećuje da nemaju dovoljno treninga za rad u centru za mentalno zdravlje. Profesionalci su najmanje zadovoljni mogućnostima za edukaciju (samo 15,8% je zadovoljno). Članovi timova CMZ smatraju da rad sestrinskog kadra nije prepoznat od strane drugih zdravstvenih radnika, te da postoje predrasude uzrokovane nejasno definisanim opisom posla medicinske sestre u timu CMZ. Većina timova nije kompletirana, a struktura članova tima dosta varira. Timovi smatraju da im je potrebno kadrovsko pojačanje. Kontinuirana edukacija ne postoji, a nisu razvijeni ni planovi i programi za kontinuiranu edukaciju profesionalaca u mentalnom zdravlju u zajednici. Treninzi su organizovani ad hoc i najčešće od strane nevladinih organizacija i farmaceutskih kompanija. Organizovana prevencija profesionalnog sagorijevanja se ne provodi, niti profesionalci imaju beneficije koje proizlaze iz posebnih uslova rada, s obzirom da nije provedena procjena uslova za rad u CMZ.

6. Organizacija CMZ

- Prostor i oprema. 48% CMZ procjenjuje da ima adekvatan prostor za rad, a 36% adekvatnu opremu za rad.
- Standardi i procedure. CMZ nemaju definisane procedure i standarde. Samo nekoliko CMZ razvilo je interne procedure, samoinicijativno ili kao rezultat projekata koje finansiraju međunarodne organizacije. Svi postojeći standardi i procedure odnose se na opšte procedure doma zdravlja, s obzirom da CMZ djeluju kao konsultativno-specijalistička služba u okviru DZ.
- Godišnje planiranje i izvještavanje. Sistem izvještavanja CMZ odnosi se na izvještaje s parametrima koje je dom zdravlja obavezan dostavljati fondovima zdravstvenog osiguranja, resornim ministarstvima, osnivačima ustanove. Većina CMZ ne pravi godišnje planove.
- Monitoring i evaluacija. Utvrđeno je da 56% CMZ ne evaluira svoj rad, i da 92% CMZ koristi sistem "papirolovka" u registraciji korisnika. Samo 16% koristi softver za registraciju korisnika. Informacioni sistem MedicPro, koji je razvijen za svrhu monitoringa i evaluacije CMZ 1999. godine, nije u upotrebi.
- Akreditacija. Agencije za akreditaciju i kvalitet u zdravstvu u FBiH i RS – AKAZ i AZA, razvile su procedure i smjernice za akreditaciju; međutim,

proces akreditacije CMZ još nije počeo.

- f. Supervizija. Sistem supervizije u CMZ nije uspostavljen. Samo 2 CMZ imaju superviziju. Profesionalci ističu da su pod velikim opterećenjem i rizikom od profesionalnog sagorijevanja; njih 68,4% smatra da veoma često rade pod stresom.

7. Usluge

- a. Ciljne grupe. Svi CMZ pružaju usluge odraslim osobama, 92% starim, 90% adolescentima, a 70% djeci. Timovi CMZ procjenjuju da imaju najmanje kapaciteta za rad s djecom.
- b. Hospitalizacija. Podaci dobiveni Upitnikom ukazuju da je u periodu 2006-2007. godina primjetan porast broja hospitaliziranih korisnika, prisilnih hospitalizacija, korisnika koji su počinili krivično djelo i kojima je određena sudska mjera obaveznog bolničkog liječenja, korisnika kojima je izrečena mjera obaveznog psihosocijalnog tretmana u skladu sa Zakonom o zaštiti porodice od nasilja, kao i korisnika koji su počinili samoubistvo. Ovaj podatak se može povezati s nekoliko opservacija: da je u CMZ došlo do porasta broja korisnika koji pate od teških duševnih poremećaja, te da je poboljšana sistem praćenja. Nasuprot ovome, podaci dobiveni strukturisanim intervjuima ukazuju da su timovi CMZ primijetili smanjenje broja hospitalizacija u svojim zajednicama. S obzirom na ovakve podatke i mogućnost različitog tumačenja, potrebno je dodatno ispitati ovu pojavu.
- c. Usluge koje CMZ najčešće pružaju. Usluge koje CMZ pružaju svojim korisnicima su: 100% usluge dijagnostike i određivanje medikamentoznog tretmana; 70% davanje depo oblika antipsihotika; 64% kućne posjete; 62% individualna psihoterapija; 60% grupna psihoterapija; 40% terapijske intervencije s porodicom; 40% okupaciona terapija; 38% krizne intervencije. Prosječno vrijeme pružanja usluga nije standardizovano; npr. samo 20% CMZ navodi adekvatno vrijeme (45-60 minuta) za individualnu terapiju. Kvalitativni podaci ukazuju da su profesionalci također nezadovoljni vremenom koje mogu posvetiti korisnicima zbog opterećenosti brojem korisnika i nepotpunosti timova.
- d. Usluge koje se ne mogu okarakterisati kao usluge mentalnog zdravlja u zajednici. Utvrđeno je da se obezbjeđuje 100% izdavanje ljekarskih uvjerenja, 90% sistematski pregledi, 64% neurološke usluge.
- e. Programi u zajednici. 46% CMZ ima sačinjene programe za usluge iz oblasti mentalnog zdravlja, a 70% CMZ provodi edukaciju iz mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici, najčešće u školama (46%), a najrjeđe u preduzećima (6%).
- f. Planovi njege i uključivanje korisnika i porodice u oporavak. Princip koordinisane njege u svom radu primjenjuje 42% CMZ, odnosno pravi individualne planove njege. U izradu plana njege 44% CMZ uključuje korisnike. Prema podacima dobivenim od korisnika, njih 30% ističe da su bili uključeni u svoj oporavak i da su im data potrebna objašnjenja iako nisu dobili pisani plan oporavka.

8. Korisnici

- a. Broj i struktura korisnika prema sociodemografskim i dijagnostičkim kategorijama. S obzirom da CMZ nisu dostavili potpune podatke o broju i strukturi korisnika prema različitim kategorijama, nemoguće je izvesti zaključke. U prosjeku, za svaku traženu varijablu nedostaje 1/3 podataka. Može se zaključiti da se postojeći sistem registracije korisnika ne može koristiti za svrhe istraživanja i planiranja usluga.
- b. Zadovoljstvo uslugama. Korisnici su visoko ocijenili rad CMZ. Posebno su zadovoljni pomoću i podrškom članova tima CMZ u prepoznavanju ranih znakova krize i razumijevanju same bolesti, grupnom terapijom i mogućnošću kontakta s drugim korisnicima, rjeđim hospitalizacijama i osjetnim poboljšanjem. Kao prednosti rada CMZ navode: 59% podršku svih članova tima (topao i ljudski odnos), 11% druženje u CMZ s drugim korisnicima, 11% grupne aktivnosti koje im se nude u CMZ, 2% nenošenje bijelih mantila članova tima CMZ. U radu CMZ korisnici ističu da im se najmanje dopada nedovoljno prostora i mali broj aktivnosti koje im se u CMZ nude, manjak diskrecije zbog sistematskih pregleda, dužina čekaonice i gužve u čekaonici, nedostatak udruženja korisnika i sličnih organizacija. Korisnici usluga mentalnog zdravlja nisu oslobođeni participacije u troškovima liječenja. Prema procjeni korisnika i profesionalaca, esencijalna lista lijekova nije zadovoljavajuća – psihofarmaci novih generacija s malim nuspojavama nisu na esencijalnoj listi, a besplatni su lijekovi koji imaju dosta nuspojava.

