

VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

**MINISTARSTVO OBITELJI, BRANITELJA I MEĐUGENERACIJSKE
SOLIDARNOSTI**

**NACIONALNI PROGRAM PSIHOSOCIJALNE I
ZDRAVSTVENE POMOCI SUDIONICIMA I
STRADALNICIMA
IZ
DOMOVINSKOG RATA**

Zagreb, siječanj 2005. godine

SADRŽAJ

	str.
UVOD	3
DOSADAŠNJA ISKUSTVA U PROVEDBI NACIONALNOG PROGRAMA	6
CILJEVI PROGRAMA	10
KORISNICI PROGRAMA	11
NACELA PROVEDBE PROGRAMA	12
OPCI USTROJ SUSTAVA PSIHOSOCIJALNE I ZDRAVSTVENE POMOCI	14
SUSTAV CENTARA ZA PSIHOSOCIJALNU POMOC	15
SUSTAV ZDRAVSTVENE POMOCI	17
STRUCNO VIJECE I KOORDINATOR NACIONALNOG PROGRAMA	19
ZAVRŠNE NAPOMENE	23

U V O D

Sustav psihosocijalne i zdravstvene skrbi za sudionike i stradalnike Domovinskog rata u Hrvatskoj nastao je i razvijao se uslijed izraženih potreba velikog dijela hrvatske populacije, sukladno razmjerima, intenzitetu i okrutnostima nametnutog rata. Tijekom rata i prvih godina poraca institucionalna pomoc organizirana je u okviru ministarstava obrane i zdravstva, a svoj obol pružile su i razlicite domace i strane nevladine humanitarne udruge kao i udruge branitelja i stradalnika koje su nastajale u tom periodu. Odlukom Vlade RH 1997. godine osnovano je Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata cime su stvorene organizacijske pretpostavke razvoja integralnog sustava skrbi za razlicite kategorije ratnih stradalnika.

Osnivanje posebnog Ministarstva za hrvatske branitelje može se tumaciti i kao rezultat uvidanja dugorocnih posljedica koje je rat ostavio ne samo na izravne sudionike vec i u širokim slojevima civilnog pucanstva. Prema još uvijek nepotpunoj evidenciji agresija na Hrvatsku uzrokovala je, uz brojna materijalna razaranja, i brojne teško mjerljive i duboko zapisane tragove u psihickom životu preživjelih branitelja, stradalnika rata i njihovih obitelji. Podaci o izravnim ljudskim stradanjima u Domovinskom ratu su slijedeci:

- 1) 6695 poginulih hrvatskih branitelja
- 2) 5139 poginulih civila
- 3) 1176 nestalih hrvatskih branitelja
- 4) 7 666 zatocenih hrvatskih branitelja
- 5) 34 610 hrvatskih ratnih vojnih invalida
- 6) teška stradanja najmladih-djece (od tog 306 poginule djece, 1267 ranjene djece, 5053 bez jednog roditelja, 111 bez oba roditelja, 48 bez roditeljske skrbi, a 365 djece se smatra nestalima)
- 7) više stotina tisuca prognanika-povratnika .

Iz svih gore navedenih podataka te na temelju ukupnog broja sudionika Domovinskog rata može se ocijeniti da je oko 25% svih stanovnika Hrvatske tijekom rata bilo izloženo izravnom ratnom stresu, a ako se tome pridoda i broj sekundarno traumatiziranih osoba (koji se samo može procjenjivati) razvidno je kolike su potrebe za osnovnom emocionalnom podrškom, socijalnom, psihološkom i zdravstvenom pomoći ratom traumatiziranim osobama.

Glede zdravstvenih problema braniteljske populacije u užem smislu vrijedi naznačiti da prema podacima Registra osoba s invaliditetom od 34.610 ratnih vojnih invalida (Tablica 1.) njih 17.690 ima zaveden uzrok svojeg invaliditeta, a najčešće dijagnoze branitelja s invaliditetom su posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), veće ozljede mišića sa smetnjama njihove funkcije i klinički utvrđeni neurotski poremećaji težeg stupnja.

Tablica 1. Ukupan broj HRVI po grupama tjelesnog oštećenja

Grupa	Postotak	Broj HRVI
1	100% I	475
2	100% II	366
3	90%	390
4	80%	785
5	70%	1399
6	60%	2115
7	50%	3599
8	40%	7109
9	30%	8539
10	20%	9833
UKUPNO		34610

Takoder, kao vodeći uzroci radne nesposobnosti u populaciji hrvatskih branitelja u protekle četiri godine ističu se PTSP, ostali duševni poremećaji i poremećaji ponašanja, bolesti mišićno-koštanog sustava te ozljede i ostale posljedice vanjskih uzroka.

S obzirom da je prema ovim pokazateljima post-traumatski stresni poremećaj jedan od vodećih uzroka invalidnosti i invaliditeta u hrvatskih branitelja, vrijedno je spomenuti dostupne podatke o njegovoj zastupljenosti u ovoj populaciji. U istraživanju provedenom u razdoblju od 1995. do 1998. godine, na uzorku od 3.217 hrvatskih branitelja, utvrđeno je da je raspon učestalosti PTSP-a u hrvatskih branitelja između 18 i 40%, pri čemu se kao najveći čimbenik rizika izdvaja odnos šire društvene zajednice spram branitelja. Ovaj podatak važan je stoga jer je fenomen PTSP-a u populaciji hrvatskih branitelja široj hrvatskoj javnosti godinama predstavljan kao pitanje *lažnih invalida* koje se pokušavalo riješiti raznim birokratskim, neeticnim i neznanstvenim metodama (npr. revizija statusa putem prevodenja, upitnik MMPI-2, itd.). Ovakav pristup kod mnogih hrvatskih branitelja oboljelih od PTSP-a rezultirao je osjećajem *sekundarne viktimizacije*, odnosno negacije njihove traume i patnje, što je za posljedicu imalo prijelaz njihovog PTSP-a u kroničnu formu.

