

Sveučilište u Zagrebu

Medicinski fakultet

Petra Bistrović

**Trebamo mobilne timove stručnjaka u zajednici za liječenje osoba s  
teškim duševnim bolestima?**

**Ispitivanje stavova stručnjaka za mentalno zdravlje i bolesnika**

Zagreb, 2019.

Ovo istraživanje provedeno je u nastavnoj bazi Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (u klinici za Psihijatriju KBC Zagreb) pod vodstvom doc.dr.sc. Martine Rojnić Kuzman, u sklopu znanstvenog projekta «Large-scale implementation of community based mental health care for people with severe and enduring mental ill health in Europe» i predan je na natječaj za dodjelu Rektorove nagrade u akademskoj godini 2018./2019.

## POPIS KRATICA

ACT – asertivni tretman u zajednici (assertive community treatment)

FACT – fleksibilni asertivni tretman u zajednici (flexible assertive community treatment)

GP – liječnik opće prakse (general practitioner)

GT – grounded theory (analitička metoda)

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

KBC – klinički bolnički centar

LOM – liječnik obiteljske medicine

RECOVER-E – Implementacija mentalnog zdravlja u zajednici za osobe s teškim i dugotrajnim duševnim bolestima (La**R**ge-scale**E** implementation of **C**ommunity based mental health care for people with se**V**ere and **E**nduring mental ill health in Eu**R**op**E**)

RH – Republika Hrvatska

SMI – teška duševna bolest (severe mental illness)

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2. CILJ I HIPOTEZA.....</b>	<b>2</b>
<b>3. ISPITANICI I METODE.....</b>	<b>3</b>
<b>3.1 ISPITANICI.....</b>	<b>3</b>
<b>3.2 METODE .....</b>	<b>3</b>
<b>3.3 STATISTIČKA ANALIZA .....</b>	<b>4</b>
<b>4. REZULTATI.....</b>	<b>5</b>
4.1.1. ANALIZA SADAŠNJEG STANJA .....	6
4.1.2 ANALIZA SADAŠNJEG STANJA - REZULTATI SASTANKA SA STRUČNJACIMA PO ISKUSTVU.....	8
<b>4.2 POTREBE ČLANOVA TIMA ZA IMPLEMENTACIJU MOBILNIH TIMOVA.....</b>	<b>8</b>
4.2.1 REZULTATI DOBIVENI U KBC ZAGREB .....	8
<b>4.3 ANALIZA POSTOJEĆEG STANJA I POTREBA KORISNIKA USLUGA .....</b>	<b>11</b>
<b>5. RASPRAVA .....</b>	<b>15</b>
<b>5.1 OGRANIČENJA .....</b>	<b>18</b>
<b>6. ZAKLJUČAK .....</b>	<b>19</b>
<b>7. POPIS LITERATURE .....</b>	<b>20</b>
<b>8. SAŽETAK .....</b>	<b>23</b>
<b>9. SUMMARY .....</b>	<b>24</b>

## 1. UVOD

Oko 4% svjetske populacije boluje od teške duševne bolesti. Teške duševne bolesti obuhvaćaju skupinu shizofrenije i psihotičnih poremećaja, bipolarni poremećaj te veliki depresivni poremećaj. (1) Njihova je zajednička karakteristika dugotrajnost njihovog liječenja, odnosno, višestruke hospitalizacije ili pojedinačne hospitalizacije u trajanju od više mjeseci. Osobe oboljele od teške duševne bolesti najčešće imaju problema u odnosima s drugim ljudima te teško održavaju socijalne veze, teže pronalaze i zadržavaju posao te u pravilu nisu u mogućnosti kvalitetno voditi brigu o sebi. (2) Oboljeli umiru ranije od opće populacije, osobito u skupini onih s niskim i srednjim primanjima, gdje je njihov životni vijek čak 10 do 20 godina kraći u usporedbi sa skupinom osoba sličnih primanja. (1) U Republici Hrvatskoj, hospitalizacije radi psihijatrijskog liječenja iznose otprilike 6-7% od ukupnog bolničkog liječenja. Najčešće dijagnoze koje zahtijevaju hospitalno liječenje su shizofrenija i psihotični poremećaji, poremećaji zbog uzimanja psihoaktivnih tvari te poremećaji raspoloženja, a osobit problem predstavlja što su hospitalizirane najčešće mlade osobe, radno aktivne dobi. Stoga je među pacijentima oboljelima od teških duševnih bolesti velik broj nezaposlenih osoba ili nesposobnih za rad te lošeg imovinskog stanja. (2-4) Svjetski pokazatelji govore kako više od 70% osoba nema dostupnu potrebnu pomoć za poboljšanje mentalnog zdravlja. (5) To je osobito vidljivo u skupini bolesnika s težim psihijatrijskim bolestima, čak oko trećina prima isključivo farmakoterapiju, bez psihosocijalne ili psihoterapeutske podrške, što znači da nije ispunjen minimum standarda skrbi za mentalno oboljele. (4)

U Hrvatskoj je skrb za mentalno oboljele svima dostupna, te zakonski osigurana Ustavom Republike Hrvatske, što je prednost našeg zdravstvenog sustava. Međutim, aktualna razina skrbi za osobe s težim psihičkim poremećajima je primarno bolnička, a nakon hospitalizacije, pacijenti obično više nemaju akutnih simptoma, ali često žive u socijalnoj izolaciji, teško se zapošljavaju, a česti su i relapsi bolesti uslijed prestanka uzimanja lijekova. Stoga trenutna razina skrbi ipak ne pruža optimalno liječenje, odnosno doprinosi simptomskoj remisiji, ali ne doprinosi funkcionalnom oporavku od bolesti. Tijekom 2016. godine je Republika Hrvatska u suradnji s partnerima iz Nizozemske provela projekt „Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja“ s ciljem unaprijeđenja kvalitete mentalnog zdravlja. Tijekom projekta analizirano je postojeće stanje te su doneseni planovi za poboljšanje postojeće skrbi, u smjeru zemalja gdje zdravstvena skrb osigurava visok stopu funkcionalnog oporavka od takvih psihičkih bolesti, ali uvažavajući naš lokalni kontekst. (6) U zemljama gdje je stopa oporavka visoka, kvalitetno liječenje osoba s teškom duševnom bolesti trebalo uključivati aktivan bio-psiho-socijalan pristup, koji je individualiziran te uključuje bolesnika u proces liječenja kao ravnopravnog suradnika. To obuhvaća odgovarajuću farmakoterapiju, psihoterapiju, kao i

primjenu psihosocijalnih metoda i osiguranje socijalne podrške s ciljem postizanja oporavka od bolesti. (7) Istraživanja drugih zemalja pokazala su da uvođenje modela liječenja u zajednici, po principu fleksibilnog asertivnog liječenja u zajednici pridonosi značajno smanjenju broja hospitalizacija te trajanja hospitalizacije, dovodi do poboljšanja kvalitete života bolesnika kao i njihovih obitelji, ali i drugih indikatora funkcionalnog oporavka (zaposlenost, smanjenje stope kriminalnih radnji) te u konačnici rezultira dugoročnim smanjenjem troškova liječenja. Fleksibilno asertivno liječenje u zajednici (FACT) provodi mobilni multidisciplinarni tim sastavljen od psihijatra, psihologa, socijalnih radnika, medicinskih sestara i tzv. stručnjaka po iskustvu (osoba koje su oboljele od teške psihičke bolesti te su se od toga oporavile), prema holističkim principima, primarno kroz pružanje liječenja pacijentima oboljelim od teške duševne bolesti. (2), uz to kombinira interdisciplinarni pristup za vrlo rizične pacijente do umjerenog pristupa za stabilnije pacijente. (8)