9. Saradnja s drugim službama

- a. Saradnja sa drugim zdravstvenim službama. Ova saradnja okarakterisana je kao neujednačena i nezadovoljavajuća. Nezadovoljavajuća saradnja sa zdravstvenim ustanovama, prije svega psihijatrijskim bolnicama/službama, tiče se nepostojanja obavezujućih protokola vezanih za sistem upućivanja korisnika u CMZ nakon bolničkog tretmana, te na nepostojanje zajedničkih projekata na polju prevencije. U odnosu na saradnju s drugim zdravstvenim službama, CMZ najviše kontakata imaju s timovima porodične medicine.
- b. Saradnja sa socijalnim i nevladinim sektorom. Komunikacija i saradnja sa socijalnim sektorom (prvenstveno CSR) zavisi od slučaja do slučaja i opisana je kao sporadična i nedostatna. Komunikacija se odvija uglavnom telefonski, koriste se lični kontakti i poznanstva uposlenih u CMZ i CSR, a o saradnji u najvećem broju slučajeva nema pisanog traga. Usled toga često se dešava difuzija odgovornosti i prebacivanje odgovornosti s jedne na drugu službu, što se direktno odražava na zajedničke korisnike. Saradnja s nevladinim sektorom uglavnom se odnosi na zajedničke projekte CMZ i NVO koje finansiraju međunarodni donatori. NVO, također, nemaju pisane protokole o saradnji s CMZ. U zajednicama u kojima postoje CMZ postoji mali broj korisničkih organizacija, 18 CMZ ostvaruje saradnju s korisničkim organizacijama. Od

110 intervjuisanih korisnika njih 15 je uključeno u rad korisničkih organizacija.

- c. Sistem upućivanja. U najvećem broju slučajeva CMZ nemaju formalizovan način saradnje sa zdravstvenim, socijalnim i drugim službama izvan domova zdravlja, koji jasno definiše način upućivanja korisnika. Najveći broj korisnika uputi porodični ljekar (40%), zatim samoinicijativno i porodica i prijatelji (20%), a najmanje drugo zdravstveno osoblje i škole (10%).

PREPORUKE

Analizom dobivenih rezultata i prijedloga profesionalaca i korisnika usluga mentalnog zdravlja formulisane su sljedeće preporuke usmjerene na:

1. Politiku i legislativu iz oblasti mentalnog zdravlja – menadžment promjena i praksa mentalnog zdravlja u zajednici bazirana na dokazima

Budući razvoj mentalnog zdravlja u zajednici treba da bude usmjeren na prevazilaženje jaza između dokumenta Politike mentalnog zdravlja, legislative i prakse. Aktivnosti predviđene politikom, strategijom i akcionim planovima treba intenzivnije provoditi u praksi. Vodeću ulogu u ovom procesu treba da imaju resorna ministarstva zdravstva. Naglasak treba da bude na aktivnostima koje će promovisati promjene – menadžment promjena. Također, neophodno je razviti alate kojima bi se provodila praksa mentalnog zdravlja u zajednici bazirana na dokazima (evidence-based), te uskladiti važeće zakone iz ove oblasti.

2. Finansiranje CMZ – redizajniranje mehanizma finansiranja

Da bi se unaprijedio sistem finansiranja CMZ, neophodno je poduzeti sljedeće aktivnosti:

- Postaviti prioritete, odnosno identifikovati prioritete potrebe i procijeniti mogućnosti službi da odgovore na postavljene prioritete. Neophodno je razviti zdravstveni paket s minimumom usluga mentalnog zdravlja koji bi bili u skladu s postojećim sistemom i organizacijom usluga mentalnog zdravlja u zajednici i identifikovanim potrebama korisnika usluga.
- Razviti specifične planove pružanja usluga mentalnog zdravlja u zajednici koji bi sadržavali detalje kao što su očekivani troškovi usluga, aktivnosti CMZ, vremenski okvir za njihovo provođenje. Npr. neki CMZ mogu se odabrati kao pilot centri za razvoj i redizajniranje mehanizma finansiranja.
- Uspostaviti novi sistem ugovaranja domova zdravlja (CMZ) sa fondovima zdravstvenog osiguranja.
- Poboljšati sistem monitoringa i evaluacije usluga mentalnog zdravlja kako bi se identifikovao broj novih slučajeva, procijenili postojeći resursi CMZ za zadovoljavanje identifikovanih potreba, napravila procjena troškova usluga, identifikovala moguća prekoračenja budžeta i sl. Poboljšani sistem monitoringa i evaluacije trebao bi omogućiti bolje planiranje usluga mentalnog zdravlja i unapređenje njegove upotrebe u kliničkom, istraživačkom radu i u segmentu menadžmenta.

Neophodno je da sistem finansiranja mentalnog zdravlja u zajednici bude u skladu s postojećom politikom, strategijom i akcionim planovima.

3. Ljudski resursi – razvoj strateškog plana razvoja ljudskih resursa

Kako bi se izgradili kapaciteti i kompetencije profesionalaca koji rade u oblasti mentalnog zdravlja u zajednici, neophodno je razviti strateške planove razvoja ljudskih resursa na državnom i entitetskim nivoima. Prilikom izrade strateškog plana razvoja ljudskih resursa u oblasti mentalnog zdravlja u zajednici neophodno je voditi računa o sljedećem:

- Strategije selekcije i zadržavanja (sprečavanje fluktuacije profesionalaca u službama mentalnog zdravlja u zajednici) treba planirati tako da budu u skladu sa postojećim politikama, strategijama i akcionim planovima. Poseban naglasak treba da bude na prevenciji fluktuacije srednjeg medicinskog kadra;
- Edukacija dodiplomskih, postdiplomskih studenata i ljekara koji su na praksi treba da odgovara postojećoj praksi, odnosno postojećem sistemu i organizaciji usluga. CMZ treba da postanu naučno-nastavne baze za obuku dodiplomskih i postdiplomskih studenata;
- Za svakog člana tima neophodno je razviti opis poslova. Programi kontinuirane edukacije treba, također, da budu razvijeni i u skladu s razvijenim opisima poslova. Teško je raditi na razvoju programa za kontinuiranu edukaciju ako nije jasno koje su praktične vještine i kompetencije potrebne profesionalcima u timu CMZ;
- Planovi i programi (kurikulumi) za kontinuiranu edukaciju treba da budu razvijeni, kao i prateći pisani materijal (priručnici i sl.);
- Neophodno je identifikovati institucije (na entitetskim nivoima) koje će biti odgovorne za provođenje programa kontinuirane edukacije u mentalnom zdravlju. Licenciranje treba da prati kontinuiranu edukaciju;
- Posebna pažnja treba se posvetiti edukaciji medicinskih sestara za rad u mentalnom zdravlju u zajednici;
- Posebna pažnja treba se posvetiti edukaciji iz oblasti menadžmenta i vođstva, kako bi se promovisale promjene (edukacija iz oblasti menadžmenta promjena);
- Potrebno je razviti programe prevencije profesionalnog sagorijevanja.

4. Sistem i organizacija usluga – razvoj smjernica i standarda za CMZ, unapređenje međusektorske i unutarsektorske saradnje, razvoj antistigma programa i podrška razvoju alternativnih usluga iz oblasti mentalnog zdravlja u zajednici.

S ciljem unapređenja organizacionih aspekata CMZ neophodno je povesti računa o sljedećim principima:

- o njezi baziranoj na dokazima (njega u zajednici nasuprot bolničkoj njezi);
- o kontinuiranoj i koordiniranoj njezi (naglasak treba da bude na kontinuitetu i koordinaciji zdravstvenih i socijalnih usluga u skladu s potrebama korisnika, odnosno razvoju principa vođenja slučaja –

- koordinisani tretman);
- c. o putevima njege (na nivou primarne zdravstvene zaštite, sistema upućivanja iz ustanova sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite i sistema upućivanja iz drugih sektora kao što je socijalni, obrazovni, pravosudni itd);
 - d. o uslugama baziranim na potrebama u skladu s populaciono-zdravstvenim pristupom (stalno praćenje potreba lokalnog stanovništva kako bi zadovoljavanje potreba bilo na maksimumu);
 - e. o saradnji sa sektorima i između sektora (saradnja unutar zdravstvenog sektora, povezivanje primarnog-
-sekundarnog-tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, saradnja van zdravstvenog sektora).