Što se tiče učestalosti oboljenja u populaciji hrvatskih branitelja koja ne spadaju u grupu duševnih poremećaja, za sada još ne postoje konkretni epidemiološki pokazatelji. Međutim, prema nalazima postojećih kliničkih studija provedenih na ovu temu, ratni stresovi izrazito negativno utječu na imunološki status hrvatskih branitelja, izazivaju određene patološke promjene u EEG i EKG nalazima, negativno utječu na cerebralnu hemodinamiku, predstavljaju čimbenik rizika za razvoj cerebrovaskularnih bolesti, moždanog infarkta, hiperlipidemije, hipertenzije, ateroskleroze te ostalih krvožilnih oboljenja. Važno je napomenuti kako, prema rezultatima ovih istraživanja, unutar populacije hrvatskih branitelja jednu od najugroženijih grupa čine bivši ratni zatocnici.

Cjeloviti podaci o *intenzitetu korištenja* usluga zdravstvenog sustava u vidu broja akutno hospitaliziranih i ambulantno liječenih branitelja, branitelja u dnevnoj bolnici te ukupnom broju hospitaliziranih branitelja prema dijagnozi i prosječnom trajanju liječenja za sada nisu dostupni s obzirom da se kategorija branitelja na bolničkim odjelima i polikliničko-konzilijarnim ambulantama u pravilu nije registrirala odvojeno od ostale populacije.

Na koncu, treba spomenuti društveno posebno osjetljivu temu *samoubojstava* među hrvatskim braniteljima. Tijekom razdoblja od 1991. do danas samoubojstvo je počinilo ukupno 1368 hrvatskih branitelja. Prema za sada raspoloživim podacima iz Zavoda za javno zdravstvo koji se odnose na razdoblje od 1997. do 2000. godine stopa samoubojstava među hrvatskim ratnim vojnim invalidima (HRVI) bila je u prosjeku dvostruko veća od stope

zabilježene u opcoj populaciji. Ovaj je problem bio osobito izražen u starijim dobnim skupinama (55 do 59 godina), gdje je kod HRVI zabilježena čak do pet puta veća stopa samoubojstava nego u odgo varajućem dijelu opce populacije.

Studije provedene na populacijama veterana iz drugih ratova novije dobi idu u korak s još uvijek nepotpunim pokazateljima zdravstvenog stanja u populaciji hrvatskih branitelja. U konacnici, treba reci kako ratni veterani svugdje u svijetu predstavljaju rizicnu skupinu koja češće obolijeva od kardiovaskularnih, cerebrovaskularnih, gastrointestinalnih, duševnih i plucnih bolesti, ima povišenu tendenciju spram metaboličkih i endokrinoloških poremećaja te općenito ima nižu kvalitetu življenja. S ovim značajkama te uz činjenicu da je i opća stopa smrtnosti u ovoj populaciji u pravilu iznad prosjeka, oni predstavljaju društvenu skupinu koja zaslužuje prioritetan status u strategijama javnog zdravstva svojih zemalja.

DOSADAŠNJA ISKUSTVA U PROVEDBI NACIONALNOG PROGRAMA

Prvi Program psihosocijalne pomoći Vlada Republike Hrvatske prihvatila je 1995. godine i on je u izvornom obliku primjenjivan do 1999. godine, kada je Vlada RH usvojila važeći "Program psihosocijalne pomoći stradalnicima iz Domovinskog rata".

Program je osmišljen tako da se provodi na cijelom području Republike Hrvatske, na lokalnoj (županijskoj), regionalnoj i nacionalnoj razini, a za nositelja programa određeno je Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata, danas Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.

Na lokalnoj, županijskoj razini utemeljeni su Centri za psihosocijalnu pomoć, a prema intenciji osnivača cilj je bio "*...organizirati psihosocijalnu pomoć kao dio integrativne skrbi za sudionike i stradalnike rata na području cijele Hrvatske kao i svim stanovnicima kojima je ona potrebna u obliku i intenzitetu primjerenom potrebama...*" (Vlada RH, 1995.) Od 1995. godine do danas ustrojen je i djeluje ukupno 21 Centar za psihosocijalnu pomoć (PSP): u svakoj županiji po jedan, uz iznimku Brodsko-Posavske županije na cijem području

su aktivna dva centra (u Slavonskom Brodu i u Novoj Gradiškoj). Predviđeno je da se sustav Centara za psihosocijalnu pomoć primarno bavi pomaganjem u domeni “nepatoloških” psihosocijalnih potreba (pravna, socijalna, psihološka pomoć, informiranje, školovanje, zapošljavanje) čije zadovoljavanje bi omogućavalo optimalnu psihosocijalnu integraciju. Danas je u PSP centrima u statusu honorarnih suradnika uposleno ukupno **267 djelatnika** različitih stručnih profila – psihologa, socijalnih radnika, liječnika opće prakse, psihijataru, defektologa, pedagoga, pravnika, medicinskih sestara i administrativnog osoblja koji usluge stradalnicima pružaju stacionarno (svakodnevno organizirana dežurstva u prostorijama centara) i mobilno (timske posjete domu i obitelji stradalnika).

Na temelju do sada provedenih statističkih raščlambi moguće je dobiti uvid u opseg djelatnosti PSP centara. Tako je do kraja 2002. godine u županijskim PSP centrima organiziranu psihosocijalnu pomoć dobilo 122.464 osoba/korisnika kroz 365.593 različitih psihosocijalnih intervencija. U prvih deset mjeseci 2004. godine pomoć u PSP centrima dobilo je ukupno 26.701 korisnika (od toga 22.035 stacionarno i 4.666 mobilno) kroz 41.093 različitih intervencija. Ovi kao i podaci dobiveni metodom anketiranja korisnika nedvojbeno ukazuju na **vrijednost dosadašnjeg rada PSP centara** i potrebu za nastavkom njihovog djelovanja.