Međutim, kako bi se model mogao uspješno integrirati u lokalnu situaciju, potrebno je provesti dodatna istraživanja, odnosno studiju implementacije u lokalnom kontekstu. Upravo je s tim ciljem ostvareno partnerstvo u projektu RECOVER-E (LaRge-scalE implementation of COmmunity based mental health care for people with seVere and Enduring mental ill health in EuROpE), financiranim od strane Europske Unije u sklopu Programa za istraživanje i inovacije Horizon 2020, u kojem sudjeluje Klinički bolnički centar Zagreb (KBC Zagreb), te Hrvatski Zavod za Javno Zdravstvo (HZJZ), uz partnere iz 11 zemalja. Cilj projekta RECOVER-E je usporedba novog modela liječenja u zajednici po principu FACT tima, adaptirano lokalnoj situaciji u odnosu na dosadašnji način liječenja, u pet država članica Europske Unije koje sudjeluju u projektu (Bugarska, Crna Gora, Makedonija, Hrvatska i Rumunjska).

## **2. CILJ I HIPOTEZA**

Radi provedbe gore navedenog općeg cilja projekta, potrebno je ispuniti više etapa, kroz specifične ciljeve, počevši od analize lokalne situacije, do analize novog postupka kroz više aspekata u odnosu na standardno liječenje, do analize samog procesa implementacije mobilnih timova.

Cilj ovog rada je analizirati mišljenja stručnjaka za mentalno zdravlje, članova timova koji će provoditi FACT liječenje (mobilni timovi), te korisnika (bolesnika i njihovih obitelji) na temu situacijske analize i analize potreba za implementaciju novog načina liječenja. Rezultati analize će poslužiti za izradu plana implementacije i samu implementaciju novog načina liječenja bolesnika s teškim duševnim poremećajima putem mobilnih multidisciplinarnih timova.

### 3. ISPITANICI I METODE

#### 3.1 ISPITANICI

Istraživanje je provedeno u Zagrebu, razdoblju od svibnja 2018. do srpnja 2018. Prvi dio istraživanja provodio se među pružateljima usluga, odnosno stručnjacima za mentalno zdravlje, te voditeljima jedinica koje sudjeluju u procesu implementacije (čelnici institucija, predstavnici Ministarstva zdravlja), u suradnji s koordinatorima istraživanja, Trimbos Institute, iz Nizozemske. Osim vodeće ustanove u kojoj se treba implementirati mobilne timove za liječenje osoba s težim duševnim smetnjama (Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb), ispitivanje je provedeno s članovima tima bolnica koje su te timove oformile u Hrvatskoj tijekom 2017. Godine (3 bolnice), te članovima udruge bolesnika (2 udruge).

Drugi dio istraživanja se provodio na slučajnom uzorku pri čemu su jednu grupu činili korisnici na bolničkom liječenju, a drugu ambulantno izvanbolnički liječeni korisnici te članovi njihovih obitelji koji su se na određeni dan ispitivanja zatekli na odjelu/ambulantnom liječenju Klinike za psihijatriju Zagreb. Kriteriji uključivanja pacijenata u intervju bili su dob 18-65 godina, dijagnosticirana teška duševna bolest te pristanak na intervju. Kriteriji isključenja bili su stanja koja teže narušavaju kognitivne funkcije (primjerice mentalna retardacija, demencija, izražena akutna klinička slika psihičke bolesti) ili teška tjelesna bolest zbog koje pacijenti nisu pokretni i nisu sposobni sudjelovati u intervju. U bilo kojem trenutku istraživanja ispitanici mogu napustiti studiju bez posljedica na njihov daljnji tretman u okviru Klinike za psihijatriju.

#### 3.2 METODE

Ispitivanje se provodilo u formi fokus grupa, u trajanju od 90 minuta. Grupe s članovima stručnjaka su se provodile na engleskom jeziku. Sve fokus grupe je vodio isti glavni voditelj iz Nizozemske, dok je suvoditelj bio voditelj projekta KBC Zagreb. Svaka fokus grupa vođena je po unaprijed zadanom obrascu, kako bi mišljenja i stavovi svakog člana bili adekvatno zabilježeni te kako diskutirane teme ne bi izašle izvan okvira potreba sastanka.

Sve su grupe snimljene uz verbalno dopuštenje ispitanika. Osim zvučnih snimki, svaki član fokus grupe bilježio je vlastite bilješke koje su naknadno elektronski skenirane za potrebe istraživanja.

Sastanci s bolesnicima i članovima obitelji vođeni su na Klinici za psihijatriju, KBC Zagreb, u trajanju od 90 minuta, na hrvatskom jeziku. Sastanci su bili vođeni u obliku okruglog stola pri čemu su ispitanici odgovarali na strukturirana pitanja. Sastanke su nadzirali koordinator kao i članovi istraživačkog tima

prema zadanom obrascu koji je osigurao da stavovi, mišljenja kao i diskutirane teme ostanu unutar cilja sastanka. Sve grupe su snimljene uz verbalno dopuštenje ispitanika.

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva KBC Zagreb. Svi ispitanici su detaljno informirani o postupku istraživanja te su dali pristanak za sudjelovanje. Svaki je ispitanik mogao povući pristanak za istraživanje i napustiti daljnji tijek ispitivanja.

### 3.3 STATISTIČKA ANALIZA

Rađena je situacijska analiza za koju je odabrana metodologija Grounded theory (GT)(9). U prvoj fazi postupkom deskriptivnog kodiranja formirani su kodovi prve razine na temelju sličnosti sadržaja u snimljenim izjavama nakon čega je provedeno aksijalno kodiranje. Prilikom aksijalnog kodiranja kodovi prve razine grupirani su u koncepte i kategorije, analizirajući odnose između kodova prve razine. U trećoj fazi su te kategorije povezane u ključne teme koje objašnjavaju današnje stanje liječenja i skrbi.