Aktivnosti u ovoj oblasti trebaju se odnositi na:

- a. Razvoj standarda i smjernica za CMZ (uz podršku agencija za akreditaciju i kvalitet u zdravstvu). Naglasak na razvoju smjernica za kontinuiranu njegu (vođenje slučaja).
- b. Razvoj promotivnih i preventivnih programa. Naglasak treba da bude na antistigma kampanjama i programima javnog zagovaranja.
- c. Poboljšanje saradnje s drugim sektorima i razvoju protokola o saradnji sa CMZ i drugim službama (drugim zdravstvenim službama, socijalnim službama, nevladinim organizacijama itd.).
- d. Osnaživanju saradnje s korisničkim organizacijama.
- e. Podršku razvoju alternativnih usluga iz oblasti mentalnog zdravlja kao što je zaštićeno stanovanje, dnevni centri, grupe samopomoći, kooperative itd.

REFERENCE

- AKAZ (2005) Akreditacijski standardi za dom zdravlja. Sarajevo
- AKAZ (2005) Akreditacijski standardi za bolnice. Sarajevo
- AZA (2008) Vodič kroz akreditaciju za centre za mentalno zdravlje. Art Print. Banja Luka
- Butler, T. (1993) Changing Mental Health Services: The Politics and Policy. Champan & Hall. London, Glasgow, New York, Tokio, Melbourne, Madras
- Federalno ministarstvo zdravstva (radna verzija, 2008) Politika mentalnog zdravlja
- Heiman A. G. (1995) Research Methods in Psychology. Houghton Mifflin Company. Boston, Toronto
- Layder, D. (1993) New Strategies in Social Research. Polity Press. Cambridge
- HNI i SWEBiH (2000) Procjena potreba zaštite mentalnog zdravlja u zajednici u Federaciji Bosne i Hercegovine
- HNI i SWEBiH (2002) Analiza situacije i procjena potreba: Usluge mentalnog zdravlja u zajednici u Bosni i Hercegovini
- Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS (2005) Politika mentalnog zdravlja. CGM design. Banja Luka
- Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS (2008) Strategija primarne zdravstvene zaštite. CGM design. Banja Luka
- Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS (2007) Strategija za sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu u RS. CGM design. Banja Luka
- Mosher, L. & Burti, L. (1994) Community Mental Helath: A Practical Guide. W.W. Norton & Company. New York, London
- Petz, B. (1997) Osnovne statističke metode za nematematičare. Naklada Slap. Jastrebarsko
- Reviere, R. et al. (1996) Needs Assessment: A Creative and Practical Guide for Social Scientists. Taylor & Francis. Bristol
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998) Basics of Qualitative Research. Sage Publication. London, New Delhi
- Tornicroft, G., et. Al. (2006) International Outcome Measures in Mental Health: Quality of Life, Needs, Service Satisfaction, Costs and Impact on Carers. Gaskell. London
- WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health. WHO
- WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health. WHO
- WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Financing. WHO
- WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Policy, Plans and Programmes. WHO
- WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Legislation and Human Rights. WHO
- WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization Services for Mental Health. WHO
- WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Planing and Budgeting to Deliver Services for Mental Health. WHO
- WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: The Mental Health Context. WHO
- WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Quality Improvement for Mental Health. WHO

PRILOG

PRILOG 1: Podaci dobiveni Općim/Opštim upnikom za CMZ

Tabela 1.						
Organizaciona pripadnost CMZ (CMZ je u sastavu)						
	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Neuropsihijatrijski dispanzer doma zdravlja	2	11,11%	3	9,68%	5	10,00%
Neuropsihijatrijska poliklinika doma zdravlja	0	0,00%	4	12,90%	4	8,00%
Samostalna jedinica pri domu zdravlja	15	83,33%	14	45,16%	30	60,00%
Drugo	1	5,56%	10	32,26%	11	22,00%

Tabela 2.						
Broj stanovnika koje CMZ pokriva						
Broj stanovnika	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
do 25.000	2	11,11%	4	12,90%	6	12,00%
od 25.000 do 50.000	11	61,11%	7	22,58%	18	36,00%
od 51.000 do 100.000	4	22,22%	16	51,61%	21	42,00%
od 101.000 do 150.000	0	0,00%	3	9,68%	3	6,00%
više od 150.000	1	5,56%	1	3,23%	2	4,00%

Tabela 3.						
Radno vrijeme CMZ						
	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
prva smjena, svaki radni dan	16	88,89%	27	87,10%	44	88,00%
i prva i druga smjena, svaki radni dan	0	0,00%	3	9,68%	3	6,00%
samo nekim danima u sedmici, prva smjena	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
nedostaje podatak	2	11,11%	0	0,00%	2	4,00%

Tabela 4.

Pregled CMZ: godina osnivanja, područje koje pokriva, radno vrijeme, broj i struktura tima (podaci su dati prema godini osnivanja CMZ)

CMZ	područje koje pokriva	godina osnivanja	radno vrijeme	broj timova	broj članova tima	broj psihijatar	broj medicinskih sestara	broj viših medicinskih sestara	broj psihologa	broj socijalnih radnika	broj okupacionih terapeuta	Broj ostalih profesija
Travnik	200.000	1996	7.00-20.00		10	1	2		1	1		4
Sokolac	45.000	1997	7.00-15.00	1	1	1						
Tuzla	150.000	1997	7.00-15.00	3	11	3	4		3	1		
Tešanj	35.000	1997	7.00-15.00	1	5	1	2		1	1		
Živinice	80.000	1997	7.00-14.30	2	7	2	2		1	1		1
Konjic	35.000	1997	8.00-15.00	1	6	1	3		1	1		
Ljubuški		1997	7.30-14.00	1	4		1		2	1		
Velika Kladuša	70.000	1997	7.00-15.00	1	5	1	2		1	1		
Doboj	95.000	1998	7.00-15.00	1	15	1	7		3			5
Bihać	70.000	1998	7.00-15.00	1	5	1	3		1			
Sanski Most	51.000	1998	7.00-15.30	2	4	2	1	1				
Bugojno	70.000	1998	7.00-15.00	1	4	2		1	1			
Goražde	30.000	1998	8.00-16.00	1	4	1	1		1	1		
Olovo	13.000	1998	sri 9-12		2	1	1					
Zenica	150.000	1998	7.00-19.30	2	10	2	4		2	1	1	
Banja Luka	256.201	1999	7.00-15.00	3	19	3	3	4	3	2		4
SA, Centar	70.000	1999	7.30-15.00	1	5	1	2		1	1		
Mostar (istok)	70.000	1999	7.30-14.00	1	7	1	2		2	1	1	
SA, Vogošća	60.000	1999	7.30-14.00	1	5	1	2		1	1		
SA, Ilidža	75.000	1999	7.30-14.00	1	8	1	2	1	3	1		
Trebinje	50.000	2000	7.00-14.00		7	2	2	1	1		1	
Lukavac	62.000	2000	7.00-14.30	1	4	1	2		1			
Brčko	85.000	2001	7.30-16.00	6	15	2	5	1	2	1	1	3
Šamac	35.000	2001	7.00-15.00	1	6	1	3		1	1		
Derventa	45.000	2001	7.00-15.00	1	4	1	2		1			
Vlasenica	20.000	2001	7.00-15.00	1	8	2	4		1	1		
SA, Novi grad	130.000	2001	7.30-20.00	2	13	2	4		4	2	1	
SA, Stari grad	65.000	2001	7.30-15.00	1	4	1	1		1	1		
SA, Novo Sarajevo	80.000	2001	7.30-15.00	1	6	1	2		2	1		
Kozarska Dubica	43.351	2002	7.30-15.00	3	5	3	1		1			
Srebrenik	39.000	2002	7.00-15.00	1	3	1	1		1			
Cazin	70.000	2002	7.00-15.00	1	5	1	1	1	1	1		
Žepče	30.000	2002	7.00-15.00	1	2	1		1				
Gradačac	55.000	2002	7.00-15.00	1	4	2	2					
Zavidovići	46.000	2002	7.00-15.00	1	4	1	2		1			
Kakanj	50.000	2002	7.00-15.00	1	3	1	1		1			
Srbac	24.230	2003	7.00-15.00	1	6	1	1	1	1	1		1
Gradiška	61.440	2003	7.00-14.00	1	6		1	1	2	1	1	
Zvornik	100.000	2004	7.00-14.30	1	7	1	2	1	2	1		
Ključ	22.204	2004	7.00-15.00	1	5	1	2		1	1		
Prnjavor	50.000	2005	7.00-15.00	1	6	1	1	1	2		1	
Teslić	50.000	2005	7.00-15.00	1	5	1	2		1			1
Mostar (zapad)	60.000	2005	7.00-13.00	1	6	1	2		1		1	1
Prijedor	100.000	2006	7.30-15.30	1	6	1	2	1	1			1
Modriča	40.000	2006	7.00-15.00	1	8	1	4	1	1	1		
Gračanica	70.000	2006	7.00-15.00	1	5	1	2		1	1		
Istočno Sarajevo	40.000	2007			2	1	1					
Milići	50.000	2007	7.00-15.00	1	5	1	2	1	1			
Novi Grad	39.000	2008		1	4	1	1		1	1		
Banovići	25.000		11.00-15.0	1	3	1	1			1		
Prosječna vrijednost (standardna devijacija)	66.580 (45.300)	2000 (3,22)	-	1,3 (0,91)	6,08 (3,50)	1,29 (0,61)	2,15 (1,25)	0,90 (0,85)	1,44 (0,76)	0,97 (0,40)	0,57 (0,51)	1,91 (1,75)