S druge strane, u radu PSP centara, od njihovog osnivanja do danas, zamjetni su neki trajni nedostaci i slabosti koji u značajnoj mjeri ograničavaju njihovu djelatnost i čine je nedovoljno učinkovitom. Tako niti deset godina nakon osnivanja centri za PSP nemaju definiran formalno-pravni status. Bez stručnog vođenja i nadzora, bez propisanih smjernica i programa rada, bez stalno zaposlenih i bez ikakvih formalnih obilježja (jedinствен naziv, znak, pečat, memorandum i sl.) PSP centri de facto su prepušteni sami sebi. Takav status ne može ostati bez posljedica po njihov ugled u lokalnoj sredini što opet, izravno ili neizravno, šteti ili otežava njihov rad. K tome, županijski centri za PSP smješteni su u prostorima u vlasništvu gradova, županija ili objektima pojedinih ministarstava, njihov je radni prostor u pravilu nedostatan, skućen i zapušten, a uredski namještaj star, istrošen i posve neprikladan za obavljanje predviđenih djelatnosti. Sredstva za rad vrlo su skromna i nedostatna, što sveukupno djeluje odbojno na sadašnje i potencijalne korisnike. Pridodaju li se tome nepostojanje stručnih programa i jedinstvene programske strategije rada, kadrovska neujednačenost, nekoordiniranost rada, izostanak kvalitetne komunikacije s matičnim ministarstvom i drugim ustanovama i subjektima u području psihosocijalne skrbi, napose

ndefinirana suradnja s braniteljskim i stradalničkim udrugama, može se s punim pravom zaključiti da PSP centri, inače zamišljeni kao najšira osnovica sustavne provedbe Nacionalnog programa, danas još uvijek funkcioniraju poglavito zahvaljujući voluntarizmu, improvizaciji i nesebičnom zalaganju pojedinih djelatnika. Nedvojbeno je da nijedan sustav ne može kvalitetno i učinkovito, a još manje dugoročno djelovati po takvim nacelima.

Na regionalnoj razini djeluju regionalni Centri za psihotraumu. Regionalni centri utemeljeni su 1999. godine u Zagrebu, Rijeci, Osijeku i Splitu i primarno se bave psihopatološkim posljedicama rata i ratne psihotraume, kao i svim fenomenima koji se manifestiraju u vezi s takvim posljedicama te spadaju u djelokrug zdravstva. Od osnutka do danas Regionalni Centri za psihotraumu smješteni su pri kliničkim bolničkim centrima, ali nisu ustrojeni kao posebni odjeli unutar psihijatrijskih klinika u okviru kojih djeluju. Drugim riječima, Regionalni centri nisu ni funkcionalno niti prostorno zaživjeli kao posebni bolnički odjeli. Također, u Regionalnim centrima većinom rade djelatnici matičnih klinika, odnosno u njima još uvijek nije uspostavljen autonoman stručni kadar. Ove nejasnoće i manjkavosti u aktualnom statusu Regionalnih centara za psihotraumu nužno se negativno odražavaju na kvalitetu njihovog rada.

Na nacionalnoj razini djeluju: Nacionalni centar za psihotraumu, pri kliničkoj bolnici Dubrava u Zagrebu i **Centar za krizna stanja** pri kliničkom bolničkom centru Zagreb. Također, do konca 2003. godine pri Ministarstvu hrvatskih branitelja djelovao je **Stručni savjet Nacionalnog programa** kao savjetodavno tijelo, zaduženo za procjene i razvoj cjelokupnog sustava psihosocijalne zdravstvene skrbi.

Nacionalni centar za psihotraumu utemeljen je 1999. godine s nakanom da se razvije u visoko specijaliziranu ustanovu za liječenje ratom psihotraumatiziranih osoba. K tome, u pretpostavljenoj piramidalnoj strukturi sustava integralne skrbi predviđeno je da se Nacionalni psihotrauma centar nalazi na njenom vrhu kao „središnje znanstveno-stručno tijelo za ovo područje“ (Hrvatski psihosocijalni program, 2001., str. 23), te da osmišljava sve stručne programe, koordinira i prati njihovu primjenu na nižim razinama. U stvarnosti ovaj sustav uopće nije zaživio. Osim svih statusnih slabosti koje opterećuju rad regionalnih centara, dodatnu pomutnju izaziva činjenica da je Nacionalni centar smješten u okviru psihijatrijskog odjela kliničke bolnice Dubrava, gdje su istodobno locirani i regionalni psihotrauma centar Zagreb te Referalni centar za poremećaje uzrokovane stresom Ministarstva zdravstva.

Nacionalni psihotrauma centar niti pet godina nakon osnivanja nije preuzeo uloge stručne koordinacije i funkcionalnog uvezivanja sustava psihosocijalne i zdravstvene skrbi. Regionalni psihotrauma centri, a osobito županijski Centri za psihosocijalnu pomoć djeluju autonomno a njihova komunikacija s Nacionalnim centrom prepuštena je gotovo isključivo osobnoj inicijativi pojedinaca, ili tek povremenim susretima na seminarima i simpozijima.

Centar za krizna stanja osnovan je 1999. godine pri Klinici za psihijatriju KBC Zagreb s zadacama pružanja pomoći svim osobama u stanju akutne psihicke krize. Nacionalnim programom predviđeno je da Centar za krizna stanja pruža pomoć i braniteljima i stradalnicima Domovinskog rata, te je, sukladno tome, sufinanciran od strane Ministarstva obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. U praksi djelatnost Centra ograničena je isključivo na pružanje stacionarnih (ambulantnih) usluga i pomoći putem telefona, bez izravnih mobilnih intervencija na mjestu kriznog događanja, što predstavlja nedostatak osobito u radu s braniteljskom populacijom, npr. u slučajevima izrazitih suicidalnih sklonosti.. K tome, niti pet godina nakon osnivanja i unatoc dostavljenim sredstvima od strane MOBMS, Centar za krizna stanja nije kadrovski popunjen.

Stručni savjet Nacionalnog programa utemeljen je kao savjetodavno tijelo koje su sačinjavali predstavnici pojedinih sveučilišnih i zdravstvenih ustanova, te predstavnici strukovnih i udruga proisteklih iz Domovinskog rata. Savjet se sastajao samo povremeno i osim savjetodavnih nije imao druge ovlasti.

Odlukom Vlade RH iz 1999. godine kojom je usvojen Nacionalni program predviđeno je i ustrojavanje **Koordinacionog tijela državne uprave** koje su trebali činiti imenovani predstavnici pojedinih ministarstava i državnih ustanova. Koordinaciono tijelo trebalo je uskladivati djelatnosti pojedinih ministarstava i drugih tijela državne uprave u provedbi Nacionalnog programa psihosocijalne pomoći, međutim **to tijelo nikada nije osnovano**.

CILJEVI PROGRAMA

Osnovni **dugoročni cilj** Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoci jest *podizanje opće kvalitete življenja* i podupiranje potpune psihosocijalne reintegracije za sve sudionike i stradalnike rata na području cijele Hrvatske kao i članove njihovih obitelji. Kako rat izaziva poremećaje koji remete funkcioniranje društva u cjelini, kroz iznudene, neizabrane promjene u socijalnom okruženju, promjene ili zastoje u profesionalnim aktivnostima, traume, stradanja, prisilne (privremene ili trajne) promjene stalnog boravišta, materijalne gubitke ili gubitak bližnjih, kidanje socijalnih veza koje su postojale prije rata itd. to će životni put za mnoge osobe biti promijenjen u odnosu na planirani tijek koji je postojao u mirnodopskim uvjetima. U takvim promijenjenim životnim okolnostima, određene socijalne skupine imaju bitno umanjene šanse za samostalnu prilagodbu i za njih je nužno osigurati različite oblike potpore od strane društvene zajednice.

Aktivnosti Nacionalnog programa za psihosocijalnu pomoć braniteljima i stradalnicima Domovinskog rata do sada su najvećim dijelom provedene na temelju pretpostavki i neposrednih opažanja o specifičnim potrebama ovog dijela hrvatske populacije, te prema opće poznatim načelima i iskustvima drugih zemalja i stručnjaka koji su u različitim vremenima i u različitim dijelovima svijeta pružali psihološku, zdravstvenu i socijalnu pomoć. Unatoč širokim razmjerima ratnog stradanja u Republici Hrvatskoj, visokom broju vojnih i civilnih žrtava te ratnih invalida, do danas još nisu provedene stručne i znanstvene studije koje bi dale odgovore na pitanja o vrsti i izraženosti psihosocijalnih potreba kao i *ucestalosti pojedinih bolesti* u populaciji hrvatskih branitelja, stradalnika rata i članova njihovih obitelji. Ukoliko se želi omogućiti cjelovito i kvalitetno pružanje psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata, nužno je dobiti temeljne empirijske spoznaje o vrsti, razmjerima i posebnostima problema s kojima se suočava ovaj dio hrvatskog društva. Sukladno tome, jedan od važnih ciljeva Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoci na strateškoj razini jest poticanje stručnih i znanstvenih istraživanja i *prikupljanje empirijskih spoznaja* o svim relevantnim pitanjima i problemima hrvatskih branitelja, ratnih stradalnika i članova njihovih obitelji.

Na operativnoj razini temeljni cilj programa je osigurati *kontinuiranu psihosocijalnu i zdravstvenu pomoć* kao dio integrativne skrbi za sudionike i stradalnike rata na području

cijele Hrvatske, svim članovima njihovih obitelji, te ostalim stanovnicima kojima je ona potrebna u obliku i intenzitetu primjerenom potrebama. Pritom, vrijedi naglasiti da će se u cilju dostupnosti različiti oblici psihosocijalne pomoći i potpore najvećim dijelom organizirati u životnoj sredini korisnika, uz mogućnost posjeta stručnih timova domu i obitelji korisnika.

KORISNICI PROGRAMA

S obzirom na heterogenost braniteljske/stradalničke populacije sustav psihosocijalne i zdravstvene pomoći nužno je prilagoditi različitim kategorijama korisnika odnosno programe pomoći uskladiti prema posebnim potrebama pojedinih podskupina.

Prema kriteriju brojnosti mogu se izdvojiti slijedeće podskupine: branitelji, obitelji branitelja i stradalnika, ratni vojni invalidi i branitelji oboljeli nakon rata te civili koji su izravno (prognanici, povratnici, žitelji u ratnim/okupiranim područjima) ili neizravno pogođeni ratnim zbivanjima.

Prema intenzitetu i težini proživljenih ratnih trauma kao najugroženije izdvajaju se:

1. Osobe koje su uslijed rata ostale **visoko ovisne o socijalnoj okolini**: invalidi, djeca, adolescenti, starije i nemoćne osobe;
2. Osobe **izložene teškim psihickim traumama i stradanjima u ratu**, gdje spadaju: preživjeli zatocnici srpskih koncentracijskih logora, obitelji nestalih, obitelji poginulih, razvojaceni branitelji oboljeli od psihickih ili tjelesnih bolesti čiji je nastanak ili pogoršanje već postojeće bolesti vezano uz rat.
3. Osobe koje su, tijekom rata i agresije na Hrvatsku, morale napustiti svoje domove, **prognanici i povratnici** (bivši prognanici)
4. Osobe koje nisu primarno traumatizirane ratnim stradanjima, ali je došlo do **sekundarne traumatiziranosti, tj. prenesene traume**.

NACELA PROVEDBE PROGRAMA

1. *Temeljno nacelo* ovog programa je *potpuna reintegracija* u društvo svih sudionika Domovinskog rata, i članova njihovih obitelji, kojima je potrebna bilo kakva vrsta stručne pomoći predviđena ovim programom. Ovo nacelo ujedno je i definicija zdravlja usvojena od Svjetske zdravstvene organizacije, jer zdravlje nije samo odsustvo bolesti već je to stanje biološkog, psihološkog i socijalnog blagostanja.
2. Psihosocijalna pomoć sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata mora biti *stupnjevita* ovisno o vrsti traumatskog iskustva, intenzitetu reakcije na stres i životnim okolnostima, što znači da će se kretati od socijalne podrške i pomoći, psihološkog savjetovanja, posebnih oblika edukacije, do psihoterapijskog i psihijatrijskog liječenja, a prema potrebi i hospitalizacije.
3. Prema, u svijetu opće prihvaćenim nacelima, socijalna i psihološka pomoć mora biti *organizirana* gdje god je to moguće, u mjestu u kojem korisnik boravi, odnosno mjestu koje je najbliže boravištu, i mora uključivati obitelj, radnu sredinu, školu, vrtić i svaku drugu instituciju koja je za korisnika od značenja.
4. Mora biti *kontinuirana*, a ako nije započeta, treba je započeti što ranije. Ako se radi o osobi koja se nalazi u bolnici ili u rehabilitacijskoj ustanovi tada mora započeti već u tim institucijama i pratiti korisnika tijekom citavog procesa rehabilitacije do dolaska u mjesto življenja, gdje postaje trajna i uključuje sve važne čimbenike u procesu rehabilitacije i prilagodbe.
5. Mora biti *integrativna* što znači da mora uključivati interdisciplinarne timove stručnjaka različitih profila, kao i različite institucije u jedinstveni sustav zbrinjavanja utemeljen na nacelima timskog rada.
6. Stručnjaci uključeni u proces pružanja psihosocijalne i zdravstvene pomoći moraju biti posebno odabrani i *educirani*, otvoreni u komuniciranju i suradnji, te moraju poznavati i poštivati nacela timskog rada.

7. Težište mora biti na *proaktivnoj orijentaciji* koja je usmjerena na korištenje realnih potencijala korisnika programa kako bi se osigurala optimalna socijalno-psihološka reintegracija i adekvatna kvaliteta života korisnika.

8. Opisani model pretpostavlja da postoje *tri razine u pružanju psihosocijalne i zdravstvene pomoci*. To su županijska, regionalna i nacionalna razina.

9. Jedno od najvažnijih načela ovog programa je *koordiniranost*. Temeljno polazište Nacionalnog programa je da i druga ministarstva i tijela državne uprave, osim MOBMS, *preuzimaju odgovornost* za funkcioniranje programa u onom dijelu za koji su strukovno i stručno nadležni.

10. U program pružanja psihosocijalne pomoci mogu se uključiti i *udruge* koje za to imaju *uvjete*. Uvjete i kriterije za uključivanje udruga u izvedbu programa određuje Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.

11. *Financiranje* programa psihosocijalne i zdravstvene pomoci razrađuje Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. Kod izrade financijskog dijela programa vodit će se računa o činjenici da će djelatnici uključeni u program psihosocijalne pomoci raditi na programu psihosocijalne pomoci u svoje redovno radno vrijeme, te za to neće biti dodatno honorirani, dok će dio stručnjaka biti honorarno angažirani, a visinu honorara će odrediti Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. Za dodatne troškove institucija u kojima se program provodi potrebno je prema izrađenom troškovniku osigurati dodatna sredstva.

12. Nacionalnim programom osigurava se kontinuirano *pracenje potreba*, i njihovih eventualnih promjena tijekom vremena, kroz istraživačke projekte, stručnu i objektivnu *evaluaciju* svih aktivnosti u programu, kao i efekata tih aktivnosti, što je temelj za sve relevantne odluke u svezi s razvojem programa u budućnosti.

OPCI USTROJ SUSTAVA PSIHOSOCIJALNE I ZDRAVSTVENE POMOCI

U protekle četiri godine, u provedbi *Nacionalnog programa psihosocijalne pomoci stradalnicima iz Domovinskog rata* kroz županijske Centre za PSP, Nacionalni i Regionalne centre za psihotraumu, te Centar za krizna stanja pri KBC Zagreb, broj pruženih intervencija porastao je sa 99.064 na 128.144 (Tablica 2), sa prosjekom od *108.852 intervencije* godišnje. Važno je napomenuti kako su, pored psihološkog i obiteljskog, pruženi oblici intervencija obuhvacali i zdravstveno savjetovanje.

**Tablica 2. Broj intervencija Nacionalnog programa psihosocijalne pomoci
kroz razdoblje 2000-2003.**

GODINA	BROJ INTERVENCIJA
2000.	99 064
2001.	105 718
2002.	102 481
2003.	128 144

Ocevidan stalni porast ukupnog broja intervencija upućuje na činjenicu da se protokom vremena ne smanjuju potrebe za ovim oblicima pomoci sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata odnosno da je i nadalje potrebno nastaviti s provođenjem Nacionalnog programa, istodobno razvijajući i unapređujući ustroj, sadržaj i metode rada.

Cijeneci dosadašnja pozitivna iskustva u provedbi Nacionalnog programa, sustav psihosocijalne i zdravstvene skrbi za sudionike i stradalnike Domovinskog rata i u ubuduće će se organizirati, na lokalnoj (županijskoj), regionalnoj i nacionalnoj razini. Na lokalnoj, županijskoj razini zadržavaju se Centri za psihosocijalnu pomoć, na regionalnoj razini

(Zagreb, Rijeka, Split i Osijek) Regionalni centri za psihotraumu, a na nacionalnoj razini utemeljuje se Strucno vijeće Nacionalnog programa za psihosocijalnu i zdravstvenu pomoc.

I. SUSTAV CENTARA ZA PSIHOSOCIJALNU POMOC

Na lokalnoj odnosno županijskoj razini utemeljuju se **Centri za psihosocijalnu pomoc** koji predstavljaju okosnicu sustava psihosocijalne skrbi. Centri za psihosocijalnu pomoc dio su upravne strukture Ministarstva obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. U svakoj županiji Republike Hrvatske utemeljuje se po jedan Centar za psihosocijalnu pomoc, te jedan Centar za Grad Zagreb i zagrebacku županiju. Ovisno o velicini, izraženosti potreba braniteljske i stradalnicke populacije te dosadašnjim pozitivnim iskustvima u radu županijski centri mogu imati jednu ili više ispostava u matičnoj županiji.

Županije, gradovi i općine osiguravaju prostor za rad navedenih Centara i njihovih ispostava, dok MOBMS osigurava financiranje djelatnika i sredstva za rad..

U Centrima rade stalno uposleni i vanjski strucni suradnici, na cijem je celu Voditelj Centra. Voditelj je odgovoran za koordinaciju i rad strucnih djelatnika u Centru, on potpisuje i ovjerava strucna i financijska mjesečna izvješća koja su izdana od strane MOBMS. U županijskim Centrima za psihosocijalnu pomoc provode se aktivnosti iz socijalne, pravne, psihološke i savjetodavne pomoci, uvažavajući načela i standarde strucnog rada i pozitivne pravne propise. Sukladno navedenim aktivnostima, u Centrima za psihosocijalnu pomoc mogu biti stalno zaposleni strucnjaci obrazovnih profila socijalnog radnika, psihologa i pravnika, a samo iznimno strucnjaci drugih društveno-humanističkih profila. U statusu vanjskih suradnika, osim navedenih strucnih profila, mogu biti angažirani i drugi strucnjaci, ovisno o specifičnim potrebama lokalne zajednice i dosadašnjim pozitivnim iskustvima u radu.

Kriterije koji određuju broj stalno zaposlenih i honorarnih strucnih djelatnika u Centrima za psihosocijalnu pomoc, te kriterije koji se odnose na razinu i vrstu potrebne strucne spremne na prijedlog Strucnog vijeca Nacionalnog programa utvrđuje MOBMS. Na temelju tih

kriterija MOBMS imenuje stručne djelatnike - uposlenike i vanjske suradnike u Centrima za psihosocijalnu pomoć.

Osnovne zadace Centara za psihosocijalnu pomoc su:

- primarno razvijaju i provode programe psihosocijalne prevencije i potpore i to stacionarno i mobilno
- razvijaju i provode programe kriznih intervencija
- provode stručne aktivnosti usmjerene na obitelji i djecu (bracno i obiteljsko savjetovalište, dječje radionice)
- organiziraju i provode edukativne programe samopomoci za pojedine kategorije stradalnika
- razvijaju, educiraju i koordiniraju volonterski rad branitelja-stradalnika, osposobljenih za prepoznavanje potreba, informiranje i pružanje osnovne pomoci u kriznim situacijama (po poznatom nacelu „branitelji pomažu braniteljima“)
- uspostavljaju jedinstvenu bazu podataka korisnika i njihovih potreba na lokalnoj razini
- osiguravaju medijsku promociju na lokalnoj razini i upoznavanje što šireg kruga korisnika s postojećim i novim sadržajima rada

Centri za psihosocijalnu pomoć dužni su stalno pratiti specifične probleme i potrebe hrvatskih branitelja, članova njihovih obitelji i svih stradalnika Domovinskog rata na lokalnoj razini, te stručno i ažurno odgovoriti na sve moguće nove potrebe i traženja.

Centri za psihosocijalnu pomoć uspostavljaju redovitu komunikaciju s (lokalnim i regionalnim) zdravstvenim ustanovama, centrima socijalne skrbi, predstavnicima lokalne, gradske i županijske vlasti kao i s udrugama proizašlim iz Domovinskog rata. Centri stručno podupiru rad pojedinih udruga, uskladuju njihovu djelatnost i donose stručno mišljenje o financiranju u domeni psihosocijalne skrbi.

Detaljniji opis aktivnosti i djelokrug rada Centara određuje Stručno vijeće Nacionalnog programa za psihosocijalnu i zdravstvenu pomoć.

II. SUSTAV ZDRAVSTVENE POMOCI

Na regionalnoj razini djeluju **Regionalni Centri za psihotraumu** koji posebno skrbe o oboljelima od PTSP kao i drugim psihickim poremećajima koji su u uzrocno-posljedicnoj vezi sa sudjelovanjem u obrani suvereniteta Republike Hrvatske, sudjeluju u prvom stupnju u donošenju procjene stupnja tjelesnog oštećenja uzrokovanog psihotraumom te vode posebnu evidenciju korisnika.

Na području Republike Hrvatske djeluju četiri regionalna centra za psihotraumu i to:

1. **Regionalni psihotrauma centar u Zagrebu** obuhvata Grad Zagreb i zagrebacku županiju, sisacko-moslavacku, karlovacku, krapinsko-zagorsku, medimursku, bjelovarsko-bilogorsku i podravsko-viroviticku županiju, a smješten je pri KB – Dubrava
2. **Regionalni psihotrauma centar u Rijeci** obuhvata primorsko-goransko, istarsku i licko-senjsku županiju, a smješten je pri KBC – Rijeka
3. **Regionalni psihotrauma centar u Osijeku** obuhvata osječko-baranjsku, vukovarsko-srijemsku, brodsko-posavsku i požeško-slavonsku županiju, a smješten je pri KB – Osijek
4. **Regionalni psihotrauma centar u Splitu** obuhvata splitsko-dalmatinsku, dubrovacko-neretvansku, zadarsku i šibensko-kninsku županiju, a smješten je pri KB – Split

Regionalni Centri za psihotraumu imaju status posebnih odjela u sastavu klinickih bolnickih centara koji osiguravaju prostor za njihov rad, dok Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti sufinancira rad strucnih djelatnika i programe strucnog rada namijenjene braniteljima i stradalnicima Domovinskog rata.

Regionalnim centrom za psihotraumu upravlja Voditelj Centra koji vodi brigu o provedbi programa te MOBMS-u dostavlja mjesečna stručna i financijska izvješća. Voditelje

regionalnih centara imenuju ravnatelji matičnih zdravstvenih ustanova na prijedlog Stručnog vijeća Nacionalnog programa

Zadace Regionalnih centara za psihotraumu:

1. Dijagnosticiranje i liječenje ratom psihicki traumatiziranih osoba najsvremenijim postupcima i metodama liječenja
2. Vještacenje procjene stupnja tjelesnog oštećenja uzrokovanog psihotraumom
3. Vještacenje preostale radne sposobnosti ratom traumatiziranih osoba
4. Stalno razvijanje visoko diferentnih dijagnostickih postupaka liječenja i njihovo vrednovanje
5. Provođenje istraživanja u području dijagnosticiranja i tretmana ratom uzrokovanih psihickih trauma
6. Mobilno interveniranje u kriznim situacijama, posebno kod pokušaja samoubojstava
7. Vodenje posebne evidencije korisnika, izrade redovitih mjesečnih i godišnjih raščlambi i izvješća o radu
8. Stalna izobrazba putem seminara, vježbi i predavanja studenata medicine, psihologije, socijalnog rada, defektologije, te timova Regionalnih psihotrauma centara i županijskih Centara za psihosocijalnu pomoc.

Centar za krizna stanja djeluje kao jedinica za pružanje zdravstvene pomoci sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata na nacionalnoj razini. Centar za krizna stanja djeluje u sastavu **KBC Zagreb** kao poseban odjel organiziran u sastavu Klinike za psihijatriju, uz suradnju s Klinikom za psihološku medicinu. Centrom za krizna stanja upravlja Voditelj Centra koji vodi brigu o provedbi programa te MOBMS-u dostavlja mjesečna stručna i financijska izvješća. Voditelja Centra imenuje ravnatelj KBC Zagreb na prijedlog Stručnog vijeća Nacionalnog programa. KBC Zagreb osigurava prostor za rad Centra, a MOBMS financira rad stručnih djelatnika i programe stručnog rada.

Zadace Centra za krizna stanja:

1. Funkcioniranje telefona za pomoc u krizi i savjetodavna pomoc
2. Pružanje psihijatrijske pomoci s posebnim naglaskom na pomoc u prevenciji samoubojstava hrvatskih branitelja

3. Uključivanje i usmjeravanje u različite terapijske programe
4. Organizacija edukativnih programa za ostale djelatnike u sustavu psihosocijalne i zdravstvene skrbi

Osim psihickih poremećaja cijeli niz tjelesnih bolesti nastaje ili se postojeće bolesti pogoršavaju uslijed rata, zbog čega je potrebno posvetiti posebnu pozornost osobito oboljelima od šećerne bolesti, zloćudnih, kardiovaskularnih, imunoloških i drugih bolesti.

III. STRUCNO VIJECE I KOORDINATOR NACIONALNOG PROGRAMA

Na nacionalnoj razini osniva se Strucno vijeće Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata te imenuje koordinatore Nacionalnog programa.

3.1. Strucno vijeće

Strucno vijeće Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći stradalnicima iz Domovinskog rata ima 13 članova koje predlaže Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti (MOBMS), a imenuje Vlada RH na vrijeme od četiri godine. Vijeće je sastavljeno od:

- predstavnika MOBMS
- predstavnika Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi
- devet članova koje predlaže MOBMS iz reda istaknutih stručnjaka i javno priznatih djelatnika u području psihosocijalne i zdravstvene skrbi hrvatskih branitelja.

Prema dužnosti koju obnaša, predsjednik Strucnog vijeća je ministar obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. Strucno vijeće imenuje tajnika Vijeća i koordinatore Nacionalnog programa.

Tajnik Strucnog vijeća zadužen je za administrativnu pripremu sjednica Vijeća, vođenje zapisnika sjednica, pripremu i prosljeđivanje svih službenih materijala članovima Vijeća.

Organizacija i način rada Stručnog vijeća uređuju se posebnim poslovnikom koji Stručno vijeće donosi na svojoj prvoj sjednici. Stručno vijeće obvezno je o svom radu pisanim putem izvještavati Vladu RH najmanje jedanput godišnje. Sredstva za rad Stručnog vijeća osiguravaju se iz proračuna Ministarstva obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.

Zadaci Stručnog vijeća:

- utvrđuje prioritete, načela, programe i metodologiju pružanja psihološke, socijalne, zdravstvene i druge pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata
- uskladuje programe i djelatnosti psihosocijalnog i zdravstvenog sustava skrbi za stradalnike i sudionike Domovinskog rata
- unutar sustava zdravstva RH osigurava posebno procjene i prikupljanje podataka o intenzitetu i vrstama korištenja zdravstvenih usluga za hrvatske branitelje, članove njihovih obitelji i stradalnike Domovinskog rata
- predlaže i druge posebne aktivnosti sustava zdravstva u RH koje pridonose poboljšanju zdravstvenog stanja pripadnika braniteljske i stradalnicke populacije
- donosi odluke o provođenju istraživačke djelatnosti u području psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata, odabire izvoditelje i prati realizaciju istraživačkih programa
- kao prioritetne određuje izradu epidemioloških istraživačkih studija (po uzoru na zemlje sa sličnim iskustvima) koje će dati jasne i pouzdane pokazatelje o vrsti i razmjerima psiho-socijalnih i zdravstvenih posljedica Domovinskog rata u općoj i braniteljskoj populaciji
- potiče kontinuirano procjene, prikupljanje i pohranu svih podataka koji su od značaja za poboljšanje psihosocijalnog i zdravstvenog statusa sudionika i stradalnika Domovinskog rata
- osigurava uskladenost djelovanja svih institucija i ustanova u RH koje mogu unaprijediti pružanje psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata
- vodi računa o medijskoj promociji svih značajnijih aktivnosti u okviru Nacionalnog programa

3.2. Koordinator Nacionalnog programa

U cilju osiguravanja operativne provedbe odluka Strucnog vijeca, ucinkovitije koordinacije rada svih dijelova sustava psihosocijalne i zdravstvene skrbi unutar Nacionalnog programa, te kontinuiranog praćenja i evaluacije strucnih projekata, Strucno vijeće imenuje koordinatora Nacionalnog programa na razdoblje od cetiri godine. Za obnašanje dužnosti koordinatora Nacionalnog programa podrazumijeva se visoko specijaliziran profil strucne izobrazbe, potvrđene organizacijske sposobnosti i iskustvo u radu s braniteljskom/stradalnicom populacijom. Troškove rada, sredstva i prostor za rad koordinatora Nacionalnog programa osigurava MOBMS.

Zadace koordinatora Nacionalnog programa:

- kontinuirano prati i uskladuje rad svih tijela u sustavu psihosocijalne i zdravstvene skrbi, posebno onih na županijskoj (PSP centri) i regionalnoj (Centri za psihotraumu) razini
- uskladuje djelatnosti sustava psihosocijalne i zdravstvene skrbi s djelatnostima drugih institucija i ustanova u RH
- predlaže nove ili nadopunu postojećih programa u području psihosocijalne i zdravstvene skrbi za sudionike i stradalnike Domovinskog rada
- nadzire provedbu svih istraživačkih programa Strucnog vijeca u području psihosocijalne i zdravstvene pomoci za sudionike i stradalnike Domovinskog rata
- osigurava primjenu novih spoznaja u cilju unapređenja sustava skrbi za sudionike i stradalnike Domovinskog rata
- sudjeluje u predlaganju i provedbi edukativnih programa za sve djelatnike sustava psihosocijalne i zdravstvene skrbi
- uskladuje djelatnosti Nacionalnog programa s radom udruga proizašlih iz Domovinskog rata
- sudjeluje u definiranju kadrovske politike i odabiru strucnih kadrova za rad u sustavu psihosocijalne i zdravstvene skrbi za sudionike i stradalnike Domovinskog rata

- iznosi prijedloge u cilju unapređenja sustava i podnosi redovita izvješća o radu Strucnom vijeću Nacionalnog programa

3.3. Uloga drugih ministarstava i tijela državne uprave

Sukladno temeljnom polazištu, nositelj provedbe Nacionalnog programa je MOBMS, ali u njegovoj realizaciji sudjeluju i druga ministarstva i tijela državne uprave koja preuzimaju odgovornost za funkcioniranje programa prema svojim nadležnostima:

- Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi* za dio programa koji se obavlja u zdravstvenim ustanovama i dio programa iz djelokruga socijalne skrbi,
- Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa* iz djelokruga istraživačkih programa i školovanja,
- Ministarstvo mora, turizma, prometa i razvitka* u domeni stambenog zbrinjavanja i obnove,
- Ministarstvo gospodarstva, rada i poduzetništva* u aktivnostima poticanja zapošljavanja razvojacenih branitelja ostvarivanja i mirovinskih prava,
- Ministarstvo obrane* u pružanju svih relevantnih podataka o braniteljskom statusu, posebno o ratnom putu i/ili okolnostima stradavanja u ratu,
- Ministarstvo unutarnjih poslova* u pružanju svih relevantnih podataka o braniteljskom statusu kao i drugih podataka o braniteljima i stradalnicima Domovinskog rata od značaja za provedbu Nacionalnog programa,
- Sva ostala ministarstva* prema potrebi i sukladno svojim nadležnostima,
- Zavod za zapošljavanje* u poslovima vođenja evidencije o strukturi (ne)zaposlenosti hrvatskih branitelja, planiranju i provedbi aktivne politike zapošljavanja, prekvalifikacija, dokvalifikacija i doškoloavanja nezaposlenih sudionika i stradalnika iz Domovinskog rata.

:

Predstavnici navedenih ministarstava osiguravaju koordinaciju svih relevantnih aktivnosti između ministarstava i njihov prijenos na županijsku razinu putem svojih lokalnih ustrojbenih jedinica, čime pomažu u provedbi Nacionalnog programa psihosocijalne pomoći

ZAVRŠNE NAPOMENE

Nacionalni program u potpunosti je uskladen sa novim Zakonom o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji koji je stupio na snagu 01. siječnja 2005. godine. U svojim temeljnim nacelima i ciljevima, Program je u skladu sa smjernicama Svjetske Veteranske Federacije te preporukama vodećih svjetskih stručnih i znanstvenih institucija (poput Nacionalnog centra za PTSP američke vlade) po pitanju zdravstvene i psihosocijalne skrbi za ratne veterane i stradalnike.

Nacionalni program sukladan je zaključcima zajedničke sjednice Odbora za ratne veterane i Odbora za rad, socijalnu politiku i zdravstvo Hrvatskog sabora održane 4. listopada 2004. godine), a koji, između ostalog, kažu sljedeće:

- Nacionalni program psihosocijalne pomoći stradalnicima iz Domovinskog rata treba unaprijediti te proširiti i na kategoriju zdravstvenih posljedica rata. U okviru Programa posebnu pažnju treba posvetiti članovima obitelji branitelja, poglavito suprugama i djeci;
- epidemiološke studije koje će dati pokazatelje o mogućim razmjerima učestalosti pojedinih rizicnih oboljenja u braniteljskoj populaciji, po uzoru na zemlje sa sličnim iskustvima, treba provesti što prije;
- hrvatske branitelje iz Domovinskog rata potrebno je unutar sustava zdravstva voditi kao posebnu kategoriju, što će omogućiti stvaranje pouzdanih podataka o njihovim potrebama te jačim orijentiranjem zdravstvenog sustava na zbrinjavanju tih bolesti, odnosno rizicnih čimbenika za bolest.

Nositelj provedbe nacionalnog programa je Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. Nacionalni program je realan i ostvariv, osmišljen uz uvažavanje aktualnih mogućnosti, a sredstva za njegovu provedbu osigurana su u Državnom proračunu na poziciji A 753014.

Usvajanjem Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata prestaje se primjenjivati Nacionalni program

psihosocijalne pomoci stradalnicima iz Domovinskog rata od 28. siječnja 1999. godine
(Zaključak Vlade RH; Klasa: 550-01/99-03/01; Urbroj: 5030104-99-1).