U daljnim rezultatima opisujemo dobivene kategorije u trećoj fazi kodiranja, gdje su povezane u ključne teme koje objašnjavaju današnje stanje liječenja i skrbi.

#### 4.1.1. ANALIZA SADAŠNJEG STANJA

Za analizu sadašnjeg stanja koristili smo fokus grupe s predstavnicima postojećih mobilnih timova dizajniranih po nizozemskom modelu, organiziranih u tri bolnice u Hrvatskoj tijekom 2017. godine, i voditeljima institucija, te predstavnicima Ministarstva. Dobiveni su podaci o njihovom radu, mišljenjima članova tima te mišljenjima korisnika usluga te su izneseni prijedlozi za poboljšanje postojećih timova te na što treba obratiti pažnju prilikom formiranja novih timova. Rezultati su prikazani u tablici 1.

Tablica 1: Rezultati analize rada sadašnjeg stanja organizacije zdravstvene službe I mobilnih timova

	<b>Mobilni tim</b>
Članovi tima	Psijijatar, medicinska sestra, socijalni radnik  Psijijatar, medicinska sestra
Stručnjak po iskustvu	Prisutan u dva od tri tima
Potpota institucije	Općenito podržava, nema izravnog učešća  U jednom timu promocija projekta i administrativna podrška
Početak rada	2017.
Radno vrijeme i financiranje	Tijekom radnog vremena, kao nova usluga, bez dodatka na plaću, pokriveni putni troškovi  U jednom timu nakon radnog vremena, plaćeno kao prekovremeni rad, pokriveni putni troškovi
Korisnici usluge	Jedan tim oko 20 korisnika, drugi tim 200 posjeta godišnje (nisu isključivo novi pacijenti), treći tim nema podataka
Dokumentacija	Indikacija u otpusnom pismu, posjet u kući se ne dokumentira zasebno
Sastanci tima,	Po potrebi, tijekom radnog vremena, nisu dokumentirani

dokumentacija sastanaka	
Posjet kući	Psihosocijalna podrška, lijekovi se ne daju u kući
Dolazak u slučaju krizne situacije	Ne U jednom timu moguć ukoliko hitna služba pozove tim
Interdisciplinarna suradnja	Rijetka, suradnja s liječnikom obiteljske medicine ukoliko dođe do problema Jedan tim uključio obiteljskog liječnika i hitne službe
Pozitivna iskustva članova tima	Članovima tima se sviđaju posjeti kući, stručnjaci po iskustvu ih smatraju ispunjavajućima, svi smatraju da izgrađuju povjerenje i odnos s korisnicima, sviđa im se povezivanje s drugim sektorima
Pozitivna iskustva korisnika	Izgradnja međusobnog povjerenja i odnosa; korisnicima i njihovim obiteljima sviđaju se usluge koje nudi tim, grade povjerenje i poboljšavaju odnose s timom, bolje se pridržavaju terapije
Negativna iskustva	Ponekad previše opterećenja za par osoba u timu, budući da rade nakon svog radnog vremena, smatraju da rad na taj način nije dugoročno održiv, nedovoljno vremena za izvršavanje isplaniranih zadataka, premalo osoblja u timu
Promocija	U bolnici, u udruzi pacijenata, na sastanku s nevladinim udrugama, medijska promocija (lokalna i nacionalna televizija, radio)
Prijedlozi	Uključivanje LOM-a u rad bi bilo korisno, psihijatri bi trebali imati nadzor nad timom, potrebno je raditi na smanjenju stigmatizacije Organizacija rada bi trebala uključivati više članova tima, rad bi trebalo izvršavati za vrijeme radnog vremena radi osiguranja održivosti, pravni okviri i plaćanje putem HZZO-a bi trebali podržavati uslugu

#### 4.1.2 ANALIZA SADAŠNJEG STANJA - REZULTATI SASTANKA SA STRUČNJACIMA PO ISKUSTVU

Uz stručno osoblje dio tima su i takozvani “stručnjaci po iskustvu”, osobe koje same imaju iskustva s duševnim bolestima jer su i oni sami bili pacijenti, a sada su u remisiji. Budući da se po prvi puta uključuju u ovaj tip liječenja, na sastanku su iznijeli svoja dosadašnja iskustva u radu dva tima, te što smatraju važnim i što im je potrebno za rad, a rezultati su prikazani u tablici 2.

Tablica 2: Rezultati fokus grupa sa stručnjacima po iskustvu

<b>Važnosti</b>	<b>Potrebe</b>
Jednakost, poštovanje i povjerenje kao najvažniji parametri	Smanjenje stigmatizacije u timu Smanjenje stigmatizacije među zaposlenicima koji nisu izravno zaposleni u timu
Pravo da svatko izrazi svoje mišljenje Osiguravanje vremena za svakog člana tima kao oblik iskazivanja poštovanja	Principi pravičnosti u timu i instituciji
Podržavanje svega onoga što može pomoći pri podršci osobi u oporavku	Više od jednog stručnjaka po iskustvu u timu radi uzajamne podrške
Osiguranja pravednosti u timu Nijedno znanje nije manje od drugoga Svatko ima svoju ulogu u timu	Osiguranje potrebne podrške stručnjacima po iskustvu u timu
Edukacija stručnjaka po iskustvu je važna, ali ne glavna. Postoje aspekti njihovog djelovanja koji nadilaze nužnost edukacije.	Osiguranje edukacije za stručnjake po iskustvu kao i ostale članove tima

#### 4.2 POTREBE ČLANOVA TIMA ZA IMPLEMENTACIJU MOBILNIH TIMOVA

##### 4.2.1 REZULTATI DOBIVENI U KBC ZAGREB

Analiza potreba članova tima za implementaciju mobilni tim za mentalno zdravlje KBC-a Zagreb, dobivena je iz fokus grupa s budućim članovima tima, te voditeljima organizacijskih jedinica KBC Zagreb. U tablici 3 opisane su potrebe koje su naveli članovi tima. Budući da za vrijeme sastanka u rad još nije bio uključen stručnjak po iskustvu, podatci o potrebama stručnjaka po iskustvu bili su analizirani iz podataka dobivenih iz institucija u Hrvatskoj koje su pokrenule mobilne timove (Tablica 2).