Tabela 5.**Prostor CMZ je adekvatan i u skladu s potrebama**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
DA	9	50,00%	14	45,16%	24	48,00%
NE	9	50,00%	17	54,84%	26	52,00%

Tabela 6.**Oprema i materijal za rad (CMZ raspolaže adekvatnom opremom i materijalom za rad)**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
DA	5	27,78%	12	38,71%	18	36,00%
NE	13	72,22%	19	61,29%	32	64,00%

Tabela 7.**Vozilo za kućne posjete (CMZ raspolaže vozilom za kućne posjete)**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
DA	4	22,22%	6	19,35%	10	20,00%
NE	11	61,11%	25	80,65%	36	72,00%
Drugo	3	16,67%	0	0,00%	4	8,00%

Tabela 8.**Broj psihijataru u timu**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
0	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
1	13	72,22%	23	74,19%	36	72,00%
2	2	11,11%	6	19,35%	9	18,00%
3	2	11,11%	1	3,23%	3	6,00%
Nedostaje podatak	1	5,56%	0	0,00%	1	2,00%

Tabela 9.**Broj medicinskih sestara u timu**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
1	6	33,33%	9	29,03%	15	30,00%
2	6	33,33%	15	48,39%	21	42,00%
3	2	11,11%	2	6,45%	4	8,00%
4	2	11,11%	3	9,68%	5	10,00%
5	0	0,00%	0	0,00%	1	2,00%
6	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
7	1	5,56%	0	0,00%	1	2,00%
Nedostaje podatak	1	5,56%	2	6,45%	3	6,00%

Tabela 10.**Broj viših medicinskih sestara u timu**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
0	5	27,78%	0	0,00%	5	10,00%
1	8	44,44%	5	16,13%	14	28,00%
4	1	5,56%	0	0,00%	1	2,00%
Nedostaje podatak	4	22,22%	26	83,87%	30	60,00%

Tabela 11.**Broj psihologa u timu**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
1	11	61,11%	19	61,29%	30	60,00%
2	3	16,67%	4	12,90%	8	16,00%
3	2	11,11%	2	6,45%	4	8,00%
4	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
Nedostaje podatak	2	11,11%	5	16,13%	7	14,00%

Tabela 12.**Broj socijalnih radnika u timu**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
0	3	16,67%	0	0,00%	3	6,00%
1	7	38,89%	19	61,29%	27	54,00%
2	1	5,55%	1	3,23%	2	4,00%
Nedostaje podatak	7	38,89%	11	35,48%	18	36,00%

Tabela 13.**Broj okupacionih terapeuta u timu**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
0	6	33,33%	0	0,00%	6	12,00%
1	3	16,67%	4	12,90%	8	16,00%
Nedostaje podatak	9	50,00%	27	87,10%	36	72,00%

Tabela 14.**Broj timova u CMZ**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
0	1	5,56%	1	3,33%	2	4,00%
1	14	77,78%	24	80,00%	38	76,00%
2	0	0,00%	4	13,33%	4	8,00%
3	2	11,11%	1	3,33%	3	6,00%
6	0	0,00%	0	0,00%	1	2,00%
Nedostaje podatak	1	5,56%	1	0,00%	2	2,00%

Tabela 15.**Edukacija iz psihoterapije (Članovi tima sa edukacijom iz psihoterapije)**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
DA	6	33,33%	15	48,39%	21	42,00%
NE	8	44,44%	11	35,48%	20	40,00%
U toku edukacija	4	22,23%	5	16,13%	9	18,00%

Tabela 16.**Samoprocjena osposobljenosti za rad u CMZ – psihijatar**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Nisu osposobljeni	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
Djelimično	3	16,67%	4	12,90%	7	14,00%
U velikoj mjeri	12	66,66%	15	48,39%	28	56,00%
Potpuno	3	16,67%	11	35,48%	14	28,00%

Tabela 17.**Samoprocjena osposobljenosti za rad u CMZ – medicinska sestra**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
U maloj mjeri	0	0,00%	3	9,68%	3	6,00%
Djelimično	13	72,22%	7	22,58%	20	40,00%
U velikoj mjeri	4	22,22%	14	45,16%	19	38,00%
Potpuno	0	0,00%	6	19,35%	6	12,00%
Nedostaje podatak	1	5,56%	1	3,23%	2	4,00%

Tabela 18.**Samoprocjena osposobljenosti za rad u CMZ – psiholog**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Nisu osposobljeni	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
U maloj mjeri	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
Djelimično	6	33,33%	4	12,90%	10	20,00%
U velikoj mjeri	10	55,56%	12	38,71%	23	46,00%
Potpuno	2	11,11%	7	22,58%	9	18,00%
Nedostaje podatak	0	0,00%	6	19,35%	6	12,00%

Tabela 19.**Samoprocjena osposobljenosti za rad u multidisciplinarnom timu – medicinska sestra**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
U maloj mjeri	1	5,55%	2	6,45%	3	6,00%
Djelimično	9	50,00%	8	25,81%	17	34,00%
U velikoj mjeri	3	16,67%	9	29,03%	12	24,00%
Potpuno	2	11,11%	7	22,58%	10	20,00%
Nedostaje podatak	3	16,67%	5	16,13%	8	16,00%

Tabela 20.**Samoprocjena osposobljenosti za rad u multidisciplinarnom timu – psihijatar**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Nisu osposobljeni	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
U maloj mjeri	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
Djelimično	4	22,22%	3	9,68%	7	14,00%
U velikoj mjeri	6	33,34%	13	41,93%	19	38,00%
Potpuno	4	22,22%	11	35,48%	16	32,00%
Nedostaje podatak	4	22,22%	2	6,45%	6	12,00%

Tabela 21.**Samoprocjena osposobljenosti za rad u multidisciplinarnom timu – psiholog**

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Nisu osposobljeni	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
U maloj mjeri	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%
Djelimično	5	27,78%	4	12,90%	9	18,00%
U velikoj mjeri	7	38,88%	9	29,03%	16	32,00%
Potpuno	3	16,67%	9	29,03%	13	26,00%
Nedostaje podatak	3	16,67%	7	22,58%	10	20,00%

PRILOG 2: Analiza aspekta zadovoljstva zaposlenih u CMZ: Upitnik o zadovoljstvu zaposlenih

Tabela 22.								
Spolna struktura zaposlenih								
Spol	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Muški	10	19,23%	15	20,83%	2	22,22%	27	20,30%
Ženski	39	75,00%	53	73,61%	7	77,78%	99	74,44%
Nedostaje podatak	3	5,77%	4	5,56%	0	0,00%	7	5,26%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 23.								
Starost zaposlenih								
Broj godina	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Do 35 godina	18	34,62%	19	26,39%	6	66,67%	43	32,33%
Od 36 do 45 godina	13	25,00%	14	19,44%	0	0,00%	27	20,30%
Od 46 do 55 godina	8	15,38%	19	26,39%	2	22,22%	29	21,80%
Više od 56 godina	2	3,85%	4	5,56%	0	0,00%	6	4,51%
Nedostaje podatak	11	21,15%	16	22,22%	1	11,11%	28	21,05%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 24.								
Stepen obrazovanja zaposlenih								
Završena škola	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Osnovna škola	0	0,00%	1	1,39%	0	0,00%	1	0,75%
Srednja škola	15	28,85%	27	37,50%	3	33,33%	45	33,84%
Viša škola	9	17,31%	6	8,33%	3	33,33%	18	13,53%
Fakultet	16	30,77%	22	30,56%	1	11,11%	39	29,32%
Specijalizacija	9	17,31%	14	19,44%	1	11,11%	24	18,05%
Magisterij, doktorat	1	1,92%	2	2,78%	1	11,11%	4	3,01%
Nedostaje podatak	2	3,84%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,50%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 25.