Tablica 3: Potrebe stručnjaka za mentalno zdravlje za uspješno formiranje mobilnog tima KBC Zagreb

	<b>Psihijatri</b>	<b>Medicinske sestre</b>	<b>Socijalni radnici</b>	<b>Psiholozi</b>
<b>Prikladna organizacija rada</b>				
Raspodjela radnog vremena i opseg posla	Smanjiti odgovornost i radno vrijeme u bolnici uz podršku šefa odjela  Dozvoliti rad u mobilnom timu tijekom radnog vremena	Smanjiti odgovornost i radno vrijeme u bolnici uz podršku glavne medicinske sestre  Dozvoliti rad u mobilnom timu tijekom radnog vremena	Uključiti u rad tima  Dozvoliti rad u mobilnom timu tijekom radnog vremena	Uključiti u rad tima  Dozvoliti rad u mobilnom timu tijekom radnog vremena
Svakodnevni sastanci tima	Potrebni radi vođenja tima	Potrebni radi određivanja uloga i razine odgovornosti	Potrebni radi raspodjele posla	Potrebni radi raspodjele posla
Prilagodba zaposlenika odjela koji neće biti dio mobilnog tima	Nužno zaposliti još psihijatara radi održivosti projekta	Nužna zbog prepreka koje će nastati kada se sestrama u mobilnom timu smanji odgovornost i radno vrijeme u bolnici		
<b>Konkretna podrška institucije</b>				
<b>Podrška institucije</b>	Potrebna radi motivacije i privlačenja još osoba u rad mobilnog tima te radi rastrećivanja ostalih članova	Potrebna radi osiguravanja dovoljnog broja med. sestara za rad u mobilnom timu i radi rasterećivanja ostalih članova	Potrebna da bi posjeti u kući bili prepoznati kao nova usluga bolnice	Potrebna radi osiguravanja dovoljnog vremena za rad u mobilnom timu
<b>Financiranje</b>	Financiranje će se provoditi kroz projekt, ali institucionalne i pravne promjene su nužne za održavanje rezultata projekta po završetku projekta			

<b>Administrativna, financijska i pravna podrška</b>				
<b>Podrška za administrativne potrebe</b>	Medicinska dokumentacija za intervenciju trenutno ne postoji te bi ju članovi tima trebali sastaviti prije početka istraživanja			
<b>Pravni zahtjevi</b>	Trenutno su mobilni timovi povezani samo s liječnicima, zbog čega nije jasno definirana odgovornost ostalih članova te nije definirano tko smije otići sam u posjetu kući. Iako trenutno nema utjecaja na projekt, u budućnosti bi moglo imati utjecaja na održivost.			
<b>Pokrivenost zdravstvenim osiguranjem</b>	Nepostojeća usluga na listi HZZO-a zbog čega bolnica ne može naplatiti troškove iz zdravstvenog osiguranja. Trenutno ne utječe na projekt, ali dugoročno djeluje na održivost usluge nakon što završi projekt.			
<b>Edukacija članova tima</b>				
Edukacija članova za rad u mobilnom timu	Samo je jedan član mobilnog tima bio educiran tijekom twinning projekta, stoga bi se trebalo educirati još barem 2 do 3 osobe	Tri med. sestre su djelomično educirane tijekom twinning projekta zbog čega bi trebale posjetiti mobilni tim u Nizozemskoj te bi trebalo educirati još 2 do 3 osobe	Nijedna osoba nije prošla edukaciju tijekom twinning projekta, stoga je edukacija nužna	Nijedna osoba nije prošla edukaciju tijekom twinning projekta, stoga je nužno educirati 1 osobu
Pokrivene teme	Funkcioniranje FACT tima; uloga stručnjaka po iskustvu; pokret oporavka; želje pacijenata kao temelj liječenja; iskustvo iz Nizozemske	Pristup pacijentima, krizne situacije, psihoterapeutski pristup, FACT timovi, motivacijski intervju, iskustva s mentalnim zdravljem u zajednici u Nizozemskoj	Kako ostvariti suradnju s drugim sektorima, kao što je Zavod za zapošljavanje, iskustva iz Nizozemske	Kognitivno bihevioralna terapija u psihozu, iskustva s mentalnim zdravljem u zajednici u

				Nizozemskoj
<b>Poboljšanje interdisciplinarnе suradnje</b>				
	Razvitak i održavanje bolje suradnje s liječnikom obiteljske medicine, liječnikom školske medicine te udrugama pacijenata, organizacija suradnje sa Zavodom za zapošljavanje	Razvitak bolje suradnje s liječnikom obiteljske medicine i udrugama pacijenata	Suradnja s Centrom za socijalnu skrb, razvitak stručne pomoći pri edukaciji i zapošljavanju	Razvitak bolje suradnje s udrugama pacijenata

#### 4.3 ANALIZA POSTOJEĆEG STANJA I POTREBA KORISNIKA USLUGA

Analiza se provela analizom fokus grupa s bolesnicima i članovima njihovih obitelji.

Rezultati su prikazani u tablici 4.

Tablica 1: Rezultati potreba korisnika i njihovih obitelji

	<b>Korisnici</b>	<b>Članovi obitelji</b>
<b>Zadovoljstvo trenutnim načinom liječenja</b>		
Opći dojam	Različita iskustva, variraju od vrlo zadovoljnih do onih koji to nisu, ovisno o okolnostima liječenja te fazama bolesti	Različita iskustva, variraju od vrlo zadovoljnih do onih koji to nisu, ovisno o okolnostima liječenja te fazama bolesti
Prednosti, što je dobro u sustavu	Mogućnost razvitka dobrih odnosa s psihijatrom kao glavnim pružateljem skrbi  Dostupnost psihijatrijske skrbi svima kojima je potrebna preko HZZO-a  Djelatnici ih u pravilu poštuju i daju	Izvanbolničke usluge utemeljene na psihosocijalnim metodama pomažu u liječenju  Djelatnici ih u pravilu poštuju i daju podršku

	podršku	
Nedostatci, što je loše u sustavu	Neodgovarajući standard u smislu unutarnjeg uređenja bolnice, privatnosti te raspodjele akutnih pacijenata temeljene na rizičnom ponašanju	Nepovezanost između pružatelja skrbi zbog čega se nepotrebno ponavljaju iste odluke  Neuključivanje roditelja u proces liječenja od samoga početka  Nedostupnost psihijatra zbog prevelikog broja pacijenata
Početak liječenja	Različita iskustva  Loša iskustva u kriznim situacijama, osjećaj tjeranja na liječenje, usprkos prepoznavanju da je to u tom trenutku bilo nužno, ali neprepoznato zbog simptoma bolesti  Dobro iskustvo za one koji smatraju da su uspostavili dobar kontakt s psihijatrom koji ih je liječio	Različita iskustva  Loša iskustva u kriznim situacijama, osjećaj da je član obitelji bio tjeran na liječenje, osjećaj da su isključeni iz liječenja  Dobro iskustvo za one koji smatraju da su uspostavili dobar kontakt s psihijatrom koji ih je liječio
Iskustva tijekom liječenja	Mlađi korisnici uglavnom ne vole akutno bolničko liječenje zbog osjećaja izoliranosti i nedovoljno pozornosti  Različito iskustvo s različitim vrstama liječenja.  Drugi korisnici zadovoljni bolničkim liječenjem zbog osjećaja sigurnosti zbog zdravstvene njege  Zadovoljstvo izvanbolničkim programima i dnevnom bolnicom temeljenim na psihosocijalnim metodama, no potrebno je	Različito iskustvo s različitim vrstama liječenja.  Nezadovoljstvo akutnim bolničkom liječenjem zbog osjećaja da je pacijent pod utjecajem previše lijekova te da nema ponuđenih opcija za psihosocijalno liječenje  Osjećaj isključenosti iz liječenja, nedovoljna informiranost, pogotovo u početku liječenja  Zadovoljstvo izvanbolničkim programima i dnevnom bolnicom temeljenim na psihosocijalnim metodama, no potrebno je