Dodatna edukacija zaposlenih

Edukacija	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Ima	19	36,54%	34	47,22%	4	44,44%	57	42,86%
Nema	33	63,46%	38	52,78%	5	55,56%	76	57,14%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 26.

Profesija zaposlenih

Struka	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Psihijatar	9	17,31%	11	15,28%	1	11,11%	21	15,79%
Psiholog	11	21,15%	15	20,83%	0	0,00%	26	19,55%
Socijalni radnik	3	5,77%	11	15,28%	1	11,11%	15	11,28%
Medicinska sestra	12	23,08%	30	41,67%	3	33,33%	45	33,83%
Viša medicinska sestra	8	15,38%	2	2,78%	2	22,22%	12	9,02%
Okupacioni terapeut	1	1,92%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,75%
Defektolog	2	3,85%	3	4,17%	2	22,22%	7	5,26%
Nedostaje podatak	6	11,54%	0	0,00%	0	0,00%	6	4,51%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	3	100,00%	133	100,00%

Tabela 27.

Radni staž zaposlenih

Godine staža	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Do 5 godina	12	23,07%	10	13,89%	3	33,33%	25	18,79%
Od 6 do 10 godina	7	13,46%	9	12,50%	0	0,00%	16	12,03%
Od 11 do 20 godina	13	25,00%	23	31,94%	4	44,44%	40	30,08%
Više od 20 godina	15	28,85%	29	40,28%	2	22,22%	46	34,59%
Nedostaje podatak	5	9,62%	1	1,39%	0	0,00%	6	4,51%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 28.

Da li trenutno obavljate neku od rukovodećih funkcija?

Obavlja rukovodeću funkciju	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
DA	11	21,15%	15	20,83%	2	22,22%	28	21,05%
NE	36	69,23%	56	77,78%	7	77,78%	99	74,44%
Nedostaje podatak	5	9,62%	1	1,39%	0	0,00%	6	4,51%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 29.

Da li ste zadovoljni brojem zaposlenih u vašoj službi?

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	0	0,00%	1	1,40%	0	0,00%	1	0,80%
Nezadovoljan	9	17,30%	20	27,80%	6	66,70%	35	26,30%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	22	42,30%	25	34,70%	2	22,20%	49	36,80%
Zadovoljan	18	34,60%	17	23,60%	1	11,10%	36	27,00%
Veoma zadovoljan	2	3,90%	9	12,50%	0	0,00%	11	8,30%
Nedostaje podatak	1	1,90%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,80%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 30.

Da li ste zadovoljni adekvatnošću opreme za rad ?

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	2	3,80%	13	18,10%	0	0,00%	15	11,30%
Nezadovoljan	29	55,80%	32	44,40%	0	0,00%	61	45,90%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	3	5,80%	20	27,80%	2	22,20%	25	18,80%
Zadovoljan	16	30,80%	5	6,90%	5	55,60%	26	19,50%
Veoma zadovoljan	0	0,00%	1	1,40%	2	22,20%	3	2,30%
Nedostaje podatak	2	3,80%	1	1,40%	0	0,00%	3	2,30%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 31.

Da li ste zadovoljni vašim radnim prostorom u službi?

Ponudeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	1	1,90%	13	18,10%	0	0,00%	14	10,50%
Nezadovoljan	14	26,90%	22	30,60%	0	0,00%	36	27,10%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	9	17,30%	19	26,40%	3	33,30%	31	23,30%
Zadovoljan	17	32,70%	13	18,10%	3	33,30%	33	24,80%
Veoma zadovoljan	10	19,30%	5	6,90%	3	33,30%	18	13,50%
Nedostaje podatak	1	1,90%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,80%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 32.

Da li ste zadovoljni međuljudskim odnosima?

Ponudeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	0	0,00%	2	2,70%	0	0,00%	2	1,50%
Nezadovoljan	2	3,80%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,50%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	3	5,80%	3	4,20%	0	0,00%	6	4,50%
Zadovoljan	25	48,10%	25	34,70%	0	0,00%	50	37,60%
Veoma zadovoljan	21	40,40%	39	54,20%	9	100,00%	69	51,90%
Nedostaje podatak	1	1,90%	3	4,20%	0	0,00%	4	3,00%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 33.

Da li ste zadovoljni neposrednom saradnjom s kolegama?

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	0	0,00%	1	1,40%	0	0,00%	1	0,80%
Nezadovoljan	2	3,80%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,50%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	3	5,80%	6	8,30%	0	0,00%	9	6,70%
Zadovoljan	25	48,10%	30	41,70%	0	0,00%	55	41,40%
Veoma zadovoljan	21	40,40%	34	47,20%	9	100,00%	64	48,10%
Nedostaje podatak	1	1,90%	1	1,40%	0	0,00%	2	1,50%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 34.

Da li ste zadovoljni raspoloživim vremenom za obavljanje zadatih poslova?

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Nezadovoljan	9	17,30%	10	13,90%	1	11,10%	20	15,00%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	11	21,20%	22	30,60%	4	44,40%	37	27,80%
Zadovoljan	29	55,80%	32	44,40%	4	44,40%	65	48,90%
Veoma zadovoljan	2	3,80%	8	11,10%	0	0,00%	10	7,50%
Nedostaje podatak	1	1,90%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,80%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 35.

Da li ste zadovoljni organizacijom posla?

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Nezadovoljan	1	1,90%	3	4,20%	0	0,00%	4	3,00%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	9	17,30%	14	19,40%	0	0,00%	23	17,30%
Zadovoljan	32	61,60%	43	59,70%	0	0,00%	75	56,40%
Veoma zadovoljan	9	17,30%	11	15,30%	9	100,00%	29	21,80%
Nedostaje podatak	1	1,90%	1	1,40%	0	0,00%	2	1,50%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 36.

Da li ste zadovoljni mjesečnom zaradom?

Ponudeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	2	3,90%	8	11,10%	1	11,10%	11	8,30%
Nezadovoljan	15	28,80%	26	36,10%	1	11,10%	42	31,50%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	14	26,90%	19	26,40%	6	66,70%	39	29,30%
Zadovoljan	19	36,50%	14	19,40%	1	11,10%	34	25,60%
Veoma zadovoljan	0	0,00%	4	5,60%	0	0,00%	4	3,00%
Nedostaje podatak	2	3,90%	1	1,40%	0	0,00%	3	2,30%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 37.

Da li ste zadovoljni mogućnostima za edukaciju?

Ponudeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	6	11,50%	10	13,90%	2	22,20%	18	13,50%
Nezadovoljan	26	50,00%	37	51,40%	4	44,50%	67	50,40%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	8	15,40%	15	20,80%	2	22,20%	25	18,80%
Zadovoljan	11	21,20%	9	12,50%	1	11,10%	21	15,80%
Nedostaje podatak	1	1,90%	1	1,40%	0	0,00%	2	1,50%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 38.

Da li ste zadovoljni mogućnostima za napredovanjem?

Ponudeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	3	5,80%	8	11,10%	1	11,10%	12	9,00%
Nezadovoljan	20	38,50%	28	38,90%	1	11,10%	49	36,80%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	18	34,60%	22	30,60%	4	44,50%	44	33,10%
Zadovoljan	9	17,30%	14	19,40%	2	22,20%	25	18,80%
Veoma zadovoljan	0	0,00%	0	0,00%	1	11,10%	1	0,80%
Nedostaje podatak	2	3,80%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,50%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 39.