	više psihijatara, pogotovo za mlade pacijente  Liječenje nije dovoljno individualizirano	više psihijatara, pogotovo za mlade pacijente  Liječenje nije dovoljno individualizirano
Mišljenje što čini dobar sustav	Dobar odnos s psihijatrima kao primarnim nositeljima liječenja, dostupnost liječenja  Odnos s pružateljima skrbi utemeljen na uzajamnom poštovanju	Dobar odnos s psihijatrima kao primarnim nositeljima liječenja, dostupnost psihijatara i medicinskih sestara kao najbližih suradnica psihijatara, vrijeme posvećeno od strane psihijatra
	<b>Korisnici</b>	<b>Članovi obitelji</b>
<b>Mišljenja i stavovi o mobilnim timovima kao novom načinu liječenja</b>		
<b>Kao koncept</b>	Podržavaju ideju	Podržavaju ideju
<b>Posjet u kući</b>	Koristan, najbolje jedan do dva člana tima, u svakodnevnoj odjeći	Koristan, najbolje jedan do dva člana tima, u svakodnevnoj odjeći
<b>Okolnosti i ciljevi posjeta</b>	U kriznoj situaciji ili nakon krizne situacije  Nakon otpusta iz bolnice  Radi pomoći kod ponovnog uključivanja u sustav  Veća dostupnost liječenja kada je to potrebno (dostupnost preko telefona, regularne kontrole koje provodi mobilni tim, ovisno o potrebi)  Povezivanje s drugim sustavima (liječnik obiteljske medicine)  Skraćivanje trajanja hospitalizacije, smanjivanje potrebe za hospitalizacijom, kratke hospitalizacije samo u slučaju kada	U kriznoj situaciji ili nakon krizne situacije  Nakon otpusta iz bolnice  Radi pomoći kod ponovnog uključivanja u sustav  Veća dostupnost svim članovima obitelji  Povezivanje s drugim sustavima (liječnik obiteljske medicine, druge ustanove u kojima je pacijent liječen)

	je pacijent opasan za sebe ili druge, ukoliko nije prisutan neki drugi razlog hospitalizacije	
<b>Vrsta intervencije</b>	<p>Psihosocijalne intervencije</p> <p>Konzultacije vezane za lijekove, pogotovo u početku liječenja i u prisutnosti komorbiditeta</p> <p>Pomoć u svakodnevnom životu (socijalizacija, kuhanje)</p> <p>Individualiziran pristup</p> <p>U krizi - pomoć u dijagnozi i odabiru intervencije, podrška u dobivanju liječenja po potrebi (npr. bolničko liječenje) i izbjegavanje kritičnih situacija (npr. prisilno liječenje uz pomoć policije)</p>	<p>Psihosocijalne intervencije za sve članove obitelji</p> <p>Konzultacije vezane za lijekove</p> <p>Pomoć pri povezivanju sa službama za zapošljavanje</p> <p>U krizi - pomoć u dijagnozi i odabiru intervencije, podrška u dobivanju liječenja po potrebi (npr. bolničko liječenje) i izbjegavanje kritičnih situacija (npr. prisilno liječenje uz pomoć policije)</p>
<b>Sastav tima</b>	Psihijatri, psiholozi, med. sestre, stručnjak po iskustvu	Psihijatri, psiholozi, med. sestre, stručnjak po iskustvu, socijalni radnik ili druga osoba koja je povezana sa službama za zapošljavanje

## 5. RASPRAVA

Analizom rezultata dobivenih kroz istraživanje identificirano je nekoliko ključnih koncepata, iz čega proizlaze preporuke o tome.

Za početak, članovi tima navode da ima općenito premalo članova tima, da se, osim psihijataru, ne osjećaju dovoljno kompetentnima, već trebaju dodatnu edukaciju, da su stručnjaci po iskustvu tek djelomično uključeni u rad tima, te se ne osjećaju se jednako važnima u timu. Stoga planiramo povećati broj članova tima, na više od 5 članova minimalno i osigurati redovite sastanke tima, te primjerenu edukaciju i supeviziju intervencije. Također, nužno je uključiti stručnjake po iskustvu rano u mobilni tim, i više njih u svim fazama intervencije te s timom raditi na procesu destigmatizacije.

Rezultati mišljenja članova timova pokazuju općenito zadovoljstvo trenutnim radom timova, međutim, ističu da se većina posla temelji na osobnom entuzijazmu te da izostaje prava pravna, organizacijska i administrativna potpora radu radi čega je upitna dugoročna održivost takvog načina liječenja. Osim povećanja broja članova tima, potrebno je provesti organizacijske promjene u radu koje podržavaju rad mobilnih timova. To uključuje oslobađanje od obaveza na drugom mjestu, osiguranje adekvatne administracije i uvođenje principa rada u državama koje također provode rad mobilnih timova. Primjer je način rada u Nizozemskoj ili Švedskoj, gdje se na redovitim sastancima raspravlja posao toga dana na elektroničkoj ploči te prema tome vrši raspodjela zadataka, što može pomoći pri smanjenju opsega posla pojedinačnog člana tima, te zajedničkom načinu donošenja odluka i povećati osjećaj odgovornosti i sigurnosti u vlastiti rad svakog pojedinog člana tima (10). Osim toga nužno je senzibilizirati voditelje organizacijskih jedinica na potrebu promjene i na dugoročno povoljnije aspekte pružanja skrbi u odnosu na dosadašnji model, ukoliko se pokaže uspješnim. Integracija rada mobilnog tima u svakodnevni rad može pomoći stvaranju uvjeta za dugoročnu održivost takvog načina liječenja ukoliko se pokaže uspješnim.

Stoga je od početka nužno provoditi diseminaciju rezultata, uključivati sve potrebne aktere procesa u sam proces, te osigurati organizaciju rada koja omogućava nesmetani rad odjela, ali i nesmetani rad članova tima. Prema podacima iz literature, iako su individualni posjeti skuplji, dugoročno je korištenje mobilnog tima jeftinije u zemljama u kojima se uvodi. (2,11,12) . U projektu će se stoga provoditi i socioekonomska analiza.