Da li ste zadovoljni mogućnostima izbora vlastitog načina rada?

Ponudeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	1	1,90%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,80%
Nezadovoljan	6	11,50%	6	8,30%	1	11,10%	13	9,80%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	11	21,20%	16	22,20%	0	0,00%	27	20,30%
Zadovoljan	27	51,90%	37	51,40%	4	44,40%	68	51,10%
Veoma zadovoljan	4	7,70%	12	16,70%	4	44,40%	20	15,00%
Nedostaje podatak	3	5,80%	1	1,40%	0	0,00%	4	3,00%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 40.

Da li ste zadovoljni podrškom pretpostavljenih?

Ponudeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	0	0,00%	3	4,20%	1	11,10%	4	3,00%
Nezadovoljan	4	7,70%	5	6,90%	0	0,00%	9	6,80%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	15	28,90%	19	26,40%	0	0,00%	34	25,60%
Zadovoljan	22	42,30%	27	37,50%	0	0,00%	49	36,80%
Veoma zadovoljan	9	17,30%	17	23,60%	8	88,90%	34	25,60%
Nedostaje podatak	2	3,80%	1	1,40%	0	0,00%	3	2,20%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 41.

Da li ste zadovoljni mogućnošću da iznesete svoje ideje pretpostavljenima?

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	0	0,00%	2	2,80%	0	0,00%	2	1,50%
Nezadovoljan	6	11,50%	8	11,10%	1	11,10%	15	11,30%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	11	21,20%	15	20,80%	0	0,00%	26	19,50%
Zadovoljan	25	48,10%	30	41,70%	2	22,20%	57	42,80%
Veoma zadovoljan	9	17,30%	17	23,60%	6	66,70%	32	24,10%
Nedostaje podatak	1	1,90%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,80%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 42.

Da li ste zadovoljni dobijanjem informacija o najvažnijim promjenama koje se odnose na vašu službu?

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	1	1,90%	5	6,90%	0	0,00%	6	4,50%
Nezadovoljan	9	17,30%	13	18,10%	0	0,00%	22	16,50%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	11	21,10%	17	23,60%	1	11,10%	29	21,80%
Zadovoljan	25	48,10%	33	45,80%	5	55,60%	63	47,40%
Veoma zadovoljan	4	7,70%	4	5,60%	3	33,30%	11	8,30%
Nedostaje podatak	2	3,90%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,50%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 43.

Da li ste često pod stresom na poslu?

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
DA	38	73,10%	48	66,70%	5	55,60%	91	68,40%
NE	12	23,10%	23	31,90%	4	44,40%	39	29,30%
Nedostaje podatak	2	3,80%	1	1,40%	0	0,00%	3	2,30%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 44.

Da li tačno znate kojoj osobi odgovarate za svoj rad?

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
DA	44	84,60%	63	87,50%	9	100,00%	116	87,20%
NE	4	7,70%	9	12,50%	0	0,00%	13	9,80%
Nedostaje podatak	4	7,70%	0	0,00%	0	0,00%	4	3,00%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 45.

Ukoliko biste mijenjali posao...

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Ostali biste u državnom sektoru zdravstva	11	21,20%	18	25,00%	2	22,20%	31	23,30%
Otišli biste u privatni sektor zdravstva	5	9,60%	3	4,20%	0	0,00%	8	6,00%
Radili biste poslove van sektora zdravstvene zaštite	5	9,60%	9	12,50%	1	11,10%	15	11,30%
Ne biste mijenjali posao	29	55,80%	42	58,30%	6	66,70%	77	57,90%
Nedostaje podatak	2	3,80%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,50%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 46.

Uzimajući u obzir sve navedeno, ocijenite zadovoljstvo poslom koji sada obavljate

Ponuđeni odgovori	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Veoma nezadovoljan	1	1,90%	3	4,20%	0	0,00%	4	3,00%
Nezadovoljan	1	1,90%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,80%
Ni zadovoljan ni nezadovoljan	13	25,00%	13	18,00%	0	0,00%	26	19,50%
Zadovoljan	32	61,50%	43	59,70%	8	88,90%	83	62,40%
Veoma zadovoljan	2	3,90%	11	15,30%	1	11,10%	14	10,50%
Nedostaje podatak	3	5,80%	2	2,80%	0	0,00%	5	3,80%
Ukupno	52	100,00%	72	100,00%	9	100,00%	133	100,00%

Tabela 47.

Spolna struktura korisnika u CMZ u 2007. godini

Spol korisnika	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Muški spol	15.213	54,18%	39.852	48,21%	1.989	47,22%	57.054	49,86%
Ženski spol	12.861	45,82%	42.297	51,79%	2.223	52,78%	57.381	50,14%
Ukupno	28.074	100,00%	82.149	100,00%	4.212	100,00%	114.435	100,00%

Tabela 48.

Broj korisnika sa navedenim psihičkim poremećajima kojima je CMZ obezbijedio usluge u 2006, 2007. godini i prva 3 mjeseca 2008. godine (kategorije odraslih korisnika i djece do 18 godina)

Broj korisnika sa navedenim psihičkim poremećajima kojima je CMZ obezbijedio usluge u 2006, 2007. godini i prva 3 mjeseca 2008. godine (kategorija odraslih korisnika)

Dijagnoze odraslih korisnika CMZ	Broj korisnika u 2006. godini			Broj korisnika u 2007. godini			Broj korisnika u prva 3 mjeseca 2008. godine		
	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB
Demencija (F00-F03)	132	523	38	155	732	42	64	242	18
Psihoorganski poremećaji (F06-F07)	230	1.906	52	310	1923	63	146	730	12
Alkoholi-Zam (F10)	365	726	63	447	692	92	190	250	41
Psihoaktivne supstance (F11-F19)	94	299	28	120	423	31	86	150	19
SCH (F20)	6.793	4.806	309	8.265	4484	388	2.418	1.854	276
Ostali psihotični poremećaji (F21-F29)	391	1.907	178	647	2073	299	319	894	102
Bipolarni poremećaj (F31)	58	201	8	81	238	12	33	100	9
Rekurentna depresija (F33)	382	2.541	21	614	2764	26	221	944	12
Poremećaji raspoloženja (F30-F32)	3.251	3.943	51	4.036	4243	56	1.907	1.918	32
Neuroze i somatoformni poremećaji (F40-F42) (F44-F48)	2.906	9.374	63	4.092	9746	68	1.382	2.996	41
Stres i poremećaji prilagođavanja (F43)	322	2.505	23	482	2070	24	204	1.070	13
PTSP (F43.1)	283	4.011	0	386	4295	0	320	1.539	0
Bihevioralni sindrom udružen sa fiziološkim poremećajima i somatskim faktorima (F50-F53)	32	410	0	64	493	0	19	242	0
Dvije ili više dijagnoza	324	2.628	0	430	2652	0	183	978	0
Ostalo	336	2.148	0	748	2962	0	376	832	0
Ukupno entiteti i DB (po godinama)	15.899	37.928	834	20.877	39790	1.101	7.868	14.739	575
Ukupno BiH (po godinama)	54.661			61.768			23.182		

**Procenat korisnika prema navedenim dijagnozama kojima je CMZ obezbijedio usluge
u 2006, 2007. godini i prva 3 mjeseca 2008. godine (kategorija odraslih korisnika)**