Od intervencija koje postojeći timovi pružaju, primarno su psihosocijalne intervencije, u bolesnika koji nisu u akutnoj kriznoj situaciji što nije u skladu s izraženim potrebama bolesnika i članova obitelji. Stoga je potrebna veća fleksibilnost tima u pružanju usluga općenito, kao i uključivanje u intervencije izrade plana za krize te osiguranje dostupnosti članova tima u kriznom periodu, preko telefona i osobno, kao i uključivanje obiteljskih intervencija. Nadalje, prema mišljenju korisnika, klasično liječenje u bolnici nosi nedostatke kao što je manjak privatnosti, osjećaj izoliranosti te nedovoljno posvećene pažnje od strane liječnika. To je u skladu s dosadašnjom literaturom na temu deinstitucionalizacije, što je bio prvi korak u pokretanju liječenja u zajednici.(13) Obzirom da način liječenja kroz mobilne timove omogućava veću individualizaciju pristupa pacijentu, veću fleksibilnost oko intenziviranja tretmana sukladno situaciji, veću povezanost s različitim djelovima sustava (npr. s liječnikom obiteljske medicine) kao i orijentiranost na teme bitne bolesniku, sam mobilni tim trebao bi odgovoriti na ta očekivanja, slično kao u istraživanjima u drugim državama.(10) Druga ključna postavka kod bolesnika je osjećaj isključenosti iz procesa liječenja, što dijele i obitelji. Sukladno očekivanjima bolesnika i članova obitelji, mobilni timovi općenito donose osjećaj aktivnog sudjelovanja u liječenju. (14) Princip FACT-a je da se pacijentu i obitelji daje veći uvid i utjecaj na liječenje, čime se povećava kvaliteta života i socijalne interakcije, a smanjuju simptomi. (15)

Nadalje, svi ispitanici (članovi tima, članovi prvih mobilnih timova, korisnici) smatraju da bi trebalo razviti suradnju s liječnicima obiteljske medicine te ih na neki način uključiti u djelovanje mobilnih timova, što je i u skladu s literaturom, iz više razloga. Prvo liječenje, kao i nastavak liječenja po otpustu iz bolnice je moguć najčešće samo uz sudjelovanje obiteljskog liječnika zbog daljnjeg upućivanja na izvanbolničko liječenje (ambulantno, dnevna bolnica). Nadalje, liječnik obiteljske medicine može utjecati na ishode liječenja, kao i na socijalnu rehabilitaciju pacijenta: pacijenti čiji su obiteljski liječnici pridodavali veću pažnju njihovoj radnoj sposobnosti uspjevali su se ranije vratiti na posao. S druge strane, moguć je i negativan utjecaj obiteljskog liječnika, ukoliko stigmatizacijom dovede do udaljavanja pacijenta iz sustava liječenja. (14–16) Iako u nekim zemljama, članovi FACT-a mogu propisati i primijeniti terapiju, u Hrvatskoj je propisivanje farmakoterapije u domeni liječnika obiteljske medicine, te je stoga (2) u Hrvatskoj nužna suradnja s liječnikom obiteljske medicine, budući da je on taj koji propisuje lijekove po preporuci specijalista. Nažalost, prema istraživanjima u Hrvatskoj, liječnici obiteljske medicine uglavnom služe kao “skretničari” pacijenta s težim duševnim oboljenjima psihijatrija, te se ne osjećaju dovoljno sposobnima za preuzimanje sveobuhvatnije zaštite, a od samostalne terapije najčešće propisuju sedative, te puno rjeđe lijekove koji su indicirani u takvim poremećajima.(17) Stoga je suradnja s liječnicima obiteljske medicine nužna, uključujući i edukaciju, i to od samog početka rada tima, kako bi se implementacija izvršila u sveobuhvatnom opsegu.

Iz rezultata vidi se potreba pacijenata za pomoći u svakodnevnom životu te pri zapošljavanju, što bi u mobilnom timu bila zadaća socijalnog radnika koji bi kontaktirao Zavod za zapošljavanje, iako se takav način rada (upućivanje korisnika na službu) više smatra case managementom nego asertivnim liječenjem u zajednici, no u Hrvatskoj trenutno ne postoje osobe kao što su “job coach” ili “occupational therapist” koje bi na takav način mogle direktno pomoći korisniku u socijalnom angažmanu. (16). S druge strane, prema podacima iz literature, uključivanje bolesnika na radnom mjestu i pomoć pri zapošljavanju i adaptaciji na radnom mjestu značajno povećavaju stope oporavka bolesnika. (17)

Posebnu pažnju treba posvetiti uključivanju stručnjaka po iskustvu u rad tima, kao relativno novom načinu pristupa budući da bolesnicima i njihovim obiteljima daju nadu u izlječenje, pružaju im sliku oporavka, olakšavaju resocijalizaciju te smanjuju stigmatu. (18,19) Osim pomoći korisnicima, rad stručnjaka po iskustvu pomaže i njima samima povećavajući osjećaj samokontrole kao i osjećaj preuzimanja kontrole te stvaranja profesionalnog identiteta, a od pomoći su i stručnjacima budući da mogu ukazati na nedostatke liječenja jer su ga i sami prošli. (20) Što se tiče edukacije stručnjaka po iskustvu, trenutno nema dovoljno dokaza da su postojeći načini edukacije učinkoviti. (21).

Bolesnici i članovi obitelji su izrazili mišljenje kako bi mobilni timovi bili posebice korisni u kriznim situacijama, a istraživanja pokazuju da su mobilni timovi u mogućnosti smanjiti broj hospitalizacija, budući da je šansa da budu akutno hospitalizirani nakon pregleda u hitnom prijemu oko tri puta veća nego nakon intervencije mobilnog tima, smanjen je broj volontarnih primanja te kontaktiranja hitne pomoći. (22,23) Obitelji korisnika timova izrazili su općenito nezadovoljstvo klasičnim metodama liječenja zbog osjećaja isključenosti, što je moguće zaobići korištenjem usluga mobilnog tima u kriznim situacijama. Prema britanskim smjernicama, pregled u kući je poželjno obaviti unutar četiri sata od poziva mobilnom timu, a tim bi trebao biti dostupan 24 sata dnevno. (24) Prema trenutnom planu funkcioniranja tima, takav način rada za sada nije moguć budući da je planirano da se intervencije obavljaju tijekom radnog vremena. Osim toga, sastanci s članovima tima pokazali su da trenutno nedostaje stručnjaka te će se prelaskom na rad u mobilnim timovima povećati opterećenje radnika koji ostaju na odjelu, zbog čega cjelodnevna dostupnost tima trenutno nije moguća.