Dijagnoze odraslih korisnika CMZ	Procenat korisnika u 2006. godini (%)			Procenat korisnika u 2007. godini (%)			Procenat korisnika u prva 3 mjeseca 2008. godine (%)		
	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB
Demencija (F00-F03)	0,83	1,38	4,56	0,74	1,84	3,81	0,81	1,64	3,13
Psihoorganski poremećaji (F06-F07)	1,45	5,03	6,2	1,48	4,83	5,72	1,86	4,96	2,09
Alkoholi-zam (F10)	2,30	1,91	7,55	2,14	1,74	8,36	2,41	1,70	7,13
Psihoaktivne supstance (F11-F19)	0,59	0,79	3,35	0,57	1,06	2,82	1,09	1,02	3,30
SCH (F20)	42,73	12,67	37,05	39,59	11,27	35,24	30,73	12,58	48,00
Ostali psihotični poremećaji (F21-F29)	2,46	4,79	21,34	3,10	5,21	27,16	4,05	6,06	17,73
Bipolarni poremećaj (F31)	0,36	0,53	0,95	0,39	0,60	1,09	0,42	0,68	1,56
Rekurentna depresija (F33)	2,40	6,70	2,51	2,94	6,95	2,36	2,81	6,41	2,09
Poremećaji raspoloženja (F30-F32)	20,45	10,48	6,1	19,33	10,66	5,09	24,24	13,01	5,57
Neuroze i somatoformni poremećaj (F40-F42) (F44-F48)	18,28	24,72	7,55	19,60	24,5	6,18	17,56	20,33	7,13
Stres i poremećaji prilagođavanja (F43)	2,03	6,60	2,75	2,31	5,20	2,18	2,59	7,25	2,26
PTSP (F43.1)	1,78	10,57	0	1,85	10,8	0	4,07	10,44	0
Bihevioralni sindrom udružen sa fiziološkim poremećajima i somatskim faktorima (F50-F53)	0,20	1,08	0	0,31	1,24	0	0,01	1,64	0
Dvije ili više dijagnoza	2,04	6,93	0	2,06	6,66	0	2,32	6,64	0
Ostalo	2,11	5,66	0	3,58	7,44	0	4,78	5,65	0
Ukupno entiteti i DB (po godinama)	100	100	100	100	100	100	100	100	100

**Broj korisnika sa navedenim psihičkim poremećajima kojima je CMZ obezbijedio usluge u
2006, 2007. godini i prva 3 mjeseca 2008. godine (djeca do 18 godina)**

Dijagnoze djece korisnika CMZ	Broj korisnika u 2006. godini			Broj korisnika u 2007. godini			Broj korisnika u prva 3 mjeseca 2008. godine		
	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB
Psihoorganski poremećaji (F06-F07)	0	27	0	0	42	0	0	15	0
Alkoholizam (F10)	0	5	0	0	8	0	0	1	0
Psihoaktivne supstance (F11-F19)	0	7	5	0	12	7	0	1	4
SCH (F20)	0	2	0	0	36	2	0	6	3
Ostali psihotični poremećaji (F21-F29)	0	255	0	1	305	0	0	82	0
Bipolarni poremećaj (F31)	0	0	0	0	0	0	2	3	0
Rekurentna depresija (F33)	1	0	0	2	13	0	12	1	0
Poremećaji raspoloženja (F30-F32)	5	1	0	219	53	0	43	20	0
Neuroze i somatoformni poremećaji (F40-F42) (F44-F48)	56	349	0	284	390	0	64	667	0
Stres i poremećaji prilagođavanja (F43)	34	50	1	46	74	1	11	59	2
PTSP (F43.1)	1	11	0	13	31	0	23	15	0
Bihevioralni sindrom udružen sa fiziološkim poremećajima i somatskim faktorima (F50-F53)	1	41	0	2	34	0	11	4	0
Dvije ili više dijagnoza	9	11	0	7	48	0	13	2	0
Poremećaji psihičkog razvoja (F80-F89)	175	1.269	0	353	1.419	0	144	515	0
Poremećaj ponašanja (F90-F98)	499	1.001	0	703	1.093	0	406	442	0
Ostalo	81	395	0	404	618	0	122	240	0
Ukupno entiteti i DB (po godinama)	862	3.424	6	2.034	4.176	10	851	2.073	9
Ukupno BiH (po godinama)	4.292			6.220			2.933		

Procenat korisnika prema navedenim dijagnozama kojima je CMZ obezbijedio usluge u 2006, 2007. godini i prva 3 mjeseca 2008. godine (djeca do 18 godina)

Dijagnoze djece korisnika CMZ	Procenat korisnika u 2006. godini (%)			Procenat korisnika u 2007. godini (%)			Procenat korisnika u prva 3 mjeseca 2008. godine (%)		
	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB
Psihoorganski poremećaji (F06-F07)	0,00	0,79	0,00	0,00	1,01	0,00	0,00	0,72	0,00
Alkoholizam (F10)	0,00	0,15	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,05	0,00
Psihoaktivne supstance (F11-F19)	0,00	0,20	83,33	0,00	0,29	70,00	0,00	0,05	44,44
SCH (F20)	0,00	0,06	0,00	0,00	0,86	20,00	0,00	0,29	33,33
Ostali psihotični poremećaji (F21-F29)	0,00	7,45	0,00	0,05	7,30	0,00	0,00	3,96	0,00
Bipolarni poremećaj (F31)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	0,14	0,00
Rekurentna depresija (F33)	0,12	0,00	0,00	0,10	0,31	0,00	1,41	0,05	0,00
Poremećaji raspoloženja (F30-F32)	0,58	0,03	0,00	10,77	1,27	0,00	5,05	0,96	0,00
Neuroze i somatoformni poremećaji (F40-F42) (F44-F48)	6,50	10,19	0,00	13,96	9,34	0,00	7,52	32,18	0,00
Stres i poremećaji prilagođavanja (F43)	3,94	1,46	16,67	2,26	1,77	10,00	1,29	2,85	22,22
PTSP (F43.1)	0,12	0,32	0,00	0,64	0,74	0,00	2,70	0,72	0,00
Bihevioralni sindrom udružen sa fiziološkim poremećajima i somatskim faktorima (F50-F53)	0,12	1,20	0,00	0,10	0,81	0,00	1,29	0,19	0,00
Dvije ili više dijagnoza	1,04	0,32	0,00	0,34	1,15	0,00	1,53	0,10	0,00
Poremećaji psihičkog razvoja (F80-F89)	20,30	37,06	0,00	17,35	33,98	0,00	16,92	24,84	0,00
Poremećaj ponašanja (F90-F98)	57,89	29,23	0,00	34,56	26,17	0,00	47,71	21,32	0,00
Ostalo	9,40	11,54	0,00	19,86	14,80	0,00	14,34	11,58	0,00
Ukupno entiteti i DB (po godinama)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 49.

Ukupan broj korisnika koji su se prvi put javili u CMZ u protekle 3 godine

Godina	Republika Srpska		Federacija BiH		Distrikt Brčko		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
2006.	3130	22,39%	43930	42,17%	680	38,64%	47740	39,81%
2007.	7080	50,66%	43773	42,02%	832	47,27%	51685	43,10%
Prva 3 mjeseca 2008.	3767	26,95%	16477	15,81%	248	14,09%	20492	17,09%
Ukupno	13977	100,00%	104180	100,00%	1760	100,00%	119917	100,00%

Tabela 50.

Broj korisnika prema dijagnostičkim kategorijama koji su upućeni na bolničko liječenje

Broj korisnika sa navedenim psihičkim poremećajima koji su upućeni na bolničko liječenje

Dijagnoze korisnika CMZ	Broj korisnika u 2006. godini			Broj korisnika u 2007. godini			Broj korisnika u prva 3 mjeseca 2008. godine		
	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB
Demencija (F00-F03)	1	1	4	2	2	2	43	0	0
Psihoorganski poremećaji (F06-F07)	11	13	2	11	12	3	7	1	1
Alkoholi-Zam (F10)	49	51	6	71	61	5	19	31	2
Psihoaktivne supstance (F11-F19)	6	31	1	8	28	3	3	27	0
SCH (F20)	196	177	4	296	151	6	82	86	3
Ostali psihotični poremećaji (F21-F29)	16	40	12	53	42	8	26	17	1
Bipolarni poremećaj (F31)	3	14	4	4	11	3	2	4	0
Rekurentna depresija (F33)	2	28	5	5	27	3	7	10	2
Poremećaji raspoloženja (F30-F32)	49	27	3	77	40	2	15	6	1
Neuroze i somatoformni poremećaji (F40-F42) (F44-F48)	0	18	3	2	21	2	1	1	0
Stres i poremećaji prilagođavanja (F43)	0	10	2	5	5	3	7	2	1
PTSP (F43.1)	32	28	9	53	32	6	4	12	1
Bihevioralni sindrom udružen sa fiziološkim poremećajima i somatskim faktorima (F50-F53)	1	1	0	1	0	0	1	0	0
Dvije ili više dijagnoza	7	4	0	11	19	0	12	4	0
Ostalo	3	2	0	52	12	0	13	5	0
Ukupno entiteti i DB (po godinama)	376	445	55	651	463	46	242	206	12
Ukupno BiH (po godinama)	876			1.160			460		