Drugi trenutak liječenja u kojem korisnici smatraju da bi imali koristi od posjete mobilnog tima jest otpust iz bolnice. Posjeta tima po otpustu iz bolnice može pozitivno utjecati na ishod liječenja budući da se posthospitalno razdoblje smatra rizičnim za suicidalno ponašanje. (25) Ukoliko postoji posjet mobilnog tima, time se skraćuje trajanje vremena proteklog između pojave epizode bolesti i početka terapije, što je direktno povezano sa skraćivanjem vremena potrebnog za postizanje remisije, većim postotkom remisije, manjim brojem relapsa te ublaženjem simptoma. (26)

Nadalje, svi ispitanici (članovi tima, članovi prvih mobilnih timova, korisnici) smatraju da bi trebalo razviti suradnju s liječnicima obiteljske medicine te ih na neki način uključiti u djelovanje mobilnih timova, što je i u skladu s literaturom, iz više razloga. Prvo liječenje, kao i nastavak liječenja po otpustu iz bolnice je moguć najčešće samo uz sudjelovanje obiteljskog liječnika zbog daljnjeg upućivanja na izvanbolničko liječenje (ambulantno, dnevna bolnica). Nadalje, liječnik obiteljske medicine može utjecati na ishode liječenja, kao i na socijalnu rehabilitaciju pacijenta: pacijenti čiji su obiteljski liječnici pridodavali veću pažnju njihovoj radnoj sposobnosti uspjeli su se ranije vratiti na posao. S druge strane, moguć je i negativan utjecaj obiteljskog liječnika, ukoliko stigmatizacijom dovede do udaljavanja pacijenta iz sustava liječenja. (27–29) Iako u nekim zemljama, članovi FACT-a mogu propisati i primijeniti terapiju, u Hrvatskoj je propisivanje farmakoterapije u domeni liječnika obiteljske medicine, te je stoga (2) u Hrvatskoj nužna suradnja s liječnikom obiteljske medicine, budući da je on taj koji propisuje lijekove po preporuci specijalista. Nažalost, prema istraživanjima u Hrvatskoj, liječnici obiteljske medicine uglavnom služe kao “skretničari” pacijenta s težim duševnim oboljenjima psihijatrija, te se ne osjećaju dovoljno sposobnima za preuzimanje sveobuhvatnije zaštite (30), a od samostalne terapije najčešće propisuju sedative, te puno rjeđe lijekove koji su indicirani u takvim poremećajima. (31) Stoga je suradnja s liječnicima obiteljske medicine nužna, uključujući i edukaciju, i to od samog početka rada tima, kako bi se implementacija izvršila u sveobuhvatnom opsegu.

## 5.1 OGRANIČENJA

U istraživanju je bilo nekoliko ograničenja. Iako je provedeno ispitivanje članova više mobilnih timova u Hrvatskoj moguće je da rezultati nisu reprezentativni za cijelu Hrvatsku, odnosno da je njihovo iskustvo prilagođeno jednoj regiji ili lokalnoj situaciji. Međutim, uključili smo sve timove za koje smo znali da su uspostavljeni u Republici Hrvatskoj, prema ugovoru s Ministarstvom zdravstva, odnosno uključili smo sve timove koji su se prema našem saznanju u Hrvatskoj oformili. Drugo, kako su se fokus grupe provodile na engleskom jeziku, moguće je da je različita razina razumijevanja i govorenja engleskog jezika među sudionicima grupa utjecala na način izražavanja i razumijevanja diskusije u grupi.

Ispitanici koji su bolesnici i članovi njihovih obitelji su liječeni na Klinici za psihijatriju KBC Zagreb, te je moguće da nisu reprezentativni uzorak za cijelu populaciju bolesnika. Međutim, obzirom da se implementacija programa provodi na KBC Zagreb, bilo nam je važno upravo te bolesnike i članove obitelji ispitati o njihovim iskustvima.

## 6. ZAKLJUČAK

Mobilni timovi kao dio fleksibilnog asertivnog liječenja u zajednici predstavljaju novitet u liječenju. Cilj ovog projekta je implementirati mobilne timove u liječenje osoba s težim duševnim smetnjanja i usporediti ga s dosadašnjim liječenjem. Cilj ovog rada je utvrditi i analizirati postojeće stanje i potrebe članova tima i korisnika, kako bi se ta iskustva implementirala u mobilne timove.

Prema našim rezultatima, pružatelji usluga i korisnicu općenito su zadovoljni takvim načinom liječenja osoba s teškim duševnim smetnjama. Korisnici su općenito otvoreni ideji i smatraju da im ovaj oblik liječenja može pomoći pri postizanju remisije te da je domaće okruženje u kojem se vrši intervencija ugodnije i privatnije od bolničkog. Izrazito su zadovoljni pristupom koji uzima u obzir njihovo mišljenje te ih time čini aktivnim sudionicima svoga liječenja. Ključni su problemi premali broj članova tima, nedostatna organizacijska i administrativna potpora, nedostatna i nepotpuna uključenost stručnjaka po iskustvu, te manjak intersektoralne suradnje, primjerice s liječnicima obiteljske medicine.

Stoga će se tim sastojati od većeg broja ljudi uz uključivanje stručnjaka po iskustvu, te stvoriti uvjete za konkretnu organizacijsku i administrativnu podršku te će od početka osigurati veću suradnju s liječnikom obiteljske medicine i drugim sektorima sukladno potrebama bolesnika.

## 7. POPIS LITERATURE

1. WHO. Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives. 2017;1–12.
2. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. *Dis Manag Heal Outcomes*. 2006;9(3):141–59.
3. Zavod H, Javno ZA, Zdravlja M, Hrvatske R. Mentalni poremećaji u republici hrvatskoj. 2011;
4. Forward TW, Action F. Interdepartmental Serious Mental Illness Coordinating Committee Works for All People Living With SMI and SED and Their epartmental us Mental Illness inating Committee Coordinating Committee. 2017;
5. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, Helpman L, Mootz JJ, Johnson KA, et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(5).
6. Štrkalj Ivezić S, Jukić V, Štimac Grbić D, Čelić I, Brečić P, Silobrčić Radić M, et al. Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. *Acta Med Croat*. 2018;72:179–88.
7. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Stewart B, Yesufu-Udechuku A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2019;1–9.
8. Neijmeijer LJ, Korzilius HPLM, Kroon H, Nijman HLI, Didden R. Flexible assertive community treatment for individuals with a mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: results of a longitudinal study in the Netherlands. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2019;jir.12619. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jir.12619>
9. Willig C. *Introducing Qualitative Research in Psychology Third Edition*. *Handb Qual Res* [Internet]. 2013;71–82. Available from: <http://cms.educ.ttu.edu/uploadedFiles/personnel-folder/lee-duemer/epsy-5382/documents/Grounded theory methodology.pdf>
10. Kamperman A, van Weeghel J, Mulder CL, Kortrijk H, Schaefer B. Trajectories of patients with severe mental illness in two-year contact with Flexible Assertive Community Treatment teams using Routine Outcome Monitoring data: An observational study. *PLoS One*. 2019;14(1):e0207680.



11. Study AF, Rothbard AB, Sc D, Kuno E, Ph D, Schinnar AP, et al. Service Utilization and Cost of Community Care. 1999;(June).
12. Van Veldhuizen JR. FACT: A Dutch version of ACT. *Community Ment Health J*. 2007;43(4):421–33.
13. McInerney SJ, Finnerty S, Walsh E, Spelman L, Edgar NE, Hallahan B, et al. Quality of life and social functioning of former long-stay psychiatric patients transferred into the community: a 10 year follow up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018;53(8):795–801. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1520-3>
14. Odorjan M, Balabanić I, Štefan T. Proces deinstitucionalizacije klinika za psihijatriju u Hrvatskoj. *Obnov život*. 2018;73(1):25–37.
15. Svensson B, Hansson L, Lexén A. Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2018;72(3):226–31. Available from: <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1430168>
16. Höhl W, Moll S, Pfeiffer A. Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(4):300–5.
17. Lexén A, Hofgren C, Stenmark R, Bejerholm U. Cognitive functioning and employment among people with schizophrenia in vocational rehabilitation. *Work*. 2016;54(3):735–44.
18. Mayer C, McKenzie K. ‘...It Shows That There’S No Limits’: the Psychological Impact of Co-Production for Experts By Experience Working in Youth Mental Health. *Heal Soc Care Community*. 2017;25(3):1181–9.
19. Dark F, Patton M, Newton R. A substantial peer workforce in a psychiatric service will improve patient outcomes: the case for. *Australas Psychiatry*. 2017;25(5):441–4.
20. Oborn E, Barrett M, Gibson S, Gillard S. Knowledge and expertise in care practices: the role of the peer worker in mental health teams. *Sociol Health Illn* [Internet]. 2019;xx(xx):1467–9566.12944. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-9566.12944>
21. Turner KA, Rice DB, Carboni-Jiménez A, Boruff J, Thombs BD. Effects of training and support programs for leaders of illness-based support groups: commentary and updated evidence. *Syst Rev*. 2019;8(1):1–4.

22. Hugo M, Smout M, Bannister J. A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(4):504–8.
23. Aagaard J, Tuszewski B, Kølbæk P. Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions? *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2017;31(6):641–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2017.07.008>
24. Daggenvoorde TH, Gijsman HJ, Goossens PJJ. Emergency care in case of acute psychotic and/or manic symptoms: Lived experiences of patients and their families with the first interventions of a mobile crisis team. A phenomenological study. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;54(4):462–8.
25. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(7):694.
26. Krstev H, Carbone S, Harrigan SM, Curry C, Elkins K, McGorry PD. Early intervention in first-episode psychosis - The impact of a community development campaign. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(9):711–9.
27. Franx G, Dixon L, Wensing M, Pincus H. Implementation strategies for collaborative primary care-mental health models. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(5):502–10.
28. De Kock C, Noben C, Lagro-Janssen A, Lucassen P, Knottnerus A, De Rijk A, et al. Affecting patients with work-related problems by educational training of their GPs: A cost-effectiveness study. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):1–10.
29. Castillejos Anguiano MC, Bordallo Aragón A, Aguilera Fernández D, Moreno Küstner B. Perceptions about mental illness among general practitioners. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2019;13(1):27. Available from: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-019-0284-9>
30. R. G, V. J, N. M, V. A, M. B, T. C, et al. Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2005;186:529–35. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000166528/type/journal\\_article%0Ahttp://www.nelft.nhs.uk/library](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000166528/type/journal_article%0Ahttp://www.nelft.nhs.uk/library)
31. Kuzman MR, Bolanca M, Palavra IR. General practice meeting the needs for psychiatric care in Croatia. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2010;22(1):57–63.

## 8. SAŽETAK

### Trebamo mobilne timove stručnjaka u zajednici za liječenje osoba s teškim duševnim bolestima ?

#### Ispitivanje stavova stručnjaka za mentalno zdravlje i bolesnika

Petra Bistrović

Rad je izrađen kao dio projekta RECOVER-E, koji se provodi na Klinici za psihijatriju KBC Zagreb, s ciljem implementacije multidisciplinarnih mobilnih timova u zajednici za liječenje pacijenata oboljelih od teških duševnih bolesti.

Cilj rada je analizirati postojeće stanje i potrebe članova tima i bolesnika radi identifikacije pretpostavki za uspješnu implementaciju mobilnih timova u lokalnim uvjetima. Proveli smo istraživanje stavova stručnjaka za mentalno zdravlje koji su članovi mobilnih timova iz tri bolnice u Hrvatskoj koje imaju takve timove od 2017. godine, te zaposlenika KBC Zagreb koji će biti članovi tima, te bolesnika i članova obitelji. Ispitivanje se provodilo kroz fokus grupe, u trajanju od 90 minuta čiji je sadržaj analiziran metodama kvalitativne statistike.

Rezultati pokazuju da su pružatelji usluga i korisnici zadovoljni takvim načinom liječenja. Ključni su problemi premali broj članova tima, nedostatna organizacijska i administrativna potpora, nedostatna i nepotpuna uključenost stručnjaka po iskustvu te manjak intersektoralne suradnje, primjerice s liječnicima obiteljske medicine.

Stoga će se tim sastojati od psihijatra, psihologa, medicinskih sestara i socijalnih radnika, ali većeg broja ljudi uz uključivanje stručnjaka po iskustvu, te stvoriti uvjete za konkretnu organizacijsku i administrativnu, te će od početka osigurati veću suradnju s liječnikom obiteljske medicine i drugim sektorima sukladno potrebama bolesnika.

**Ključne riječi:** teška duševna bolest; mobilni tim; fleksibilno asertivno liječenje u zajednici

## 9. SUMMARY

Are community mobile teams necessary for treating patients with severe mental illness? Experts and patients' opinion

Petra Bistrović

This research has been done as a part of project RECOVER-E, held at the Psychiatry clinic at Zagreb University Hospital Centre, with the goal of implementing multidisciplinary community mobile teams for treatment of patients with severe mental illness.

Research aim is to analyze current state and needs of team members and patients in order to identify assumptions for successful implementation of mobile teams locally. We explored the opinions of mental health experts who are members of mobile teams in three Croatian hospitals which have operated since 2017, future team members of Zagreb University Hospital Centre and patients and their family members. Research results were obtained through 90 minute focus groups and analyzed using qualitative statistics methods.

Results show that team members and patients are pleased with this type of treatment. Key problems include not enough team members, lacking organizational and administrative support, insufficient inclusion of peer workers and lack of intersectoral cooperation (for example, general practitioners).

Therefore, a psychiatrist, psychologist, nurse, social workers and more peer workers will make the team. Better conditions will be made for more specific organizational and administrative support. Cooperation with general practitioners and other sectors will be secured from the beginning, according to patients' needs.

**Key words:** severe mental illness; mobile team, flexible assertive community treatment