Procenat korisnika sa navedenim psihičkim poremećajima koji su upućeni na bolničko liječenje

Dijagnoze korisnika CMZ	Procenat korisnika u 2006. godini (%)			Procenat korisnika u 2007. godini (%)			Procenat korisnika u prva 3 mjeseca 2008. godine (%)		
	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB	RS	FBiH	DB
Demencije (F00-F03)	0,27	0,22	7,27	0,31	0,43	4,35	17,77	0,00	0,00
Psihoorganski poremećaji (F06-F07)	2,93	2,92	3,64	1,69	2,59	6,52	2,89	0,49	8,33
Alkoholizam (F10)	13,03	11,46	10,91	10,91	13,17	10,87	7,85	15,05	16,67
Psihoaktivne supstance (F11-F19)	1,60	6,97	1,82	1,23	6,05	6,52	1,24	13,11	0,00
SCH (F20)	52,13	39,78	7,27	45,47	32,61	13,04	33,88	41,75	25,00
Ostali psihotični poremećaji (F21-F29)	4,26	8,99	21,82	8,14	9,07	17,39	10,74	8,25	8,33
Bipolarni poremećaj (F31)	0,80	3,15	7,27	0,61	2,38	6,52	0,83	1,94	0,00
Rekurentna depresija (F33)	0,53	6,29	9,09	0,77	5,83	6,52	2,89	4,85	16,67
Poremećaji raspoloženja (F30-F32)	13,03	6,07	5,45	11,83	8,64	4,35	6,20	2,91	8,33
Neuroze i somatoformni poremećaji (F40-F42) (F44-F48)	0,00	4,04	5,45	0,31	4,54	4,35	0,41	0,49	0,00
Stres i poremećaji prilagođavanja (F43)	0,00	2,25	3,64	0,77	1,08	6,52	2,89	0,97	8,33
PTSP (F43.1)	8,51	6,29	16,36	8,14	6,91	13,04	1,65	5,83	8,33
Bihevioralni sindrom udružen sa fiziološkim poremećajima i somatskim faktorima (F50-F53)	0,27	0,22	0,00	0,15	0,00	0,00	0,41	0,00	0,00
Dvije ili više dijagnoza	1,86	0,90	0,00	1,69	4,10	0,00	4,96	1,94	0,00
Ostalo	0,80	0,45	0,00	7,99	2,59	0,00	5,37	2,43	0,00
Ukupno entiteti i DB (po godinama)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

PRILOG 3: Podaci dobiveni Intervjuima s korisnicima i Upitnikom o zadovoljstvu korisnika

Tabela 51.		
Spolna struktura korisnika		
Spol	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Muški	48	43,63%
Ženski	62	56,37%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 52.		
Starost korisnika		
Starost	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Do 35 godina	20	18,18%
Od 36 do 45 godina	29	26,36%
Od 46 do 55 godina	43	39,09%
Preko 56 godina	17	15,45%
Nedostaje podatak	1	0,91%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 53.		
Školska sprema korisnika		
Školska sprema	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Nema škole	8	7,27%
Osnovna škola	26	23,63%
Srednja stručna sprema	59	53,63%
Visoka i viša škola	11	10,00%
KV radnik	3	2,73%
NKV radnik	3	2,73%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 54.
Bračni status korisnika

Bračni status	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Neudata/neoženjen	31	28,18%
U braku	48	43,64%
Razveden/a	25	22,73%
Udovac/ica	5	4,55%
Vanbračna zajednica	1	0,91%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 55.
Broj djece korisnika

Broj djece	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
0	35	31,82%
1	20	18,18%
2	28	25,45%
3	10	9,09%
4	4	3,64%
5	1	0,91%
7	1	0,91%
8	1	0,91%
Nedostaje podatak	10	9,09%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 56.
Zaposlenost korisnika

Radni status	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Zaposlen	17	15,45%
Nezaposlen	46	41,82%
Penzioner	43	39,09%
Domaćica	4	3,64%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 57.
Radno iskustvo korisnika

Radno iskustvo	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Nikad nije radio	21	45,65%
Ima radno iskustvo	25	54,35%
Ukupno	46	100,00%

Tabela 58.
S kim živi korisnik

S kim žive	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Živi sam/a	29	26,36%
Živi sa porodicom	81	73,64%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 59.
Stambeni status korisnika

Stambeni status	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Vlastiti stan/kuća	87	79,09%
Podstanar	11	10,00%
Nužni smještaj	4	3,64%
Nedostaje podatak	8	7,27%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 60.
Prihodi korisnika

Prihodi	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Vlastiti prihodi	73	66,36%
Prihodi bračnog druga	19	17,27%
Prihodi drugih članova porodice	15	13,64%
Nedostaje podatak	3	2,73%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 61.
Samoprocjena ekonomskog statusa korisnika

Ekonomski status	Bosna i Hercegovina	
	Frekvencija	Procenti
Loš	51	46,36%
Ostalo	47	42,73%
Nedostaje podatak	12	10,91%
Ukupno	110	100,00%

Tabela 62.

CSQ-8 Upitnik o zadovoljstvu korisnika

Pitanje	Ukupan broj ispitanika (N=103)	
	Aritmetičke sredine	Standardne devijacije
1. Kako biste ocijenili kvalitet usluge koja vam je pružena?	3,39	0,78
2. Da li vam je pružena vrsta usluge kakvu ste željeli?	3,35	0,73
3. Do kojeg nivoa je data usluga zadovoljila vaše potrebe?	3,19	0,72
4. Ukoliko bi vašem prijatelju bila potrebna slična vrsta pomoći, da li biste mu preporučili ovu službu?	3,53	0,55
5. Koliko ste zadovoljni obimom pomoći koja vam je pružena?	3,29	0,89
6. Da li su vam pružene usluge pomogle da se efikasnije nosite sa svojim problemima?	3,56	0,58
7. Koliko ste ukupno zadovoljni pruženim uslugama?	3,55	0,66
8. Ukoliko biste ponovo tražili pomoć, da li biste se obratili ovoj službi?	3,53	0,62

PRILOG 4: Finansiranje CMZ: Podaci dobiveni Općim/Opštim upitnikom

Tabela 63.

Percepcija uticaja tima CMZ na raspodjelu finansijskih sredstava (Tim CMZ utiče na raspodjelu finansija)

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
DA	2	11,11%	1	3,23%	3	6,00%
NE	16	88,89%	29	93,54%	46	92,00%
Nedostaje podatak	0	0,00%	1	3,23%	1	2,00%

Tabela 64.

Usluge za koje korisnici CMZ plaćaju participaciju

	Republika Srpska		Federacija BiH		Bosna i Hercegovina	
	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti	frekvencije	procenti
Nepsihotični poremećaji	2	11,11%	0	0,00%	3	6,00%
Neurološki pregledi	1	5,56%	0	0,00%	1	2,00%
Obrada za IK, ljebarska uvjerenja	3	16,67%	0	0,00%	3	6,00%
Neuropsihijatrijski pregledi	2	11,11%	1	3,23%	3	6,00%
Usluge koje nisu predviđene Fondom zdravstvene zaštite	0	0,00%	2	6,45%	2	4,00%
Nevalidni odgovori	7	38,89%	25	80,64%	32	64,00%
Nedostaje podatak	3	16,67%	3	9,68%	6	12,00%

Izdavači:

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA



Министарство здравља и
социјалне заштите
Републике Српске

Implementator istraživačkog projekta:



SOUTH-EASTERN EUROPE
HEALTH NETWORK

Mental Health Project
for south-eastern Europe

Finansijski administrator istraživačkog projekta:



Finansijer istraživačkog projekta:



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra
**Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC**