

Zagovaračke koalicije u hrvatskoj politici mentalnog zdravlja

Krištić, Ema

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, The Faculty of Political Science / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet političkih znanosti**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:114:626775>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-17**



Repository / Repozitorij:

[FPSZG repository - master's thesis of students of political science and journalism / postgraduate specialist studies / dissertations](#)



Sveučilište u Zagrebu
Fakultet političkih znanosti
Diplomski studij politologije

Ema Krištić

ZAGOVARAČKE KOALICIJE U HRVATSKOJ POLITICI
MENTALNOG ZDRAVLJA

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.

Sveučilište u Zagrebu
Fakultet političkih znanosti
Diplomski studij politologije

ZAGOVARAČKE KOALICIJE U HRVATSKOJ POLITICI
MENTALNOG ZDRAVLJA

DIPLOMSKI RAD

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Ana Petek

Studentica: Ema Krištić

Zagreb,
rujan, 2024.

Izjava o autorstvu rada i poštivanju etičkih pravila u akademskom radu:

Izjavljujem da sam diplomski rad (Zagovaračke koalicije u hrvatskoj politici mentalnog zdravlja), koji sam predala na ocjenu mentorici (izv. prof. dr. sc. Ana Petek), napisala samostalno i da je u potpunosti riječ o mojem autorskom radu. Također, izjavljujem da dotični rad nije objavljen ni korišten u svrhe ispunjenja nastavnih obaveza na ovom ili nekom drugom učilištu, te da na temelju njega nisam stekla ECTS bodove. Nadalje, izjavljujem da sam u radu poštivala etička pravila znanstvenog i akademskog rada, a posebno članke 16-19. Etičkoga kodeksa Sveučilišta u Zagrebu.

Ema Krištić

SADRŽAJ

UVOD	1
TEORIJSKI OKVIR	3
SLUČAJ: ODLUČIVANJE O IZVANBOLNIČKOJ SKRBI U MENTALNOM ZDRAVLJU	9
Politika mentalnog zdravlja	9
Hrvatska politika mentalnog zdravlja.....	11
METODOLOŠKI OKVIR	13
OPIS PODATAKA.....	17
ANALIZA MEĐUODNOSA AKTERA I NJIHOVIH UVJERENJA	27
INTERPRETACIJA OBZIROM NA TEORIJU ZAGOVARAČKIH KOALICIJA	32
ZAKLJUČAK	37
POPIS LITERATURE.....	40
PRILOG 1. Popis uzorkovanih dokumenata	44
PRILOG 2. Protokol za intervjuiranje	44
SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI.....	46
SUMMARY AND KEYWORDS	47

POPIS ILUSTRACIJA

Slike

Slika 1. Shematski prikaz AFC	5
-------------------------------------	---

Tablice

Tablica 1. Shema kodiranja	17
Tablica 2. Identificirane skupine kodova	28
Tablica 3. Identificirane zagovaračke koalicije	33

POPIS KRATICA

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

KBCSM – Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

MIZ – Ministarstvo zdravstva

SUMEZ – Hrvatski savez udruga za mentalno zdravlje: SUMEZ

ZPD – Zagrebačko psihološko društvo

UVOD

Politika mentalnog zdravlja prema taksonomiji temeljnih nacionalnih javnih politika spada u zdravstvenu politiku, koja je uz mirovinsku politiku temeljna podskupina socijalnih politika. Definira se kroz organizirani skup vrijednosti, načela i ciljeva u svrhu boljitka mentalnog zdravlja te smanjenja mentalnih oboljenja populacije. Učinkovita politika očituje se u svim naporima koje država poduzima u planiranju i usklađivanju holističkih i učinkovitih pristupa, koje prate jasni ciljevi i strategija poboljšanja organizacije i dostupnosti skrbi, a utemeljeni su na pozitivnim ishodima. Prema Goldmanu i Grobu, država svoju politiku mentalnog zdravlja u stvarnosti često temelji na specifičnoj definiciji mentalnih poremećaja koja je usklađena s javnim politikama koje se planiraju provoditi (Petek, 2012: 38; Novak i Petek, 2018: 344; Novak i Petek, 2015: 193; Funk i dr, 2005: 216; Goldman i Grob, 2006: 737).

Prema smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije, kao i relevantnoj literaturi na području istraživanja o uspješnosti politike mentalnog zdravlja, učinkovita bi se politika trebala usmjeriti na istovremeni razvoj financiranja, zakonodavstva i ljudskih prava; organizacije usluga, ljudskih kapaciteta, edukacije, promocije, prevencije, liječenja, rehabilitacije, zagovaranja i mnogih drugih (Funk i dr, 2005: 218). U Hrvatskoj je tema razvoja i/ili određenih komponenata politike mentalnog zdravlja, uz određene iznimke, za sada bila predmetom istraživanja pretežno ili od strane raznih stručnjaka iz sektora mentalnog zdravlja, ili u okviru interdisciplinarnih modela istraživanja. U ovom se radu stoga nastoji politici mentalnog zdravlja pristupiti iz politološke perspektive, pri čemu se fokusiramo na proučavanje odnosa sudjelujućih aktera politike mentalnog zdravlja. Akteri čine političku dimenziju javnih politika te su stoga predmet politoloških istraživanja (Petek, 2016: 8; Novak i Petek, 2018; Stupar, 2020).

Politika mentalnog zdravlja odabrana je kao rezultat spoznaje o istraživačkoj praznini na polju provedenih studija. Tiče se potrebe za provođenjem detaljne kvalitativne analize u svrhu utvrđivanja karakteristika aktualnih međuodnosa aktera u procesu stvaranja javne politike. Pri izučavanju odnosa aktera razmatramo i njihova uvjerenja. Odnose među akterima je važno proučavati i da bi razumjeli utjecaj monopola i konfliktnih skupina na stvaranje politike. Provedba ove politike je uz razvoj specifičnog koncepta organizacije izvanbolničkog sustava skrbi o mentalnom zdravlju u posljednjih desetak godina prepoznata temom nepobitne društvene važnosti za Hrvatsku. Dojam je kako s jedne strane postoji sveopće suglasje sudionika politike o društvenoj važnosti reforme sustava mentalnog zdravlja. Unatoč tome, zajednica stručnjaka iz ovog područja, uz prevladavajuće javno mnijenje i provoditelje

izvanbolničkog, pa čak i bolničkog pružanja skrbi, prepoznaju apatiju i nedostatak političke volje što temu čini - politički nevažnom (Novak i Petek, 2015: 201; Novak i Petek, 2018).

Ova analiza fokusirat će se na aktere u političkom odlučivanju o izvanbolničkoj skrbi u Republici Hrvatskoj te na neka njihova obilježja koja potencijalno utječu na njihovo ponašanje. Kao ogledalo dizajna stanja trenutne politike mentalnog zdravlja uzimamo „Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030.“ (Vlada RH, 2022), a sudionike u izradi našeg posljednjeg strateškog dokumenta kao aktere u sustavu aktualne politike mentalnog zdravlja. Temeljiti uvid u odnose tijekom procesa kreiranja politike dovest ćemo u vezu s uvjerenjima sudionika koristeći teorijski okvir zagovaračkih koalicija. Teorija smatra proces kreiranja javnih politika kompleksnim te pretpostavlja postojanje velikog broja aktera koji se po mnogočemu razlikuju, no dijele nastojanje da vlastita uvjerenja prenesu u stvarnu politiku. Konačni cilj nam je mogućnost identifikacije potencijalnih zagovaračkih koalicija koje su djelovale u procesu stvaranja ove politike. Prema našim saznanjima, teorija zagovaračkih koalicija do sada nije primijenjena u istraživanju hrvatske politike mentalnog zdravlja (Sabatier, 1998: 98-99).

Istraživački dizajn organiziran je u obliku studije slučaja. Studija je slučaja prikladna jer daje mogućnost usmjerenja na pojedinačni slučaj ili više njih, istražujući procese ili dinamiku promjena, a primjenjuje različite metode kako bi se omogućilo dubinsko razumijevanje proučavanog slučaja (Miočić, 2018: 179-180). Cilj ovog istraživanja je identificirati koalicije aktera u odlučivanju o izvanbolničkoj skrbi te opisati njihove međudnose i uvjerenja. To ćemo ostvariti provođenjem polustrukturiranih intervjua. Zatim slijedi analiza transkripata intervjua, uz dodatak analize relevantnih dokumenata. Pri segmentiranju podataka vodit ćemo se tematskim kriterijem koji smo neposredno ustanovili. Kod tematske analize nužno je obratiti pozornost na obrasce učestalosti zajedničkog pojavljivanja određenih kodova. Na temelju prethodno izložene argumentacije, postavljamo sljedeće istraživačko pitanje: Koje su zagovaračke koalicije sudjelovale u političkom odlučivanju o izvanbolničkoj skrbi, pri donošenju „Strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja do 2030.“? Tema izvanbolničkog liječenja mentalnog zdravlja relevantna je jer se odnosi na donošenje javnih politika koje oblikuju pristup, financiranje i regulaciju zdravstvenih usluga, te utječu na socijalnu pravdu i prava pacijenata unutar šireg društvenog sustava.

Prikazat ćemo kratko i pregled strukture rada. U prvom dijelu posvetit ćemo se iscrpnom opisu koncepata teorije zagovaračkih koalicija kako bi kasnije mogli prepoznati obrasce zagovaračkih koalicija u odlučivanju o izvanbolničkoj skrbi o mentalnom zdravlju. Zatim se u prikazu slučaja najprije kratko osvrćemo na općeniti pristup politici mentalnog zdravlja. Također, bavimo se

pregledom hrvatske politike mentalnog zdravlja u njenom povijesno-zakonodavnom razvoju, što naposljetku povežujemo s važnošću napretka organizacije izvanbolničke skrbi. Navedeno slijedi poglavlje prikaza metodološkog okvira, gdje prilažemo i shemu kodiranja koju smo izveli sukladno teoriji te potrebama našeg slučaja. Nakon toga prelazimo na opis rezultata koje smo dobili kodiranjem prikupljenog materijala. Ključna saznanja i zaključke izložit ćemo u poglavlju rasprave koje započinjemo prikazom tematske analize kodiranog materijala. Potonji se dio rasprave tiče interpretacije dobivenih rezultata u okviru teorije zagovaračkih koalicija. Naposljetku rada je zaključak, u kojem nastojimo u kontekstu novih nalaza odgovoriti na naše istraživačko pitanje.

TEORIJSKI OKVIR

Teorija zagovaračkih koalicija (eng. *Advocacy Coalition Framework, AFC*) je teorijski pristup u politologiji koji se bavi proučavanjem i razumijevanjem procesa stvaranja javnih politika i političkih promjena. Autori teorije su Paul A. Sabatier i Hank C. Jenkins-Smith, a prvi put je izložena u časopisu *Policy Sciences* objavljenom 1988. godine, pod naslovom *An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the Role of Policy Oriented Learning Therein* (Sabatier i Weible, 2019: 189). Teorijski okvir je razvijen kao alternativa dotadašnjim teorijama procesa stvaranja javnih politika. Od samih začetaka teorije osamdesetih godina prošlog stoljeća pa sve do danas, teorija je široko primjenjivana u raznim područjima javnih politika – od energetske i okolišne politike do javnog zdravstva i drugih. U nastavku ćemo prikazati i objasniti ključne premise i koncepte ovog teorijskog okvira (Weible i Sabatier, 2007; Schlager, 1995; Jenkins-Smith i Sabatier, 1994).

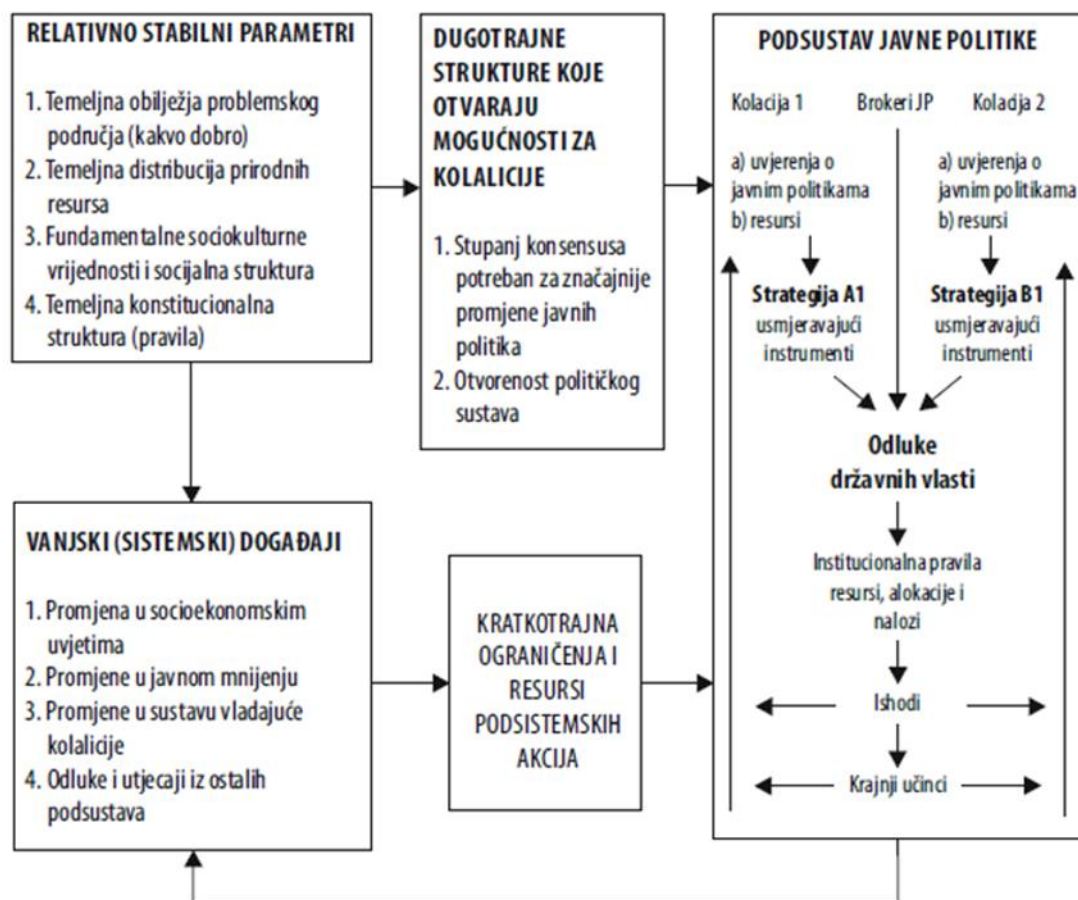
Teorija nam nalaže kako je za razumijevanje javnopolitičkih promjena nužno pratiti proces odlučivanja kroz duži period, s fokusom na tzv. javnopolitičke podsustave. Čine ih različiti akteri koji su u međusobnoj interakciji povodom interesa za određenu javnu politiku. Podsustav zahtjeva određen vremenski period kako bi se potpuno oblikovao. Razlikujemo formirane podsustave (eng. *mature subsystems*) od podsustava u stvaranju (eng. *nascent subsystem*). Svaki podsustav ima svoje granice te djeluje na određenom geografskom i funkcionalnom području. Funkcionalno područje odnosi se na određeni resor, kao što su primjerice okolišna ili obrazovna politika (Sabatier i Jenkins-Smith, 1999: 137). Uzevši u obzir da podsustavi nerijetko interdisciplinarno rade na rješavanju određenog javnopolitičkog problema, kao i činjenicu da to može uključivati suradnju, komunikaciju ili dogovore između nacionalne, regionalne ili

lokalne razine vlasti, sami podsustavi se često preklapaju. Primjerice, ako neka država odluči širiti svoj utjecaj u svijetu pomoću sporta, kupujući najbolje sportaše iz svijeta i tako unaprjeđivati svoju reputaciju, ultimativno će kada privuku pažnju povećavati svoju ekonomsku moć putem prodavanja karata, televizijskih prava i slično. Naposljetku, manji podsustavi mogu biti ugniježđeni u veće podsustave, isto kao što je moguće da se novi podsustavi rađaju iz prethodno postojećih, najčešće kada su nezadovoljni upravljanjem određenim problemom u već formiranom podsustavu (Sabatier, 1998: 99-121; Sabatier i Jenkins-Smith, 1999: 136-137).

Nadalje, autori izlažu premisu kako je javnopolitičke promjene koje se događaju tijekom dužih perioda moguće razumjeti grupiranjem aktera u zagovaračke koalicije (Weible i Sabatier, 2007: 123). Koalicije čine „ljudi s različitih pozicija“ (izabrani i imenovani dužnosnici, vođe interesnih skupina, znanstvenici, itd.) koji „dijele određeni sustav vjerovanja - odnosno, skup osnovnih vrijednosti, uzročnih pretpostavki i percepcija problema - i koji pokazuju značajan stupanj koordinirane aktivnosti tijekom vremena“ (Fenger i Klok, 2001: 159). Osim utjecaja aktera koji sudjeluju u javnopolitičkom procesu te njihovih uvjerenja, ističe se i važnost vanjskih čimbenika kao što su ekonomski i društveni uvjeti u kojima ti akteri djeluju (Sabatier, 1988: 131).

Prevlast ili uspjeh zagovaračke koalicije ovisi o sposobnosti aktera da ostvare svoja vlastita uvjerenja u osmišljanju i provođenju politike. Da bi povećali šanse za uspjehom, sudionici se udružuju sa saveznicima s kojima dijele uvjerenja o javnim politikama. Kada se takvi sudionici međusobno koordiniraju, formiraju zagovaračku koaliciju (Elgin i Weible, 2013: 118). Nadalje, teorija zagovaračkih koalicija pretpostavlja da su, suprotno tradicionalnom gledištu, državni i javni službenici, znanstvenici te novinari, itekako aktivan dio zagovaračkih koalicija – budući da također imaju javnopolitičke ciljeve i motive (Sabatier i Jenkins-Smith, 1999: 127). Svaka koalicija u nekom trenutku usvaja strategiju ili strategije koje predviđaju jednu ili više institucionalnih inovacija koje smatraju da će unaprijediti njihove ciljeve (v. Sliku 1). Ako koalicije dođu u sukob uslijed različitih strategija obično se uključuju treće grupe aktera koje nazivamo javnopolitičkim posrednicima (eng. *policy brokers*). Njihova je zadaća pronaći kompromis koji će umanjiti intenzitet sukoba. Rezultat borbe koalicija su jedan ili više programa koji oblikuju političke ishode na operativnoj razini, kroz dizajn i implementaciju politika. Ovi programi često proizlaze iz prijedloga i utjecaja kako neformalnih (lobisti, nevladine organizacije) tako i formalnih aktera (vlada, zakonodavna tijela), koji zajedno oblikuju konačne odluke (Sabatier, 1988: 133).

Slika 1. Shematski prikaz AFC



Izvor: Sabatier i Weible, 2007: 20, prema Petek i Petković, 2014: 170

Sudjelujući akteri mogu utjecati na politiku organizirani kao pojedinci ili skupina pojedinaca. Upravo radi toga, budući da teorija zagovaračkih koalicija ponašanje aktera operacionalizira putem njihovih uvjerenja, također uključuje i model pojedinca ograničene racionalnosti. Prema shvaćanju modela, pojedinci su motivirani racionalnošću no, ograničeni vlastitim nesavršenim kognitivnim sposobnostima da percipiraju i integriraju nove spoznaje i informacije o kompleksom političkom okruženju (Weible i Sabatier, 2007: 127; Sabatier i Jenkins-Smith, 1999: 131).

Na razini pojedinca, akteri se oslanjaju na hijerarhijski sustav uvjerenja u filtriranju i tumačenju svijeta oko sebe te u donošenju odluka vezanih za politiku. Na razini skupine pojedinaca, akteri politike će nastojati prevesti svoja vjerovanja u politike i tražiti saveznike, dijeliti resurse te razvijati strategije za utjecaj na politike (Elgin i Weible, 2013: 118). Sustav uvjerenja (eng. *belief system*) je ona komponenta koja članove zagovaračkih koalicija spaja i drži na okupu. Istraživači koji su se najviše bavili (i koji se bave) teorijom zagovaračkih koalicija te je

primjenjuju fokusiraju se primarno na objašnjavanje „strukture, sadržaja, stabilnosti te evolucije“ sustava uvjerenja (Schlager, 1995: 245). Obzirom na prethodnu implikaciju teorije da su pojedinci ograničeni u poimanju i integriranju novih spoznaja, autori navode kako se oslanjaju na tzv. mentalne prečace s pomoću kojih razvijaju vlastite sustave uvjerenja (Weible i Sabatier, 2007: 127-128).

Postoji više vrsta uvjerenja koja su u međusobno hijerarhijskom odnosu. Najviše rangirana su temeljna uvjerenja (eng. *deep core beliefs*) – to su normativna ili supstancijalna uvjerenja „koja se provlače kroz mnoge druge podsustave i vrlo su otporna na promjene“ (Weible i Sabatier, 2007: 127). Temeljna uvjerenja su dio osobne filozofije svakog aktera, te se očituju u svakom području stavova o javnim politikama. Ilustrativne komponente ovih uvjerenja tiču se stavova o elementarnoj čovjekovoj prirodi, temeljnim ljudskim pravima i vrijednostima, distributivnoj pravdi i slično, te se stoga eventualna promjena temeljnih uvjerenja promatra gotovo kao vjersko preobraćenje (Sabatier, 1988: 145). Iduća u hijerarhiji slijede uvjerenja oko javne politike (eng. *policy core beliefs*). Budući da se tiču određenog javnopolitičkog problema, ona se definiraju kao normativna uvjerenja koja obuhvaćaju jedan čitavi podsustav. Primjerice, ona nam kazuju kako akteri u podsustavu promatraju relativnu važnost gospodarskog razvoja nasuprot zaštiti okoliša, ili, zalažu li se za plansko ili tržišno gospodarstvo (Sabatier i Jenkins-Smith, 1999: 122). Upravo su uvjerenja oko javne politike ona koja se smatraju „ljepilom cijele jedne koalicije“ (Sabatier i Jenkins-Smith, 1999: 122).

Posljednja u hijerarhiji uvjerenja su sekundarna uvjerenja (eng. *secondary beliefs*), koja autori definiraju kao empirijska uvjerenja i preferencije kada se radi o konkretnim rješenjima za određenu komponentu podsustava. Većina odluka koja proizlaze iz sekundarnih uvjerenja tiču se administrativnih pravila, regulative, alokacije proračuna i sličnog. Ove odluke su instrumentalne te je njihova implementacija ključna u provođenju uvjerenja o javnim politikama aktera (Sabatier, 1988: 145). Sekundarna uvjerenja se očituju u odabiru mjera kako bi se riješio određeni javnopolitički problem te su upravo ova uvjerenja najpodložnija promjenama, kao odgovor na novostečene informacije i događaje (Weible i Sabatier, 2007: 127-128; Sabatier i Jenkins-Smith, 1999: 120-122).

Osim aktera, odnosno njihovih koalicija i uvjerenja, na proces stvaranja politika i donošenje odluka utječe niz faktora. Teorija razlikuje relativno stabilne parametre od izvanjskih ili dinamičnih faktora koji utječu na javnopolitičke promjene (v. Sliku 1). Skup vrlo stabilnih faktora može se pojaviti unutar ili izvan podsustava politike. Iako je teško mijenjati ove skupove čimbenika oni zasigurno mogu utjecati na resurse i uvjerenja aktera unutar podsustava

(Sabatier, 1988: 135). U stabilne parametre ubrajamo osnovna svojstva tj. strukturu političkog sustava, osnovnu distribuciju prirodnih resursa, te temeljne kulturne vrijednosti i društvenu strukturu. Dinamični faktori koji su izvan podsustava politike mogu značajno varirati tijekom nekoliko godina ili desetljeća. To mogu biti ekonomske promjene sustava, kao i promjene javnog mnijenja ili izabrane vlasti. Štoviše, ovi faktori nameću izazove akterima podsustava da uče kako predvidjeti i odgovoriti na njih na način koji je u skladu s njihovim temeljnim uvjerenjima i interesima (Sabatier, 1988: 136).

Teorijski okvir u šire političko okruženje također svrstava i spomenute izvanjske/sistemske događaje (eng. *external events*) (Weible i dr, 2009: 123). Vrste izvanjskih događaja su: „promjene u socioekonomskim uvjetima, promjene u javnom mnijenju, promjene u sustavu vladajuće koalicije, te odluke i utjecaji iz ostalih podsustava“ (Weible i Sabatier, 2007: 202, prema Petek i Petković, 2014: 170). Izvanjski događaji su važni jer često mijenjaju ili preusmjeravaju pažnju javnosti (a samim time i resurse) bliže ili dalje podsustavu politike. Ti događaji mogu se mijenjati postupno tijekom desetljeća. Također, oni mogu šokirati politički sustav i ključni su preduvjet za velike promjene u politici (eng. *major policy change*). Prema tome, razlikujemo velike promjene u politikama od malih promjena (eng. *minor policy change*). Prema stupnju promjene u programu vlasti/vladajućih velike se javnopolitičke promjene očituju u promjeni uvjerenja o javnim politikama koje su vidljive u programu određene javne politike. Nasuprot tome, male javnopolitičke promjene manifestiraju se promjenama u stavovima o adekvatnom operativnom rješenju problema i prikladnim instrumentima (Sabatier i Jenkins-Smith, 1999: 147).

Teorija općenito pridaje veliku važnost razumijevanju i objašnjavanju razloga i načina na koji dolazi do promjena u uvjerenjima te samim time u politici podsustava. Sabatier i dr. (1987) u tom kontekstu spominju termin tzv. *vražjeg pomaka* (eng. *the devil shift*) kao važnu intervenirajuću varijablu u funkcioniranju podsustava. Ideja „vražjeg pomaka“ je da će u vrlo konfliktnim situacijama politički protivnici u određenom podsustavu percipirati jedni druge kao više moćnima i zlima nego što to oni doista jesu (Sabatier i dr, 1987: 451). Nadalje, akteri će u toj situaciji vrlo često osporavati motive svojih protivnika, dok će sebe percipirati kao razumnije jer djeluju iz brige za opće dobro, te će postupke suparničke koalicije ocjenjivati oštrije nego postupke vlastite koalicije. Sukladno tome, također će svoje protivnike percipirati utjecajnijima, te samim tim i opasnijima (Sabatier i dr, 1987: 451; Sabatier i Weible, 2019: 198).

Do velikih promjena stoga dolazi vrlo teško. Autori teorije su godinama nakon njenog prvotnog predstavljanja izložili više puteva koji vode do javnopolitičkih promjena. Tri puta prema

velikim javnopolitičkim promjenama uključuju vanjske šokove, akumulaciju znanstvenih i tehničkih dokaza kroz učenje orijentirano na politiku, te „zastoj“ (eng. *hurting stalemate*) koji prisiljava sukobljene strane na kompromis. Učenje orijentirano na politiku definira se kroz „relativno trajne promjene misli ili namjera ponašanja koje proizlaze iz iskustva i/ili novih informacija te su usmjerene prema ostvarenju ili revidiranju ciljeva politike“ (Sabatier i Jenkins-Smith 1999: 123). Općeniti konsenzus među autorima i kritičarima je da domet učinka učenja o politikama kao katalizatora promjena ovisi o razini uvjerenja koje promatramo. Tako, učenje o politikama najčešće može dovesti tek do promjene u sekundarnim uvjerenjima aktera, što se manifestira malim promjenama u sustavu. Važno je pritom napomenuti da je ključno pitanje radi li se o učenju unutar ili između koalicija. To nas dovodi do zaključka da je nemoguće da velike promjene podsustava nastupe iznutra, zato što „znanstvene i tehničke informacije mogu olakšati učenje na sekundarnoj razini, no ne i na razini temeljnih uvjerenja“ (Sabatier i Zafonte, 2001, prema Sabatier i Weible, 2019: 198).

Isto tako, uvjet ili put koji je nužan (no ne i dovoljan) za nastupanje velikih promjena podsustava su izvanjski šokovi (eng. *external shocks*), koji ustvari podrazumijevaju značajnu poremećenost vanjskih čimbenika u odnosu na podsustav. Ti vanjski čimbenici uključuju promjene u socioekonomskim uvjetima, promjenu režima, ishode prelivene iz drugog podsustava, ili pak neku vrstu katastrofe (Sabatier i Weible, 2019: 199). Vanjski šokovi često mijenjaju prioritete, utječu na pažnju javnosti te, što je i najbitnije, mogu dovesti do redistribucije resursa ili otvaranja i zatvaranja arena (eng. *venues*) unutar podsustava politike, što može dovesti do zamjene prethodno dominantne koalicije nekom manjinskom koalicijom (Jenkins-Smith i Sabatier, 1994: 194). Vanjski šokovi također mogu promijeniti komponente temeljnih uvjerenja o politici dominantne zagovaračke koalicije (Sabatier i Weible, 2019: 198-199; Jenkins-Smith i Sabatier, 1994: 194).

Autori teorije nakon 1999. godine izlažu dva alternativna puta koji vode velikim promjenama podsustava: unutarnje šokove (eng. *internal shocks*) i sporazume (eng. *negotiated agreements*) (Sabatier i Weible, 2019: 199). Argumenti za važnost unutarnjih šokova nalažu kako su vanjski šokovi nužni za poticaj velikih promjena, no unutarnji šokovi koji se manifestiraju u obliku „fokusiranih događaja“ koji privlače javnu pažnju, ističu ranjivosti sustava, propuste kao i eventualno zanemarivanje politike te donose nove informacije u cijeli proces (Sabatier i Weible, 2019: 204).

U empirijskom dijelu rada nastavljamo s primjenom teorijskog okvira na hrvatsku politiku mentalnog zdravlja. Identificirat ćemo podsustav tako da najprije istražimo koji su njegovi

sudionici. Najvažniji segmenti teorije, s obzirom na postavljeno istraživačko pitanje, su uvjerenja, posebice ona koja se tiču javne politike. Uvjerenja će nam pomoći rasvijetliti odnose među akterima, budući da će nam odnosi tijekom procesa odlučivanja biti ključni kriterij u određivanju zagovaračkih koalicija. Također su nam važna jer pružaju orijentir u grupiranju naših aktera u slučaju da neki od njih dijele uvjerenja no radi određenih okolnosti ne spominju eksplicitnu suradnju. Osvrnut ćemo se i na značenje znanstvenih i tehničkih informacija i njihovu važnost za aktere politike mentalnog zdravlja.

SLUČAJ: ODLUČIVANJE O IZVANBOLNIČKOJ SKRBI U MENTALNOM ZDRAVLJU

Politika mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje je u današnje vrijeme s pravom važna društvena tema. Svjetska zdravstvena organizacija utvrđuje mentalno zdravlje sastavnicom zdravlja, pri čemu se zdravlje definira kao „stanje potpune fizičke, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne tek kao odsustvo bolesti i nemoći“ (Apps.who.int, 1946: 1). U današnjem društvu i dalje postoji određena stigma o duševnim bolestima, kao i duševnim ili mentalnim bolesnicima, što itekako može imati negativan utjecaj na liječenje i osnaživanje pojedinaca koji se bore s bilo kakvom duševnom ili mentalnom poteškoćom.

Donedavno je prevladavao trend pridavanja veće važnosti liječenju i uslugama za ljude s najtežim i potencijalno onesposobljavajućim stanjima, no dojam novijih istraživanja je kako postoji protuteža koja favorizira širu skrb za ljude na svim razinama mentalnih poteškoća (Goldman i Grob, 2006: 737). Sukladno tome, raste i potreba za preraspodjelom resursa u politici mentalnog zdravlja. Utemeljenje nacionalne politike mentalnog zdravlja smatra se ključnim u podizanju svijesti i osiguranju resursa koji su nužni za pružanje učinkovitih, pravednih i pristupačnih tretmana (Knapp i dr, 2006: 4). Nacionalna politika može pružiti okvir unutar kojeg se mogu koordinirati aktivnosti među brojnim agencijama i sektorima za koje bi se očekivalo da će biti u funkciji kako bi odgovorili na višestruke potrebe ljudi s problemima mentalnog zdravlja (Knapp i dr, 2006: 4).

Glavne komponente uspješne politike mentalnog zdravlja uključuju sustav prevencije, liječenja, rehabilitacije i reintegracije (HZJZ, 2011; Saraceno i dr, 2007; Britvić i Štrkalj-Ivezić, 2019). Istraživanja pokazuju da na razinu korištenja usluga mentalnog zdravlja utječu prepreke u

stavovima korisnika kao što su strah od stigmatizacije, percepcija o nedostupnosti usluga, te financijska ograničenost korisnika (Sareen i dr, 2007: 357). Također, u literaturi nailazimo na raspravu o postojanju raznih organizacijskih i financijskih prepreka razvoju sustavne skrbi o mentalnom zdravlju. Neke od njih su: prevladavajući nedostatak političke volje, problemi u načinu financiranja, složenost i otpor prema deinstitutionalizaciji usluga mentalnog zdravlja, izazovi u implementaciji skrbi za mentalno zdravlje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti; mali broj i ograničene vrste radnika koji su educirani u skrbi za mentalno zdravlje; te mnogi drugi (Saraceno i dr, 2007).

Izvanbolnička skrb za mentalno zdravlje odnosi se na liječenje i podršku pruženu izvan bolničkih ustanova, često kroz ambulantne usluge ili centre za mentalno zdravlje. Tretman u zajednici, s druge strane, specifičan je oblik izvanbolničke skrbi gdje mobilni multidisciplinarni timovi stručnjaka pružaju usluge izravno u zajednici korisnika, uključujući njihove domove, s naglaskom na pristupačnost, podršku u svakodnevnom okruženju i minimalno ograničavanje slobode (Stupar, 2020: 9-10). Zajednički nazivnik oba modela je politika deinstitutionalizacije, koja se manifestira smanjenjem kapaciteta psihijatrijskih klinika te pomakom organizaciji pružanja skrbi u zajednici (Mechanic i Rochefort, 1990). Najpopularniji oblik pružanja izvanbolničke skrbi za mentalno zdravlje je nizozemski model FACT (eng. *flexible assertive community treatment*), koji se definira kao pružanje skrbi u zajednici za osobe oboljele od mentalnih bolesti – najčešće putem organizacije mobilnih interdisciplinarnih timova obično sastavljenih od psihijatra, psihologa, socijalnih radnika, medicinskih sestara i tzv. stručnjaka po iskustvu (van Veldhuizen, 2007: 421-422; Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019: 159-161).

Pretragom svjetskih istraživanja na Google Scholaru i JSTOR-u prepoznajemo tek dva istraživanja u kojem autori primjenjuju teorijski okvir zagovaračkih koalicija na odlučivanje o izvanbolničkoj skrbi o mentalnom zdravlju - po jedno u Kanadi i u SAD-u. Prema nalazima tih istraživanja pobjednička koalicija u Ontariju je uspješno pridobila javno mnijenje te ostvarila prednost u znanstvenim informacijama i kredibilitetu; dok je pobjednička koalicija u Vermontu uspješno mobilizirala resurse u pomaku skrbi u zajednici (Swigger i Heinmiller, 2014; Nelson, 1994).

Prethodno razložene komponente politike mentalnog zdravlja primijenit ćemo u istraživanju procesa političkog odlučivanja na području uvođenja modela izvanbolničkog liječenja u Hrvatskoj. Izvanbolnička skrb za mentalno zdravlje odnosi se na pružanje tretmana i podrške osobama s mentalnim poremećajima izvan tradicionalnih psihijatrijskih bolnica. Ovaj model skrbi je važan jer omogućuje pacijentima da ostanu povezani sa svojim obiteljima i društvenom

sredinom, što doprinosi boljoj kvaliteti života i može dovesti do učinkovitijeg liječenja, dok istovremeno smanjuje stigmatizaciju i mijenja troškove povezane s dugotrajnom hospitalizacijom (Killaspy, 2006: 249-250).

Hrvatska politika mentalnog zdravlja

Nedavna globalna zbivanja kao što su pandemija COVID-19, ili pak konkretno u slučaju Republike Hrvatske, razorni potresi koji su pogodili određena područja zemlje; kao i posljedice Domovinskog rata, pridonijeli su rastu broja osoba koje se bore s poremećajima mentalnog zdravlja (Vlada RH, 2022: 2). Skrb o mentalnom zdravlju te samim time i organizacija nacionalne politike mentalnog zdravlja u Republici Hrvatskoj temelji se na Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (Hrvatski sabor, 2024). Hrvatska je zemlja koja se kroz organizaciju svojih javnih institucija kao što su Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), Škola narodnog zdravlja dr. Andrija Štampar i slične; kao i prema navodima različitih akata strateškog planiranja - ponosi tradicijom zaštite javnog zdravlja (Vlada RH, 2022: 7). Posljednji strateški dokument Ministarstva zdravstva, u suradnji s drugim javnim tijelima, na području zaštite i organizacije skrbi o mentalnom zdravlju je „Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030.“ (Strateški okvir) (Vlada RH, 2022). Proces kreiranja tog dokumenta istražujemo kao vremensku točku aktualne promjene politike.

Strateški okvir sastavljen je kao strateški plan koji na početku prikazuje sadašnje epidemiološko stanje mentalnih poremećaja, te opisuje načela, ciljeve i pokazatelje uspješnosti koji su u dokumentu postavljeni. Načela koja su navedena u Okviru su: „teritorijalna, vremenska i ekonomska pristupačnost, pravednost i jednakost pri korištenju zdravstvenih usluga, promicanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja na području rada i obrazovanja, učinkovitost sustava zdravstva i socijalne skrbi, poboljšanje kvalitete medicinskog rada, sigurnost pacijenata i zdravstvenih radnika, te solidarnost“ (Vlada RH, 2022: 23). Nadalje, Okvir također predstavlja i četiri posebna strateška cilja koji se odnose na očuvanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja, kao i prevenciju problema mentalnog zdravlja¹. U kontekstu ovog rada posebno nas zanima sljedeći strateški cilj: „Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici“ (Vlada RH, 2022: 23). Jedna od glavnih premisa koje se protežu kroz Okvir, koju podupiru i stručnjaci iz medicinskog područja (Britvić i Štrkalj Ivezić, 2019), tiče se upravo važnosti pomaka skrbi o mentalnim bolestima iz

¹ Važno je pritom razlikovati djelatnosti koje se tiču javnog zdravstva kao što su promocija i prevencija rizika mentalnog zdravlja, od samog liječenja i tretmana.

velikih institucija u lokalnu zajednicu, što uvelike pridonosi resocijalizaciji osoba s problemima mentalnog zdravlja (Vlada RH, 2022: 22).

U posljednjih dvadesetak godina hrvatska politika mentalnog zdravlja prošla je, kako pokazuju istraživanja, nekoliko značajnih promjena. Stupar (2020) detaljno istražuje stavove i percepcije javnozdravstvenih djelatnika, kao i trenutno stanje hrvatske politike mentalnog zdravlja. Temeljito prikazuje do tada neistraženi zakonodavni proces uređenja organizacije izvanbolničkog liječenja mentalnih poremećaja, s fokusom na provedene pilot-projekte te organizaciju izvanbolničkog tretmana na području grada Zagreba. Od važnih inovacija Zakona o zdravstvenoj zaštiti koje su stupile na snagu nakon 2018., istaknut ćemo uvođenje mogućnosti organizacije mobilnih psihijatrijskih timova pri županijskim Zavodima za javno zdravstvo te organiziranje psiholoških savjetovališta pri domovima zdravlja iz 2023. godine (Hrvatski sabor, 2023: čl. 8; čl. 10). Također, u travnju 2024. na snagu je stupila nova „Mreža javne zdravstvene službe“ – a čini je sveobuhvatni službeni dokument kojim se uređuje pružanje zdravstvene zaštite na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini, te na razini Zavoda. Između ostaloga, organizacijski uređuje pružanje izvanbolničke zdravstvene zaštite (Vlada RH, 2024).

Kada je riječ o pregledu dosadašnjih istraživanja, Odorjan i dr. (2018) istražuju obrasce procesa deinstitutionalizacije psihijatrijskih klinika u Hrvatskoj. Intervjuiranjem stručnjaka i pojedinaca iz nevladinog sektora, zaključuju kako vrlo velik utjecaj na proces imaju financijski resursi određene klinike, koji potom ovise o funkcioniranju države. Deinstitutionalizacija se pritom odvija nekoherentno, na različitim razinama. Očituje se u obrascima otvaranja dnevnih bolnica, povećanju inkluzije, *case managementa* i sličnom. Sukladno svemu navedenom, sudionici predviđaju nastavak razvoja procesa te smanjenje broja hospitalizacija (Odorjan i dr, 2018). U kontekstu današnjeg stanja, mogli bismo reći da donošenje aktualnog strateškog dokumenta i nove „Mreže javne zdravstvene službe“ predstavlja iskorak u razvitku novih obrazaca koji će reorganizacijom financijskih i ljudskih kapaciteta bolničkog sustava odgovarati stvarnim potrebama svake obuhvaćene ustanove (Vlada.gov.hr., 2024).

Dojam je da je tema organizacije skrbi o mentalnom zdravlju u Hrvatskoj do sada pretežno obrađivana iz perspektive medicinske ili neke druge tzv. pomagačke struke. Uz ranije spomenute iznimke studija na području društvenih i humanističkih znanosti (Stupar, 2020; Odorjan i dr, 2018), valja spomenuti i istraživanje o mentalnom zdravlju u Hrvatskoj kroz povijest, kao i o važnosti političkog ulaganja u područje mentalnog zdravlja te o važnosti socijalnih radnika u istome (Braš, 2023). Novak i Petek navode potrebu za sustavnom politikom mentalnog zdravlja temeljnom na holističkom pristupu koji osim skrbi za ozdravljenje bolesnih

uključuje i važnost prevencije i promocije mentalnog zdravlja, kao i komponentu socijalne uključenosti (Novak i Petek, 2015: 192).

Prema našem znanju, teorija zagovaračkih koalicija do sada nije upotrijebljena pri istraživanju hrvatske politike mentalnog zdravlja. Prednost ovog teorijskog okvira je u tome što objedinjuje različite faze procesa stvaranja javnih politika. Autorice spomenutih istraživanja ističu potrebu za provođenjem kvalitativnih istraživanja kojima bi se ispitala iskustva nositelja izvanbolničke i bolničke skrbi, kao i pitanje utjecaja interesnih skupina na razvoj hrvatske politike mentalnog zdravlja (Stupar, 2020: 46-47; Novak i Petek, 2015: 211). Doprinos ovog istraživanja je u pružanju detaljnog uvida u značajke odnosa ključnih aktera u procesu odlučivanja o politici mentalnog zdravlja i izvanbolničkoj skrbi u Republici Hrvatskoj. Kroz podrobno intervjuiranje donositelja odluka i sudionika u procesu nastoji se pobliže razumjeti upravo ta dimenzija aktera, koju analizom dokumenata, kao što je Strateški okvir, teško možemo razlučiti. Zaključno tome, proces odlučivanja promotrit ćemo i kroz prizmu nalaza u istraživanju stavova relevantnih stručnjaka u području mentalnog zdravlja koje su provele Novak i Petek (2018). Nalazi ovog istraživanja predstavljaju nam važan orijentir u ocjenjivanju procesa donošenja aktualne politike RH upravo jer ustanovljuju izostanak svijesti stručnjaka o dimenziji aktivnog zagovaranja, kao i međusobnog umrežavanja i formiranja potencijalne zagovaračke koalicije (Novak i Petek, 2018: 369).

METODOLOŠKI OKVIR

U ovom radu koristi se kvalitativna metodologija, čije glavne karakteristike uključuju posvećenost dubljem razumijevanju fenomena te podrobno i bogato izvještavanje o narativu izjava sudionika. Kvalitativni pristupi općenito dijele cilj da se određeni fenomen razumije iz perspektive ljudi koji ga doživljavaju (Vaismoradi i dr, 2013: 1). Upravo tako će nam u ovom istraživanju omogućiti detaljan uvid u odnose aktera u političkom odlučivanju o politici mentalnog zdravlja, a zatim jesu li ti odnosi povezani s njihovim vrijednostima i uvjerenjima o istoj temi. Podaci za analizu prikupljeni su pomoću dvije kvalitativne metode prikupljanja podataka – selekcioniranjem dokumenata te provođenjem polustrukturiranih intervjua. Odlučili smo se za analizu dokumenata kako bismo dodatno istražili koji su akteri relevantni u procesu kreiranja javne politike. Što god možemo uočiti u sekundarnim izvorima koji su javno dostupni, a tiče se sudjelujućih aktera, važno je jer nam pomaže u razumijevanju društvenog konteksta u kojem je dokument kojeg promatramo stvoren (Lončar, 2010: 236-237).

Uzorkovanje dokumenata provedeno je na temelju nekoliko kriterija. Prvi kriterij se odnosi na sadržaj dokumenata. Budući da je u cilju istraživanja identifikacija potencijalnih zagovaračkih koalicija u procesu odlučivanja o izvanbolničkoj skrbi za poremećaje mentalnog zdravlja, s djelomičnim fokusom na model mobilnih psihijatrijskih timova kao primjerom jedne takve prakse, u uzorak nisu uključeni dokumenti koji se tiču opće strategije hrvatskog zdravstva² ili pak dokumenti koji se tiču područja borbe protiv ovisnosti. Uključeni su samo oni dokumenti koji se tiču politike, programa ili rasprava vezanih uz organizaciju izvanbolničke zaštite i liječenja mentalnog zdravlja i/ili poremećaja.

Drugi kriterij odnosi se na institucionalni izvor dokumenata. S obzirom na to da se u radu istražuju odnosi aktera koji sudjeluju u odlučivanju, uzorkovani su dokumenti prvenstveno različitih formalnih institucija, no i neformalnih aktera. Istraživanje formalnih aktera politike mentalnog zdravlja važno je jer oni donose i provode ključne odluke u sustavu, dok proučavanje neformalnih aktera omogućuje razumijevanje dodatnih utjecaja i pritisaka koji oblikuju te politike izvan službenih institucija.

Treći kriterij za uzorkovanje je tip dokumenata. Uključili smo različite tipove dokumenata kako bismo osigurali sveobuhvatan uvid u oblikovanje i percepciju politike mentalnog zdravlja. To uključuje strateške dokumente poput Strateškog okvira, rasprave o promjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Hrvatski sabor, 2023), te prijepis rasprave relevantnih sudionika o problemima politike mentalnog zdravlja također održanog u Saboru, kao i prilog SUMEZ-a. Takav odabir omogućuje sagledavanje uloge i percepcije različitih aktera u procesu oblikovanja politike, uključujući i neformalne utjecaje. Isto tako, dodatno nam oslikava utjecaje i pritiske izvan službenih institucija. Tako smo pri uzorkovanju dokumenata primarno slijedili kriterij sadržajne relevantnosti, a ne tipološku isključivost, kako bismo obuhvatili što širi spektar perspektiva i uvida.

Naposljetku, objasnit ćemo kriterij vremenskog okvira. U tom slučaju uzimamo razdoblje od 2020. godine, do trenutka pisanja ovog rada. Razlog tomu su nedavne promjene koje su nastupile u ovoj politici - prvenstveno u smislu izlaska novog strateškog dokumenta koji na neki način predstavlja novu etapu u razvoju hrvatske politike mentalnog zdravlja. Isto tako, u literaturi postoji detaljan i sustavan opis relevantnih dokumenata koji se tiču zakonodavnih

² Razlog ovakvome uzorkovanju je činjenica da se Nacionalni plan razvoja zdravstva od 2021. do 2027. gotovo uopće ne dotiče teme zaštite mentalnog zdravlja.

promjena, strateškog planiranja i/ili provođenja projekata vezanih uz organizaciju izvanbolničkog liječenja, do 2020. godine.

Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030. kao ogledni dokument tiče se ponajprije krovne institucije ove javne politike, to jest Ministarstva zdravstva. Slijedi ga prijepis rasprave Aktualnog prijepodneva u Hrvatskom saboru (Hrvatski sabor, 2023) te prijepis Okruglog stola održanog u Saboru (Hrvatski sabor i Most, 2023) - koji sadrži i institucionalne i izvaninstitucionalne aktere; te Izvješće o javnom savjetovanju na Strateški okvir (MIZ, 2022). Naposljetku, kao dokument izvaninstitucionalnog izvora svrstali smo prilog „Hrvatskog saveza udruga za mentalno zdravlje (SUMEZ)“ na tematsku sjednicu Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku. Prilog SUMEZ-a se kao i spomenuta sjednica ticao donošenja Strateškog okvira. Istraživanje formalnih aktera politike mentalnog zdravlja važno je jer oni donose i provode ključne odluke u sustavu, dok SUMEZ predstavlja glas civilnog društva.

Uzorak se, dakle, sastoji od pet dokumenata iz kojih je sveukupno 58 uzorkovanih stranica (v. Prilog 1). Navedene stranice sadrže citate koje smo vadili s pomoću tematskog kriterija. Iz svih dokumenata smo izvukli ukupno 106 jedinica koje smo ukupno kodirali 217 puta. Jedinica kodiranja je citat, koji počinje tamo gdje se počinje spominjati izvanbolničko liječenje, a završava tamo gdje se prestaje spominjati. Tako dobivamo citate/jedinice kodiranja duljine od nekoliko riječi do nekoliko rečenica. Segmentiranje intervjua provedeno je prema istom principu kao i kodiranje dokumenata; svaka jedinica kodiranja definirana je kao citat koji počinje kada se spominje izvanbolničko liječenje, a završava kada se tema promijeni.

Provođenjem polustrukturiranih intervjua s ispitanicima nastojali smo steći uvid u uvjerenja i stavove aktera o izvanbolničkom modelu skrbi (v. Prilog 2). Transkripti intervjua ukupno sadrže 99 stranica. Pri intervjuiima imali smo 209 jedinica kodiranja, koje smo ukupno kodirali 497 puta. Metoda teorijskog uzorkovanja metoda je namjernog uzorka. Internetsko pretraživanje dokumenata, članaka, internetskih stranica različitih državnih tijela i medija, te u konačnici i uvid u strukturu radne skupine Strateškog okvira, omogućili su nam da sastavimo okvir potencijalnih ispitanika za intervju. Teorijsko uzorkovanje je stoga proces prikupljanja podataka i njihove kategorizacije na temelju relevantnosti za istraživačko pitanje (Jeđud, 2007: 89).

Najprije smo promatrali svakog aktera ovisno o činjenici je li sudjelovao/la u donošenju Strateškog okvira. Smatramo da su ovi akteri relevantni jer su izravno utjecali na stvaranje trenutne hrvatske politike mentalnog zdravlja. U obzir smo uzeli i one aktere koji unatoč tome

što nisu izravno sudjelovali u radnoj skupini, mogu utjecati na stvaranje politike. Zatim smo aktere podijelili na formalne i neformalne, vodeći računa o različitim strukama i disciplinama. Prvo smo analizirali sastav Povjerenstava koja su radila na Strateškom okviru i Akcijskim planovima te smo na temelju toga identificirali sugovornike. Proveli smo intervju sa službenicima Ministarstva zdravstva (MIZ), Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), liječnicima psihijatrima iz Klinike za psihijatriju „Vrapče“ i KBC-a Sestre Milosrdnice (KBCSM). Također, na preporuku Zagrebačkog psihološkog društva (ZPD), intervjuirali smo njihovu članicu/predstavnicu - kliničku psihologinju i psihoterapeutkinju iz privatne prakse.

Isto tako, SUMEZ je u Odluci o Povjerenstvu za kreiranje Akcijskih planova (MIZ, 2023) prepoznat kao važan akter, koji je pristao na sudjelovanje. Slijede ih predstavnici Ludruga, udruga koja se bavi osnaživanjem psihičkog zdravlja u zajednici putem organizacije grupnih sastanaka *peer* stručnjaka tj. pacijenata s iskustvom. Dojam je kako smo došli do točke zasićenosti u uzorkovanju, jer su ispitanici pretežno redom nabrajali jedni druge kao relevantne aktere politike mentalnog zdravlja, te je time uzorak ispitanika zaokružen. Kontaktiralo se sveukupno desetero ispitanika, imajući na umu pritom da uzorak bude što raznolikiji. Neki od njih se nisu odazvali, a s nekima se radi vrlo kratkog roka za izradu diplomskog rada nije bilo izvedivo dogovoriti za razgovor, pa smo naposljetku proveli ukupno sedam intervjuja. Napokon, uzorak se sastojao od dva liječnika psihijatrije, dvije liječnice (koje nisu psihijatrice) zaposlene u sustavu državne i javne službe, po jedan psiholog i psihologinja (predstavnici udruga), te s tri člana/predstavnik udruga *peer* stručnjaka s kojima je proveden grupni intervju.

Analiza je provedena tako da smo promatrali odnose između kodova i njihovo značenje u objašnjenju sudjelujućih koalicija. Kako bi rezultat kodiranja bio koristan i pregledan, postaviti ćemo kratka pravila kodiranja u ovom istraživanju. Prema tematskoj analizi, jednoj jedinici kodiranja može se dodijeliti više različitih kodova ako sadržaj jedinice to zahtijeva. Isto tako, jedinicama smo mogli dodijeliti više kodova iz istog glavnog koda, baš zato što nastojimo spoznati kako su određene teme povezane te što nam govore o odnosima sudjelujućih aktera. Zadnje pravilo se tiče razine kodiranja, pri čemu su naši kodovi organizirani u tri razine (v. Tablicu 1). Građu ćemo kodirati samo na razini podkodova, budući da smatramo da svaka jedinica kojoj je dodijeljen neki niži kod automatski obuhvaća pripadajući viši kod (ako ga ima), kao i glavni kod (Braun i Clarke, 2006: 89-90).

Tablica 1. Shema kodiranja

1. Akteri	2. Odnosi	3. Uvjerenja
1.1. Uloga	2.1. Konflikt	3.1. Temeljna uvjerenja
1.1.1. Sudjelovali	2.2. Suradnja	3.1.1. Pitanje političke volje
1.1.2. Nisu sudjelovali		3.2. Javne politike
1.2. Vrsta		3.3. Sekundarna uvjerenja
1.2.1. Ministarstvo zdravstva		3.3.1. Interes
1.2.2. Bolnička ustanova		
1.2.3. HZJZ		
1.2.4. Udruga		
1.2.5. Privatni poduzetnik		
1.3. Profesija		
1.3.1. Liječnik psihijatar		
1.3.2. Psiholog/psihoterapeut		
1.3.3. Ostali liječnici i drugi		

Izvor: autorica

Citatima se dodjeljuju kodovi koji sadrže teme iz našeg istraživačkog pitanja. Tematska analiza odnosi se na identifikaciju i analizu tema unutar podataka, a tema se odnosi na specifičan obrazac značenja pronađen u podacima (Joffe, 2012: 209). Teme relevantne za istraživačko pitanje izložene su u shemi kodiranja, pri čemu su izložena tri glavna koda i sedamnaest podkodova, nastali mješovitom strategijom. Iz prvog glavnog koda *Akteri* induktivno su izvedena tri podkoda koji nadalje sadrže ukupno 10 podkodova specifičnih slučaju koji istražujemo (v. Tablicu 1, lijevo). Glavni kod *Uvjerenja* preuzet je iz teorijskog okvira te sadrži tri teorijski određena podkoda, koji predstavljaju tripartitnu strukturu uvjerenja aktera. Ovaj kod je doraden i dodatnim podkodovima. Ovo nam se učinilo prikladnim s obzirom na teme koje su se pojavljivale u razgovoru s našim ispitanicima. Treći glavni kod *Odnosi* preuzet je iz teorije.

OPIS PODATAKA

U idućem dijelu teksta prikazat ćemo naše ispitanike kroz tri glavna koda, u čemu nam je glavni orijentir shema kodiranja. Opisat ćemo uvjerenja ispitanika koja reflektiraju i sama pitanja koje smo postavili ispitanicima (v. Prilog 2). U suštini, cilj je prikazati nalaze unutar svakog koda te pronaći obrasce sličnosti i razlika i zajedničkog pojavljivanja kodova. Cijeli proces nam pomaže da u nastavku uočimo karakteristike realnih odnosa u odlučivanju o izvanbolničkom modelu skrbi.

Započet ćemo s opisom pri kodu *Temeljna uvjerenja* ispitanice iz MIZ-a. Po zanimanju je liječnica medicine te je zaposlena kao državni službenik. Kao članica radne skupine je sudjelovala u izradi Strateškog okvira. Pri definiranju mentalnog zdravlja govori o važnosti dimenzije mentalnog zdravlja u cjelokupnom zdravlju, te kako „ono nije tek odsustvo fizičkih kapaciteta“ (Intervju 1, 2024: 1). Navodi i da svaki pojedinac ima odgovornost poimanja važnosti brige za vlastito zdravlje, a time i zdravlje svake zajednice u kojoj živi. Ulogu države smatra velikom, ističući kako je država ta koja daje smjernice djelovanja javnim institucijama te brine o smanjenju stigme u društvu.

Ispitanica iz HZJZ-a je također liječnica medicine te je zaposlena kao javna službenica. U kontekstu koda *Temeljna uvjerenja*, važnim smatra osnaživanje primarne zajednice te zatim i šire društvene zajednice u svrhu osnaživanja pojedinca. Suradnja i podrška su po njenim riječima preduvjet za mentalno zdravlje pojedinca i zajednice, u sklopu čega se vežu dva koda - *Odnosi* i *Temeljna uvjerenja*. Također, ulogu države smatra presudnom jer upravo ona određuje okvir u kojem ta društvena zajednica funkcionira. Ističe važnost socijalne uloge države kako bi se ljudi osjećali zadovoljnima.

Prelazimo na *Temeljna uvjerenja* ispitanika liječnika psihijatrije koji je zaposlen u sustavu KBCSM. Sudjelovao je na izradi Strateškog okvira. Ispitanik mentalno zdravlje definira kroz međuovisan odnos zdravlja pojedinca i zdravlja društva. Pri definiranju dodaje da bi se stručnjaci iz sektora mentalnog zdravlja trebali baviti isključivo onime što se odnosi na njihovo područje stručnosti (Intervju 3, 2024: 1). Ulogu pojedinca u zaštiti mentalnog zdravlja smatra odgovornim ponašanjem pojedinca i vođenje mentalne higijene. Uloga zajednice je da kroz različite politike upozorava na probleme mentalnog zdravlja. Ulogu države vidi u kreiranju politike te smatra mentalno zdravlje nepobitnim pravom svakog čovjeka (Intervju 3, 2024: 1). Međutim, stava je da se u posljednje vrijeme psihijatrizacijom društva na određen način marginalizira psihijatrijska struka (Intervju 3, 2024: 4).

Liječnik psihijatar, zaposlen pri Klinici za psihijatriju Vrapče, ujedno je i član radne skupine za izradu „Akcijskog plana za implementaciju sustava zaštite mentalnog zdravlja u zajednici“ (Vlada RH, 2022). Na tragu ispitanice iz MIZ-a, ističe da u zaštiti mentalnog zdravlja nije važan samo zdravstveni sustav, već je ključna multi-sektorska suradnja i multidisciplinarni pristup zdravlju. Kada je riječ o odgovornosti pojedinca nasuprot odgovornosti zajednice, ističe ulogu lokalne zajednice te obitelji. Stigmu ističe kao najveći problem, a prioritetom države u zaštiti mentalnog zdravlja smatra rad na zdravstvenom prosvjećivanju i zdravstvenoj pismenosti i prevenciji. Istovjetno liječniku s KBCSM, smatra da su stručnjaci u podređenom položaju jer u

odnosu na „ostatak konvencionalne somatske medicine“ politika zaštite mentalnog zdravlja u Hrvatskoj uvijek je neka vrsta improvizacije – tek ako netko pokaže interes (Intervju 4, 2024: 1-2). Ovdje smo pri kodu *Temeljna uvjerenja*, uočili i kod *Pitanje političke volje*.

Ispitanica koja predstavlja Zagrebačko psihološko društvo, ujedno je i klinički psiholog i psihoterapeut te djeluje u okviru privatne prakse. Formalno nije sudjelovala u izradi dokumenta. Međutim, svoj doprinos hrvatskoj politici mentalnog zdravlja ostvaruje aktivnim djelovanjem kroz ZPD. Slično ispitanici iz HZJZ-a, mentalno zdravlje definira stanjem u kojem pojedinac može slobodno razvijati vlastite potencijale. Veći naglasak ipak stavlja na odgovornost zajednice u zaštiti mentalnog zdravlja. Ulogu države smatra izrazito važnom i stoga ljudi koji imaju moć odlučivanja ne smiju je koristiti samo „dekorativno“ (Intervju 5, 2024: 2-3). Smatra temu politički relevantnom jedino kada mediji senzacionalistički privuku pažnju na određeni problem (Intervju 5, 2024: 3; 9). Takvo razmišljanje svrstavamo unutar koda *Pitanje političke volje*.

Ispitanik iz SUMEZ-a koji je psiholog po struci, član je radne skupine u izradi jednog od četiri akcijskih planova predviđenih u Okviru, što ga čini sudjelujućim akterom. U sklopu koda *Temeljna uvjerenja* mentalno zdravlje definira kao dobrobit svakog pojedinca koji može zadovoljno živjeti u zajednici, slično ispitanicama iz HZJZ-a i ZPD-a. Odgovornost vidi analogno onoj prema fizičkom zdravlju, a to je stav da pojedinac treba primijetiti vlastite probleme i potražiti pomoć, a zajednica mora osigurati tu pomoć. Uloga države je, kako kaže, osiguranje socijalne politike temeljene na humanosti i solidarnosti (Intervju 6, 2024: 2). Unutar koda *Pitanje političke volje*, ispitanik zaključuje da unatoč suglasju formalnih aktera da postoje učinkovitiji modeli skrbi, izvor problematike ostaje nepostojanje političke volje (Intervju 6, 2024: 7).

Posljednji ispitanici su ustvari grupa od tri sudionika, a dolaze iz Ludruga – udruge koja se bavi pružanjem grupne podrške i tretmana *peer* stručnjacima mentalnog zdravlja i članovima njihovih obitelji u zajednici. Raznolikih su profesija te smo pri analizi razgovora zaključili da njihova struka ne predstavlja značajan faktor u njihovim stajalištima. Stoga je obilježje koda *Vrsta* po kojem su akteri civilnog društva ipak relevantnije. Prva ispitanica u okviru koda *Temeljna uvjerenja* kaže da je mentalno zdravlje važno kao samostalna kategorija a ne tek kao suprotnost mentalnoj bolesti. Uloga države je postavljanje zakonodavnog okvira, unutar kojeg ministarstva djeluju i surađuju. Ulogu pojedinaca prva ispitanica vidi u održavanju mentalne higijene, dok se prva i druga ispitanica slažu kako je uloga zajednice osiguranje prevencije (Intervju 7, 2024: 5-6). Dojma su kako postoji povezanost i suradnja između sličnih udruga

civilnog društva i ljudi u sustavu koji podupiru izvanbolnički model, te no sva tri ispitanika se slažu da nedostaje politička volja (Intervju 7, 2024: 4-5). Ovi citati također odgovaraju kodu *Pitanje političke volje*.

Pronašli smo i pet dokumenata za koje se prema kriterijima pokazalo da su relevantni u identificiranju sudionika politike i potencijalnih odnosa među njima. U kontekstu razmatranja koda *Temeljna uvjerenja* vezanih za mentalno zdravlje u različitim relevantnim dokumentima, ističe se niz ključnih perspektiva. U ranije spomenutom "Strateškom okviru razvoja mentalnog zdravlja do 2030." koji je objavila Vlada RH (2022), naglašava se značaj multidisciplinarnog i multisektorskog pristupa. Okvir predstavlja kolaborativno uključivanje različitih ministarstava kao što su zdravstvo, socijalna politika, rad i obrazovanje, te stručnjaka iz područja psihijatrije, psihologije i javnog zdravstva (Vlada RH, 2022: 8).

Iz Izvješća o provedenom savjetovanju (MIZ, 2022) proizlazi kritika na račun nedovoljnih ulaganja u sektor mentalnog zdravlja. ZPD iznosi zabrinutost da bez adekvatnih financijskih ulaganja nije moguće implementirati potrebne promjene, što upućuje na percepciju da postojeće strategije ne zadovoljavaju potrebe za razvojem sveobuhvatnijeg i dostupnijeg sistema skrbi (MIZ, 2022: 6). Pri kodu *Pitanje političke volje*, SUMEZ dodatno naglašava ovu zabrinutost kroz svoje osvrte na nedostatak specifičnih informacija o financiranju, ističući to kao ozbiljan izvor nepovjerenja u političku volju (SUMEZ, 2022: 3). Slično tome, pri Okruglom stolu istaknuta je važnost političkog prepoznavanja mentalnog zdravlja kao prioritetnog područja (Hrvatski sabor i Most, 2023: 7-8). Na raspravi Aktualnog prijedpodneva u Hrvatskom saboru sugovornici, naime, osvjetljavaju problem stigmatizacije kao značajne barijere u promicanju mentalnog zdravlja. Uključivanje i pozicioniranje tema mentalnog zdravlja u političke agende smatra se ključnim za destigmatizaciju i promicanje šire društvene svijesti o važnosti mentalnog zdravlja (Hrvatski sabor, 2023).

Ako „zbrojimo“ sve stavove u diskusiji o *Temeljnim uvjerenjima* vezanim za mentalno zdravlje u Hrvatskoj, akteri su izrazili slične stavove unutar dvije glavne linije. Prvo, postoji široko prihvaćanje da je mentalno zdravlje integralni dio općeg zdravlja, što potvrđuju ispitanici iz MIZ-a i Klinike za psihijatriju Vrapče. Oni naglašavaju važnost sveobuhvatne skrbi koja uključuje prevenciju i liječenje. Odgovornost pojedinca i zajednice za mentalno zdravlje postavlja manje podjele u stavovima. Stručnjaci naglašavaju važnost osobne odgovornosti u održavanju mentalne higijene, dok predstavnici udruga, ujedno i psiholozi, vide ključnu ulogu zajednice u pružanju podrške. Drugo, proaktivna uloga države je ključna - u čemu se slažu svi ispitanici. Naglašavaju potrebu za jasnim državnim smjernicama i adekvatnim resursima koji

omogućuju efektivno provođenje politike. Osim toga, unutar ovog koda pojavljuje se i tema *Političke volje*, koju posebno ističu sudionici iz HZJZ-a, psiholozi, kao i oni iz nevladinih organizacija. Oni kritiziraju trenutni nedostatak političke volje za uvođenjem učinkovitijih modela skrbi.

U nastavku ćemo na isti način prikazati nalaze pripadajuće kodu *Javne politike*. Ispitanica iz MIZ-a kao ciljeve ove politike ističe unaprjeđenje kvalitete života ljudi i dostupnost skrbi. Pritom izražava zadovoljstvo Strateškim okvirom te smatra da za razliku od programa koji su se provodili ranije Okvir predstavlja „sveobuhvatnu strategiju“ mentalnog zdravlja (Intervju 1, 2024: 2-3). Također, prepoznaje razvoj mentalnog zdravlja u zajednici izuzetno važnim ciljem, uz dodatnu koordinaciju između pojedinih sustava. Ispitanica iz HZJZ-a važnim smatra osnaživanje kompetencija kako cjelokupne zajednice tako i svakog pojedinca, dostupnost skrbi te intervencija u zajednici, pogotovo na razini primarne zdravstvene zaštite. Unutar istog koda *Javne politike*, destigmatizaciju navodi preduvjetom ostvarenju ciljeva. Konačno, svrhu modela izvanbolničke skrbi vidi kroz omogućavanje fleksibilnih pristupa u ostvarivanju socijalne uloge osobe (Intervju 2, 2024: 5).

Pri viđenju dosadašnjih programa i politika koje je RH provela ispitanik s KBCSM-a stava je da pri kreiranju politike moramo uzeti potrebe u sustavu obzirom na kontekst vremena i prostora. Pritom smatra da je ovisnost o alkoholu uz tek nekolicinu teških psihičkih poremećaja sustavno zanemaren problem, s obzirom na činjenicu da su univerzalno najzastupljeniji (Intervju 3, 2024: 1-2). Uz to, ističe da institucionalizacija dovodi do kronifikacije psihičkog poremećaja, umjesto do liječenja. Zaključuje da bi se svaki psihički poremećaj trebao liječiti izvanbolnički. Slično tome, ispitanik s Klinke Vrapče kao cilj navodi osiguranje jednake dostupnosti skrbi u cijeloj Hrvatskoj, što zahtijeva reorganizaciju sustava liječenja mentalnih poremećaja. Svrhu modela izvanbolničkog liječenja vidi upravo u ostvarivanju te dostupnosti. Isto tako ističe nezadovoljstvo financiranjem zdravstvenog sustava, kao i podređenim položajem psihijatrijskih odjela unutar bolničkih sustava. Smatra važnim svojevrsno razgraničenje provođenja određenih oblika skrbi (Intervju 4, 2024: 6-7).

Važni ciljevi prema riječima ispitanice iz ZPD-a uključuju fokus na tri faze prevencije: primarna, sekundarna i tercijarna prevencija. Spominje i dostupnost usluga u smislu vremenski prihvatljivog roka u kojem građani mogu dobiti potrebnu pomoć (Intervju 5, 2024: 1-3). Ključnim joj se čini razvijati kratkoročne i dugoročne strategije te educirati stručnjake za rad unutar sustava, što vidimo i kod stava liječnika psihijatra s Vrapča. Najveći problem vidi, kako ističe, iz kuta donosioca odluka. Svrha izvanbolničkog modela liječenja i skrbi je osiguravanje

stručne pomoći onima kojima je potrebna, istovremeno ih ne ograničavajući više nego što je to apsolutno neophodno (Intervju 5, 2024: 4-5).

Nadalje, ispitanik iz SUMEZ-a važnim ciljevima smatra prevenciju suicida i depresije, destigmatizaciju, te deinstitucionalizaciju. Nadodaje da tranzicija prema tom modelu više nije pitanje odluke jer je neminovna. Sustav ocjenjuje inertnim i vjeruje da je važno aktivno zalaganje za provođenje reforme. Svrhu modela izvanbolničkog liječenja ispitanik vidi u sprječavanju dugotrajne hospitalizacije (Intervju 6, 2024: 2; 6). Pri ciljevima koje ispitanici iz Ludruga smatraju najvažnijima, podržavaju sve što stoji u Strateškom okviru. Svrhu modela izvanbolničkog liječenja vide u potpunom izdvajanju iz bolnice. Nadodaju da je svrha njihovog oblika usluge sprječavanje hospitalizacija i osnaživanje korisnika (Intervju 7, 2024: 14-15).

Sigurno, kada je riječ o *Javnopolitičkim uvjerenjima* Strateški okvir načelno predstavlja temelj za integraciju javnih politika između različitih sektora, naglašavajući potrebu za harmoniziranim djelovanjem kako bi se postigli sustavni ciljevi unaprjeđenja mentalnog zdravlja (Vlada RH, 2022: 8, 27). Iz Izvješća o provedenom savjetovanju proizlazi da kritike nedostatka ulaganja direktno utječu na formiranje politika koje bi trebale biti usmjerene na poboljšanje cjelokupne brige za mentalno zdravlje (MIZ, 2022: 6, 21). SUMEZ-ov prilog za tematsku sjednicu Odbora za zdravstvo osvjetljava jasno izražen nedostatak financijskih planova koji bi omogućili implementaciju strateških ciljeva. To ukazuje na potrebu za jasnijim angažmanom i definiranjem resursa koji su ključni za dugoročno planiranje (SUMEZ, 2022: 3).

Tijekom Aktualnog prijedpodneva glede zakonskih izmjena koje uključuju uvođenje mobilnih psihijatrijskih timova zastupnici reflektiraju različita stajališta stranaka o prioritetima u zdravstvenom sektoru. Predložene zakonske izmjene su predmet šire političke rasprave u kojoj sudjeluju zastupnici Mosta i drugih stranaka kao što su Možemo, u nešto manjoj mjeri SDP, te HDZ - gdje se obraća i resorni ministar Beroš. Stav stranaka Most i Možemo ukazuje na potrebu za jasnijim smjericama i boljom regulativom kako bi se osigurala efikasna skrb i dostupnost usluga (Hrvatski sabor, 2023: 2, 5, 13).

Analizirajući stavove o *Javnopolitičkim uvjerenjima* možemo identificirati tri osnovne teme koje obuhvaćaju ključne ciljeve i perspektive različitih aktera. Većina ispitanika ističe važnost unaprjeđenja kvalitete života i pristupačnosti skrbi kao ključnih ciljeva javnih politika. Ova tema se posebno naglašava kroz zadovoljstvo Strateškim okvirom koje izražava ispitanica iz MIZ-a. Slično, ispitanik iz SUMEZ-a i psihijatar s Vrapča naglašavaju potrebu za multi-sektorskom suradnjom i osiguranjem dostupnosti skrbi. Zatim se u drugoj temi veliki naglasak

stavlja i na edukaciju i prevenciju kao važne ciljeve. Ispitanica iz HZJZ-a ističe osnaživanje kompetencija zajednice i pojedinaca, dok s ispitanicom iz ZPD-a dijeli stav o važnosti prevencije. Naposljetku, ispitanici s KBCSM-a i Vrapča kritički se osvrću na sustavno zanemarivanje određenih psihičkih poremećaja i ukazuju na problematiku financiranja sustava - čineći treću osnovu teme *Javnopolitičkih uvjerenja*. Ovi stavovi reflektiraju percepciju da su politike deinstitutionalizacije često rezultat odluka bez dugoročnog planiranja i da su ekonomski interesi često prevladavajući u odlučivanju.

Najspecifičnija uvjerenja u hijerarhiji su ona sekundarna. Ispitanica iz MIZ-a pozdravlja inicijative u suradnji sa strukom, doprinos osvještavanju građana, provođenje *screening* programa, te edukaciju stručnjaka (Intervju 1, 2024: 3-4). Ispitanica iz HZJZ-a govori o rasporedu resursa u odnosu na postavljene ciljeve. Smatra kako se vrlo često govori o nedostatku kadrova, premda analize upućuju na suprotno. Konkretno instrumente politike koje navodi su: licenciranje psihoterapeuta, izrada protokola za provođenje intervencija u zajednici pri HZZO-u; ravnopravan tretman farmakoterapijskih i psihoterapijskih metoda; te uspostavu *screening* alata (Intervju 2, 2024: 7-10).

Ispitanik s KBCSM-a pri kodu *Sekundarna uvjerenja* ocjenjuje psihijatrijske bolnice „opsolentnima“ i vjeruje da je razlog postojanja takvih ustanova politički. Prepreku reformi vidi u vjerojatnosti socijalnih nereda, poradi kadrova koji su zaposleni u bolničkom sustavu. Smatra da bi na svakih sto tisuća stanovnika trebala postojati jedna jedinica za bolničko liječenje. Takvu reorganizaciju bi slijedilo uspostavljanje centara za mentalno zdravlje. Najvažnijim smatra financijsko motiviranje stručnjaka, zaključujući da je prelazak na izvanbolnički model dugotrajan proces koji zahtijeva postupnu senzibilizaciju stručnjaka i javnosti (Intervju 3, 2024: 2-4).

Nužnim korakom unaprjeđenju izvanbolničke skrbi ispitanik s Klinike Vrapče smatra transformaciju psihijatrijskih bolnica, pri čemu je ključna reorganizacija kapaciteta. Isto tako, vjeruje kako bolničko liječenje mora postati zadnja instanca skrbi. Također, važnom mjerom koja bi pokrenula napredak u izvanbolničkom sustavu skrbi o mentalnom zdravlju smatra financijski poticaj stručnjaka u uvođenjem fiksnog i mobilnog dijela plaće. Stava je i da svaštarenje pridonosi psihijatrizaciji društva, i da je izvanbolničko liječenje u okviru Zavoda za javno zdravstvo pogrešna i interesno konfliktna mjera. Ovo smo prepoznali kao implicitan obrazac koda *Interes* (Intervju 4, 2024: 11-15). Oba naša ispitanika koji su psihijatri u bolničkom sustavu stoga pozdravljaju pomak prema izvanbolničkom sustavu te prepoznaju potrebu financijske motivacije kadrova (Intervju 4, 2024: 10-11).

Mjere koje ispitanica iz ZPD-a smatra važnima na području mentalnog zdravlja obuhvaćaju kreiranje sustava kontinuirane skrbi te osnivanje ustanova u zajednici koje će pružati usluge na redovnoj bazi. Kad je riječ o konkretnim rješenjima smatra da nevladin sektor nepravedno preuzima odgovornost za njih (Intervju 5, 2024: 6-7). Najvažnijim korakom izvanbolničkom sustavu smatra ulaganje u dizajn specifičnih programa za pojedinačne zajednice uz edukaciju stručnjaka i osiguranje uvjeta za rad (Intervju 5, 2024: 7-8).

Organizacija resursa i poticaja trebala bi, prema SUMEZ-ovom ispitaniku, uključivati otvaranje projekata udrugama te bolje ulaganje sredstava. Nužne korake unaprjeđenju izvanbolničke skrbi i liječenja vidi u senzibilizaciji stručnjaka. Spominje i mjeru osiguranja dostupnosti psihoterapije unutar sustava HZZO-a. (Intervju 6, 2024: 7-9). Na istu temu, ključnim korakom unaprjeđenju izvanbolničke skrbi članovi Ludruge vide uspostavu protokola tretmana u zajednici te važnost uspostave centara za oporavak. Konkretno pothvate politike prva ispitanica vidi kao instrument zadovoljavanja norme, pri čemu je tema dospjela na dnevni red odlučivanja tek kao sredstvo ostvarenja ekonomskog *Interesa* (Intervju 7, 2024:14). (Intervju 7, 2024: 14-16).

U kontekstu *Sekundarnih uvjerenja* vezanih za odlučivanje o izvanbolničkoj skrbi, ispitanici iz različitih sektora ističu specifične mjere i inicijative. Ispitanici iz ZPD-a i SUMEZ-a ističu važnost kreiranja sustava kontinuirane skrbi koji uključuje civilno društvo u pružanju redovitih usluga. Podršku ovim inicijativama daje i ispitanica iz MIZ-a, koja pozdravlja suradnju sa strukom i civilnim sektorom u osvještavanju građana o problemima mentalnog zdravlja. Štoviše, instrument licenciranja psihoterapeuta kao korakom prema unaprjeđenju kvalitete skrbi prepoznaju ispitanici iz HZJZ-a i SUMEZ-a, no i ispitanica iz ZPD-a. Slične stavove dijele ispitanici iz Ludruge, koji napominju potrebu za jačanjem izvanbolničkih usluga kroz partnerstvo s državnim institucijama. Na koncu, pri istoj temi zaključuju da je jedini motiv za određene mjere deinstitutionalizacije bolničkih ustanova financijski *Interes* (Intervju 7, 2024: 29-30).

U daljnjoj potrazi za *Sekundarnim uvjerenjima* u dokumentima izdvojili smo neke citate koji spominju specifične mjere, regulative i aspekte koji su ključni za unaprjeđenje sustava mentalnog zdravlja. Tako Strateški okvir na polju izvanbolničkog liječenja i skrbi predstavlja planove za širi spektar pristupa koji obuhvaća prevenciju, liječenje i rehabilitaciju. Iz Izvješća o provedenom savjetovanju proizlazi da postoji značajan nedostatak preventivnih mjera u trenutnim politikama. Kritike su usmjerene na slabosti u postojećim pristupima (MIZ, 2022: 6,

21). SUMEZ se u svom prilogu fokusira na potrebu za jasnim i održivim financijskim planovima u svrhu usluga u rasponu od prevencije do specijalizirane skrbi (SUMEZ, 2022: 3).

Tijekom Okruglog stola, intenzivno se raspravljalo o potrebi za unaprjeđenjem usluga u zajednici. Diskusije su se vodile oko toga kako poboljšati pristup skrbi, posebno u ruralnim i manje dostupnim područjima, te kako integrirati različite usluge kako bi se osigurala sveobuhvatna podrška (Hrvatski sabor i Most, 2023). Rasprava zastupnika na Aktualnom prijedpnevnu se pak fokusira na zakonske izmjene koje omogućavaju formiranje mobilnih psihijatrijskih timova. Ovaj pristup je prepoznat kao ključan za dostizanje veće dostupnosti, posebice za osobe koje se nalaze u izoliranim ili nedovoljno servisiranim područjima. Iz stranke Most polemiziraju o nepostojanju pravilnika koji bi regulirao djelovanje tih timova, pri čemu se u širem kontekstu teme nadovezuju na brojne problematičnosti u financiranju hrvatskog zdravstva. Zaključuju da se ovakvi problemi koji ponajprije potječu iz lošeg upravljanja rješavaju depolitizacijom te uspostavom odgovornosti (Hrvatski sabor, 2023: 30-32).

Zadnji kod koji ćemo prikazati su *Odnosi*, a sadrži dvije dimenzije - *Suradnja* i *Konflikt*. Tako ispitanica iz MIZ-a govori kako pri kreiranju Strateškog okvira nije bilo nekih većih dilema (Intervju 1, 2024: 5). Također, naglašava da je Okvir ipak donesen jednoglasnom odlukom Sabora, što pokazuje „da su se sve stranke usuglasile da je ta dimenzija izuzetno bitna“ (Intervju 1, 2024: 1). U sklopu koda *Suradnja* govori o izuzetno pozitivnom okruženju pri stvaranju Okvira. Kao primjer dobre suradnje navodi udruge – SUMEZ, Ludruga i Vrapčići. Izazove razvoju izvanbolničke skrbi vidi u manjoj opstrukciji liječnika iz bolničkog sustava (Intervju 1, 2024: 4-6), čemu pridajemo kod *Konflikt*.

Kada je riječ o situacijama pripadajućim kodu *Konflikt*, ispitanica iz HZJZ-a dojma je da postoji značajan otpor psihijatrijske struke prisutan u cjelokupnom zajedničkom radu (Intervju 2, 2024: 4). Konflikt se javljao pri pitanju u kojoj mjeri treba transformirati bolnički sustav te oko tehničke provedbe mobilnih psihijatrijskih timova. Smatra da otpor dolazi iz straha od narušavanja položaja kao i od gubitka autoriteta (Intervju 2, 2024: 4). Budući da opisana situacija implicitno podsjeća na obrazac određenog interesa, odlučili smo citatima ovog odlomka nadodati kod *Interes*. Pri kodu *Suradnja*, ističe ključnu ulogu civilnog društva (Intervju 2, 2024: 10-13).

Istu suradnju, pri izradi Strateškog okvira, liječnik psihijatar s KBCSM ocjenjuje izvrsnom. Objašnjava kako se zajednički kroz svaku temu raspravljalo te tako postizao konsenzus (Intervju 3, 2024: 4). Slično tome, liječnik psihijatar s Vrapča smatra da unutar psihijatrijske

struke postoji konsenzus o jačanju izvanbolničkih modela (Intervju 4, 2024: 10-11). U domeni koda *Suradnja*, odlučivanje o izvanbolničkoj skrbi vidi kao mjesto zajedničkog djelovanja formalnih donositelja odluka i civilnog društva. Pohvaljuje djelovanje MIZ-a pri uključivanju predstavnika nevladinog sektora u proces stvaranja politike (Intervju 4, 2024: 11-15).

U kontekstu *Odnosa* i utjecaja na donošenje odluka, ispitanica iz ZPD-a ukazuje na sukob između stručnjaka koji proizlazi iz pitanja taštine i moći. Ističe produktivnu suradnju ZPD-a s Hrvatskim novinarskim društvom u suzbijanju senzacionalizma u temi. Isto tako, pri kodu *Konflikt* za kraj nadodaje da smatra da postoji sukob između ministarstava o imidžu (Intervju 5, 2024: 3; 9-12). Nasuprot tome, ispitanik iz SUMEZ-a smatra da antagonizam u pogledima i razmišljanjima u odlučivanju o modelu skrbi više ne postoji. *Suradnju* unutar radne skupine ocjenjuje izrazito pozitivno, posebice s dijelom MIZ-a zaduženim za udruge; pojedincima iz HZJZ-a; te pohvaljuje bolnice Jankomir i Vrapče i njihova ravnateljstva. Međutim, ističe stav o nepravednom financijskom zapostavljanju nevladinog sektora (Intervju 6, 2024: 10-11).

Ispitanici iz Ludruge smatraju da najbolju suradnju ostvaruju s ostalim udrugama, poglavito u pokretanju inicijative donosioca odluka. Prva se ispitanica osvrće i na pozitivnu suradnju s formalnim akterima ostvarenu tijekom održavanja nekoliko sjednica saborskoga odbora (Intervju 7, 2024: 24-25). Vjeruju kako uz otpor struke na vodećim pozicijama, snažnu prepreku predstavlja svojevrsna nevolja od strane ministarstava (Intervju 7, 2024: 25-26). Opisuju sjajnu suradnju s pojedincima iz HZJZ-a te s Klinike Vrapče, čineći obrasce koda *Suradnje* sudjelujućih (Intervju 7, 2024: 28). Zaključno stavovima koji se tiču tema određenih situacija *Konflikta*, negativnog su dojma jer im, kako kažu, bolničke ustanove ulaze u civilni prostor kao konkurent (Intervju 7, 2024: 30-31).

Na kraju ćemo prikazati obrasce koda *Odnosa* uočene pri dokumentima. U Okviru se tek činjenično navodi da je izradu okvira vodilo povjerenstvo koje uključuje predstavnike iz različitih ministarstava, javnozdravstvenih institucija i civilnog društva, naglašavajući važnost suradnje (Vlada RH, 2022: 8). Na Okruglom stolu su predstavnici udruga i državnih institucija, poput psihijataru s KBC-a Zagreb i psihologinje s FFZG, izrazili su suglasnost oko potrebe za poboljšanjem međusektorske *Suradnje*. Konkretno, naglašena je važnost bolje koordinacije zdravstvenog sektora i udruženja građana pri razvoju izvanbolničkog modela skrbi (Hrvatski sabor i Most, 2023).

Izvešće o javnom savjetovanju prepoznaje određene obrasce *Suradnje* između aktera koji su kritizirali Strateški okvir. Međutim, uočeno je da postoje značajne razlike u mišljenjima među

akterima o potrebnim ulaganjima i preventivnim mjerama, što ukazuje na *Konflikt* u percepcijama o pitanju kako najbolje pristupiti unaprjeđenju mentalnog zdravlja. Dakako, sadržaj prikazanih dokumenta reflektira neslaganje o razini potrebnih financijskih ulaganja. Dok administracija sugerira ograničena ulaganja, zdravstveni radnici, poput liječnice javnog zdravstva s HZZO-a, zagovaraju intenzivnije preventivne mjere, što dovodi do konflikta prioriteta (MIZ, 2022: 21; 89).

Pri kodu *Suradnja* uočili smo međusobno podržavanje te suglasje u stavovima sudionika. Tekst Izvješća o javnom savjetovanju to vjerojatno najzornije prikazuje. ZPD je primjerice istaknulo da su promjene nemoguće bez adekvatnih investicija. Ovaj stav nalazi široku podršku unutar stručne zajednice kao i općenito gotovo svih sudionika. Podršku unaprjeđenju intervencija izvanbolničkih modela izražava i Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske, koji se, zajedno s Hrvatskom komorom psihoterapeuta, često puta eksplicitno slažu kritikama ZPD-a. Ovaj skup stavova ukazuje na značajnu suradnju između zdravstvenih radnika, stručnjaka iz raznih zavoda i predstavnika civilnog društva, koji zajedno ukazuju na ključne deficite u trenutne politike (MIZ, 2022: 106-108).

Po svemu sudeći, dojam je da široka podrška koja postoji među profesionalcima iz različitih segmenata zdravstvenog sektora i civilnog društva ilustrira zajednički stav prema potrebi kolektivne senzibilizacije za utemeljenjem oblika izvanbolničkog tretmana u Hrvatskoj. Ovo jedinstvo u perspektivama pokazuje snažnu osnovu za daljnje zagovaranje promjena unutar politike i praksi koje se tiču mentalnog zdravlja, naglašavajući važnost integriranih i kvalitetno koordiniranih akcija.

ANALIZA MEĐUODNOSA AKTERA I NJIHOVIH UVJERENJA

U idućem dijelu rada cilj nam je steći uvid u odnose između aktera tako što ćemo detektirati linije stavova koje oni formiraju o pritom relevantnim pitanjima. Važno nam je analizirati koincidenciju kodova koje smo im dodijelili da bismo mogli identificirati koji su to akteri, u kakvoj ulozi, koje vrste, te koje profesije; bili u kakvim odnosima; te kakva uvjerenja ti akteri imaju. To činimo kako bismo potom mogli oformiti skupine tih odnosa. Uvidom u stavove ispitanika odlučujemo ih grupirati sukladno temama/kodovima koje primjećujemo da se najčešće javljaju zajedno u razgovoru s ispitanicima. Pri formiranju skupina odnosa zanima nas njihovo preklapanje i kako ono utječe na formiranje skupina aktera. Uspješno smo identificirali četiri skupine (v. Tablicu 2).

Tablica 2. Identificirane skupine odnosa

Skupina kodova	Akteri skupine	Karakteristike
<u>Prva skupina:</u> <i>MIZ</i> <i>Liječnik psihijatar</i> + <i>Suradnja</i> + <i>Pitanje političke volje</i> <i>Interes</i>	Ministarstvo zdravstva, Liječnik psihijatar s KBCSM-a, Liječnik psihijatar s Klinike za psihijatriju Vrapče	Percepcija izvrsne suradnje, bez konflikata; sumnja na političke/ekonomske interese
<u>Druga skupina:</u> <i>Liječnik psihijatar</i> <i>Bolnička ustanova</i> + <i>Konflikt</i> + <i>Javne politike</i> <i>Sekundarna uvjerenja</i>	Liječnik psihijatar s KBCSM-a i Liječnik psihijatar s Klinike za psihijatriju Vrapče	Podrška deinstitucionalizaciji, ali različiti stavovi oko instrumenata i evaluacije politika
<u>Treća skupina:</u> <i>HZJZ</i> <i>Udruga</i> + <i>Suradnja</i> + <i>Temeljna uvjerenja</i> <i>Javne politike</i> <i>Sekundarna uvjerenja</i>	HZJZ, Ludruga, SUMEZ <i>*Stranke Most i Možemo; razne institucije psihološke djelatnosti (savezi, društva, komore...); Zavod za socijalni rad; ostale udruge iz dokumenata.³</i>	Naglašavaju financiranje i protokole kao prepreke; spominju otpor psihijataru i apatiju formalnih aktera
<u>Četvrta skupina:</u> <i>Privatni poduzetnik</i> <i>Psiholog/psihoterapeut</i> <i>Nisu sudjelovali</i> = <i>Temeljna uvjerenja</i> <i>Javne politike</i> <i>Sekundarna uvjerenja</i> = <i>HZJZ</i> <i>Udruga</i>	Privatna psihologinja iz ZPD-a	Dijeli sve stavove s akterima treće skupine. Sudjeluje u javnom savjetovanju, no ne sudjeluje u donošenju odluka

Izvor: autorica

Prve dvije skupine stavova smo formirali na temelju kodova koji djelomično koincidiraju, a obuhvaćaju aktere koji suradnju i odnose u odlučivanju o izvanbolničkoj skrbi i o razvoju mentalnog zdravlja u zajednici percipiraju vrlo pozitivnima, bez ikakvih konflikata i značajnih

³ Aktere iz dokumenata nismo strogo svrstavali u skupine niti koalicije sukladno metodološkoj ogradi koju postavljamo u ovom radu (v. str. 31). Budući da iz dokumenata teško možemo donositi zaključke o stavovima aktera koji su najčešće kompleksni i višeslojni, pridružili smo ove aktere skupinama čiji akteri dijele stavove slične njihovima.

nesuglasica. Ovdje smo svrstali MIZ i liječnike psihijatre. Sva tri aktera opisuju izvrsnu suradnju sa svim sudionicima pri izradi strateškog dokumenta. Tako se primjerice *MIZ* u kodiranju 17 puta pojavljuje u kombinacijama sa *Suradnjom*, a 14 od tih slučajeva su jedinice kodirane iz intervjua s MIZ-om. *Liječnici psihijatri* se slično tomu sa *Suradnjom* pojavljuju 7 puta, a svih se 7 slučajeva tiče njihovih izjava o nepostojanju otpora i pozitivnoj suradnji. Postoji mogućnost da na uvjerenja prve dvije skupine aktera utječu njihovi specifični politički i/ili ekonomski interesi. MIZ je od strane više ispitanika povezano s potpunim izostankom političke volje u kompletnoj politici mentalnog zdravlja što pokazuje i 29 slučajeva gdje se *MIZ* i *Pitanje političke volje* pojavljuju zajedno, uz 10 slučajeva gdje se *MIZ* pojavljuje u kontekstu političkog *Interesa*.

Treba napomenuti da MIZ i liječnici psihijatri vrlo slično artikuliraju i ciljeve javne politike – to su dostupnost skrbi i razvoj mentalnog zdravlja u zajednici. Sukladno tome, odnosi ovih aktera podijeljeni su unutar dvije skupine (v. Tablicu 2, Prva skupina i Druga skupina), s obzirom na različitu evaluaciju provedenih programa i politika te različito poimanje konkretnih rješenja u unaprjeđenju izvanbolničke skrbi i postizanju ciljeva. MIZ izazov prelasku na izvanbolnički sustav skrbi prepoznaje u manjim opstrukcijama liječnika i ostalih djelatnika bolničkih sustava, no taj otpor pripisuju stručnom znanju o učinkovitosti modela.

Drugu skupinu odnosa, kao što smo već spomenuli, od prve koju čini MIZ, razlikuju stavovi o politikama i programima zaštite i instrumentima ostvarenja ciljeva. Liječnici psihijatri prepoznaju i podržavaju deinstitutionalizaciju tretmana mentalnih poremećaja i slažu se u tome da unutar struke postoji konsenzus. Stava su kako bolnički psihijatri ne predstavljaju prepreku ni otpor transformaciji sustava, kao ni pri izradi dokumenta. Također, slažu se da bi se svaki stručnjak trebao držati isključivo područja svoje struke.

Svi akteri iz treće i četvrte skupine mišljenja dakle prepoznaju i naglašavaju nepostojanje političke volje kao glavnu prepreku deinstitutionalizaciji skrbi o mentalnom zdravlju. Ciljevi javne politike koje akteri iz treće skupine dijele uključuju prevenciju, dostupnost skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite s naglaskom na primarnoj, dostupnost intervencija i različitih oblika skrbi u zajednici, no i njihovo osiguranje unutar sustava. *Primjećujemo da usprkos* tome što ponekad koriste drukčije formulacije ili pojmove, akteri artikuliraju ista uvjerenja o javnoj politici. Na sekundarnoj razini uvjerenja primjećujemo istu situaciju. Štoviše, sudionici iz

Ludruga⁴ i HZJZ-a se u 7 slučajeva pozivaju jedni na druge u objašnjavanju važnosti određenih rješenja javne politike. Svi sudionici iz treće skupine smatraju način financiranja zdravstvenog sustava i nepostojanje protokola za izvanbolničke oblike skrbi kao ni usluge tretmana u zajednici ključnom preprekom prelasku ka izvanbolničkom sustavu. Ove situacije su, prema pravilima i definicijama sheme kodiranja, kodirane kao teme *Javnopolitičkih i/ili Sekundarnih uvjerenja* u kombinaciji s *Konfliktom* te se zajedno pojavljuju 15 puta.

Akteri treće skupine dakle dijele većinu uvjerenja s četvrtom skupinom na svim razinama, no međusobno ne surađuju. Privatna psihologinja te članica/predstavnica ZPD-a svrstana je u zasebnu četvrtu skupinu, jer izuzev sudjelovanju u javnom savjetovanju o „Nacrtu strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja do 2030.“ (MIZ, 2022) kroz ZPD – ispitanica nije ni u kakvoj suradnji sa sudjelujućim akterima politike niti s ostatkom ispitanika. Isto tako, nije sudjelujući akter u donošenju odluka o politici mentalnog zdravlja. Sukladno tome, u treću smo skupinu svrstali sudionike iz HZJZ-a, Ludruga, i SUMEZ-a. Tako smo učinili jer sva tri navedena sudionika ističu izvrsnu međusuradnju, slažu se oko ciljeva i instrumenata i pritom su svjesni svoje važnosti i uloge pri donošenju odluka. *Suradnju*, suglasje, kao i međusobno jedni druge, sveukupno zajedno spominju u 24 jedinice kodiranja.

Važno je još napomenuti kako eksplicitna *Suradnja* između *MIZ-a* i *Liječnika psihijataru iz Bolničkog sustava* nije spomenuta ni u jednom slučaju. Njihovu potencijalnu povezanost možemo pokušati artikulirati idejom o latentnom suglasju o neprovođenju određenih instrumenata koji bi u „prevelikoj“ mjeri deinstitutionalizirali skrb o mentalnom zdravlju. Liječnici psihijatri tako predstavljaju struju koja vuče ostanku jakih bolničkih institucija. Ostatak ispitanika *Liječnike psihijatre* ukupno 16 puta povezuju s temama ekonomskog *Interesa*. *Konflikt* u kombinaciji s *Liječnicima psihijatrima* u temama *Javnopolitičkih i Sekundarnih uvjerenja* drugi ispitanici spominju ukupno u 18 slučajeva.

S jedne strane ispitanici navedeno opisuju kao sredstvo održanja moći i autoriteta koji struka uživa, a s druge kao osiguranje održavanja na vodećim položajima u bolničkim sustavima. Akteri koji pripadaju trećoj skupini također dijele stav da vodeće strukture psihijatrijskih bolnica pružaju otpor najprije pri odlučivanju o uvođenju izvanbolničkih oblika liječenja, zatim pri kreiranju akcijskih planova djelovanja, što se potom očituje i u neformalnoj suradnji.

⁴ Dojam je kako ispitanici iz civilnog društva pretežno izražavaju svoja uvjerenja o javnoj politici kroz sekundarna uvjerenja, odnosno kao specifične ciljeve i instrumente. Moguće je da im poznavanje i angažiranost u određenim aspektima politike mentalnog zdravlja omogućava da preciznije ocjenjuju provedene programe i politike, nego akteri koji djeluju unutar formalnih odlučivačkih struktura.

SUMEZ i Ludruga usprkos zajedničkoj značajki aktera civilnog društva i uspješnoj suradnji zauzimaju različite stavove o suradnji sa strukom iz bolničkog sustava, kao i o suradnji s MIZ-om.

Ekonomski i/ili politički *Interes* je kod koji se pojavljuje pri stavovima gotovo svih naših aktera. Najčešće se tema interesa spominje u kontekstu prepreka implementaciji izvanbolničkih oblika liječenja. Uz izostanak MIZ-a, svi ostali akteri prepoznaju politički interes održanja na vlasti. Nadalje, konfliktnu situaciju kojoj posreduje ekonomski interes, akteri iz druge i treće skupine stavova vide u specifičnostima organizacije županijskih zavoda za javno zdravstvo. Akter koji je liječnik psihijatar na Klinici Vrapče ovdje misli na nastojanja da se 2018. liječenje mentalnih poremećaja stavi u ingerenciju županijskih Zavoda posredstvom interesa od farmaceutske industrije. Akteri iz treće skupine ekonomski interes ravnateljstva Zavoda očituju u odgađanju donošenja protokola za mobilne psihijatrijske timove.

Analizom dokumenata uočili smo tri osnovne grupe stavova koje odražavaju interakciju među akterima u formiranju politika za mentalno zdravlje i usmjeravanje budućih inicijativa za unaprjeđenje izvanbolničke skrbi. Njih nismo strogo grupirali prema koincidenciji kodova jer smatramo da nemamo dovoljno znanja o njihovim stavovima i odnosima. Najprije, primijetili smo konsenzus aktera iz različitih sektora, uključujući zdravstvo, socijalnu skrb i obrazovanje. Institucije psihološke djelatnosti te Zavod za socijalni rad načelno bismo mogli smjestiti bliže akterima treće i četvrte grupe odnosa. Zatim, vidimo tri glavna stava unutar koda *Javne politike* u kontekstu izvanbolničke skrbi. Prvi stav naglašava preventivne mjere i integraciju usluga. Drugi stav aktera civilnog društva fokusira se na potrebu za adekvatnim financiranjem i resursima. Treći stav koji zastupa HZJZ, kritički se osvrće na trenutnu političku volju u kontekstu mobilnih psihijatrijskih timova i pristupa skrbi u zajednici.

Naposljetku, identificirana su dva osnovna stava unutar koda *Konflikt*. Prvi se tiče neslaganja oko alokacije resursa i prioriteta u zdravstvenom sustavu, što je posebno vidljivo u izjavama zastupnika stranke Most, zastupnice platforme Možemo te ostalih stranaka koje su doprinijele raspravi Aktualnog prijepodneva. Ovaj stav se naizgled podudara sa stavovima aktera treće i četvrte skupine. Drugi stav reflektira unutarnje neslaganje među pružateljima zdravstvenih usluga i administracijom oko najboljih metoda za implementaciju preventivnih i terapijskih mjera.

INTERPRETACIJA S OBZIROM NA TEORIJU ZAGOVARAČKIH KOALICIJA

U nastavku ćemo interpretirati rezultate istraživanja koristeći odabrani teorijski okvir. Cilj nam je identificirati zagovaračke koalicije u podsustavu politike mentalnog zdravlja vezano uz temu izvanbolničkog liječenja, u čemu će nam pomoći inicijalno grupiranje aktera prema uočenim skupinama kodova. Skupine se sastoje od dijeljenih i povezanih kodova tijekom analize sakupljenih podataka. Kako bismo ponudili temeljito objašnjenje i vlastitu perspektivu odnosa sudionika, na temelju kojih se formiraju koalicije (v. Tablicu 3), osvrnut ćemo se kratko i na neke teorijske pojmove koje smatramo vrijednima u razumijevanju tih odnosa.

Tablica 3. Identificirane zagovaračke koalicije

Koalicija 1: Akteri za institucionalnu ravnotežu	Koalicija 2: Akteri za deinstitucionalizaciju
1. Ministarstvo zdravstva 2. Liječnik KBCSM 3. Liječnik s Vrapča - suradnju ocjenjuju odličnom, smatraju da konflikta oko teme nema (2.2.) - dijele značajku ekonomskog i/ili političkog interesa (3.3.1.) - drugi akteri ih percipiraju preprekama deinstitucionalizaciji - dijele javnopolitička uvjerenja (3.2.).	1. HZJZ 2. Ludruga 3. SUMEZ 4. Psihologinja/članica ZPD-a - dijele stav o nepostojanju političke volje (3.1.1.) - dijele javnopolitička uvjerenja (3.2.) - dijele sekundarna uvjerenja (3.3.) - surađuju (2.2.) - iznimka je ZPD
<p>Odluke: donošenje „Strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja do 2030.“</p> <p>↓</p> <p>Ishodi: kreiranje nove politike s naglaskom na razvoj mentalnog zdravlja u zajednici i izvanbolničkog tretmana</p> <p>↓</p> <p>Krajnji učinci: pokrenut je proces transformacije sustava skrbi za mentalno zdravlje</p>	

Izvor: autorica

Naime, podsustav politike mentalnog zdravlja ustanovili smo formiranim podsustavom. Međutim, dojam je da se unutar ovog podsustava razvija podsustav izvanbolničkog liječenja (i tretmana u zajednici), kao podsustav u nastajanju. Takvom zaključivanju su, osim pregledavanja postojeće literature, pridonijele i izjave aktera o tome da se tema važnosti izvanbolničkih oblika tretmana u Hrvatskoj pojavila 2017., tijekom provođenja Twinning projekta u suradnji s Kraljevinom Nizozemskom (Intervju 7, 2024: 14). Formirani podsustavi uključuju vremenski kriterij od minimalno 7 do 10 godina koordiniranog djelovanja aktera koji teže javnopolitičkim promjenama (Sabatier, 1998: 111). Također, primijetili smo da akteri dijele

temeljna uvjerenja s tek manjim različitostima u stavu odgovornosti pojedinca odnosno zajednice - pri definiranju koncepta mentalnog zdravlja i njegove važnosti, te ulozi države. Činjenica da su temeljna uvjerenja zajednička gotovo svim akterima smatramo olakotnom okolnosti u postizanju konsenzusa, budući da su promjene na ovoj razini uvjerenja vrlo rijetke i smatra ih se gotovo ekvivalentnima religijskom preobraćenju (Weible i Sabatier, 2007: 130). Manja iznimka je pritom MIZ, budući da je jedini akter koji ne izražava stav o nepostojanju političke volje za djelovanjem.

Zajednička uvjerenja o javnoj politici su temelj formiranja zagovaračkih koalicija i njihovo „fundamentalno ljepilo“, koje aktere drži na okupu oko zajedničkih ciljeva i percipiranih prepreka i prioriteta javne politike. Dojam je kako svi akteri prepoznaju osiguranje dostupnosti skrbi izuzetno važnim ciljem politike. Nadalje, dosadašnje programe i politike ocjenjuju nedovoljnim, u smislu nedostatka volje za sustavnim angažmanom oko politike te izostankom sveobuhvatne strategije djelovanja. Iznimka ovom stavu je MIZ, koje kao krovna institucija ove politike izražava nešto pozitivniji stav o provedenim projektima te naglašava značaj donošenja zadnjeg strateškog dokumenta. Liječnici psihijatri dijele međusobno sličan stav o tome da su najvažniji problemi koji se tiču psihičkog zdravlja često sustavno zanemareni, i da je struka pritom često u podređenom položaju (Intervju 3, 2024; Intervju 4, 2024).

Udruge i HZJZ cilju dostupnosti skrbi i osiguravanja različitih intervencija tretmana mentalnog zdravlja u zajednici nadodaju i komponentu omogućavanja takvog tretmana unutar sustava. Vrlo važno uvjerenje o javnoj politici je u našem slučaju ono što smo operacionalizirali kroz pitanje o svrsi i važnosti izvanbolničkog tretmana – to je ustvari poimanje načela deinstitucionalizacije. Deinstitucionalizacija kao pristup ima širok opseg, odnosno, utječe na cijeli podsustav pružanja skrbi za mentalno zdravlje (eng. *subsystem-wide scope*). Također, ima visoku značajnost jer mijenja temeljni način pružanja skrbi (eng. *high salience*) i predstavlja glavni izvor podjela među akterima unutar podsustava mentalnog zdravlja (eng. *major source of cleavage*) (Weible, 2007: 111). Prema našem shvaćanju sudionici se unatoč izražavanju vrlo pozitivnih stavova o ovakvom konceptu pružanja skrbi, upravo ovdje dijele na (najmanje) dvije zagovaračke koalicije.

Prva zagovaračka koalicija obuhvaća MIZ i liječnike psihijatrije u bolničkom sustavu. Pri formiranju skupina aktera te kasnije i potencijalnih zagovaračkih koalicija poštujemo pravilo teorije zagovaračkih koalicija, koje nalaže da akteri unutar skupina moraju dijeliti najmanje dva do četiri uvjerenja o javnoj politici. Osim stava o opasnosti od psihijatrizacije društva, oba liječnika psihijatra potpuno podržavaju takvu transformaciju sustava. Štoviše, navode da unutar

struke vlada isti konsenzus uz tek manje nesuglasice, potencijalno radi osobnih interesa. Isto pozitivno mišljenje dijeli i MIZ. Shvaćanje koje izlažemo u ovom radu tiče se latentnih odnosa u odlučivanju o deinstitucionalizaciji. Drugim riječima, iako MIZ i psihijatri bolničkog sustava nužno ne surađuju otvoreno, stekli smo dojam da oni potencijalno čine upravo koaliciju aktera koji teže institucionalnoj ravnoteži. Tu tvrdnju djelomično temeljimo na shvaćanju aktera iz civilnog društva:

„(...) ako recimo ta grupa iz Vrapča vuče stvari na svoj mlin, odnosno žele reformu, a da ostane jaka institucija (...) ostat će bolnica, ostat će institucija, ali ćemo toj bolnici samo dodati nove usluge. Na primjer, toj bolnici ćemo dodati da ima bolnica mobilni tim i onda ćemo reći pa mi radimo po Europskim standardima. Mi imamo usluge u zajednici, ali institucija će ostati snažna“ (Intervju 7: 2024: 28).

Kada je riječ o MIZ-u, većina ispitanika shvaćaju instituciju Ministarstva zdravstva kao ključnu u ostvarivanju ciljeva oko kojih se svi akteri naizgled slažu. Za razliku od liječnika psihijata, ostatak aktera MIZ spominje u kontekstu nepostojanja političke volje za djelovanjem i neizravnom težnjom održanju postojećeg sustava:

„Ustvari, tada, mainstream Ministarstva, oni ustvari ne vjeruju. Ministarstvo ne vjeruje u dobrobiti deinstitucionalizacije, institucije trebaju ostati takve kakve jesu jer te svakakve i lude i problematične ljude zajednica ne želi“ (Intervju 7, 2024: 24);

„Mislim da je, u tom zadnjem paragrafu, sve jasno oko toga koliko je taj dio važan ljudima koji su tu strategiju donosili, odnosno, da strategija je nešto što je napravljeno pro-forma i jako medicinizirano“ (Intervju 5, 2024: 6);

„(...) ljudima koji odlučuju nije stalo, onda nakon toga možemo razgovarati o tome ima li novaca ili nema novaca i ima li znanja među tim ljudima ili nema“ (Intervju 5, 2024: 8).

U kontekstu navedenog, vrlo važno je napomenuti kako ne donosimo kritičke zaključke bez da u obzir uzmemo nešto što autori teorije koncipiraju kao profesionalna uvjerenja. Pogrešno je pretpostaviti da se akteri u ponašanju vode isključivo uvjerenjima o javnoj politici, a razlog tome je činjenica da su različite vrste organizacija i institucija često odgovorne za postizanje ciljeva koji se tiču dobrobiti same institucije, ljudskih kadrova unutar nje, ili pak procesa koji se odvijaju na razini tržišta. Prema tome, zaključke o uvjerenjima o javnoj politici modificiramo pojmom „dobrobiti pojedinca i/ili organizacije“ (eng. *individual and/or organizational welfare*) (Sabatier, 1998: 111).

Druga zagovaračka koalicija okuplja sve preostale aktere. Iako sudionica iz ZPD-a nije uključena u odlučivanje, prepoznaje svoju kritičku ulogu kroz djelovanje ZPD-a te dijeli uvjerenja o javnoj politici s akterima civilnog društva i HZJZ-om. Teorija spominje postojanje rubnih ili marginalnih članova unutar koalicija, iako su oni manje naglašeni u odnosu na centralne aktere. Marginalni članovi obično dijele neka vjerovanja koalicije, ali nisu u potpunosti uključeni u njene aktivnosti (Weible i dr, 2009: 128-129). Svi sudionici druge zagovaračke koalicije prepoznaju sudionike prve kao protutežu deinstitutionalizaciji skrbi o mentalnom zdravlju, dok sebe prepoznaju kao aktere deinstitutionalizacije. Jedni druge navode kao partnere u ostvarenju svojih uvjerenja i političkih ciljeva. SUMEZ i Ludruga opisuju arene u kojima su organizacijom raznih tribina, inicijativa i ostalih oblika javne akcije slali poziv na političko djelovanje. Isto tako, ranije spomenuti Okrugli stol organiziran od strane Kluba zastupnika Mosta primjer je arene u kojoj su relevantni akteri iz civilnog društva, socijalne skrbi i drugih resora imali priliku utjecati na uvjerenja formalnih aktera koji sudjeluju u zakonodavnom procesu (Weible i Sabatier, 2007: 129).

Najniža u hijerarhiji su sekundarna uvjerenja, koja karakteriziraju instrumenti i konkretna rješenja u postizanju uvjerenja o javnoj politici. Akteri iz koalicije za deinstitutionalizaciju predlažu vrlo slična rješenja ili čak ista. Najvažnijim smatraju kreiranje protokola i pravilnika za usluge tretmana u zajednici te promjene u financiranju sustava. Liječnici psihijatri govore o financijskoj motivaciji stručnjaka za rad izvan sustava, dok MIZ spominje preventivne programe i inicijative u suradnji sa strukom. Teorija nalaže da su uvjerenja sekundarne razine najpodložnija promjeni, što primjećujemo u izjavama aktera o prijedporima stručnjaka po struci oko uloge *peer* stručnjaka. Dojam je kako je u konačnici oko teme postignut konsenzus sa strukom (Weible i dr, 2009: 197).

Za kraj, pobliže ćemo pogledati ulogu tehničkih i znanstvenih informacija u procesu donošenja strateškog dokumenta. Akteri druge zagovaračke koalicije spominju da su nadležnom tijelu predložili izračun o ekonomskoj isplativosti prelaska na izvanbolnički sustav pružanja usluga (Intervju 7, 2024: 23). Također, spominju i provedene studije uspješnosti i projekte koji čekaju implementaciju (Intervju 5, 2024: 8). MIZ smatra pritom da politika mentalnog zdravlja nije samo područje zdravstvenog sustava, te da su ostala ministarstva manje voljna prihvatiti svoju ulogu u zaštiti mentalnog zdravlja (Intervju 1, 2024: 5).

Sukladno svim prikupljenim stavovima i informacijama unutar aktera podsustava, zaključujemo da je druga zagovaračka koalicija uspješno prenijela svoja uvjerenja o javnoj politici na razinu odlučivanja, a zatim i na red za implementaciju politike. U Strateškom okviru

se uvjerenja zagovaračke koalicije koja podržava politiku deinstitucionalizacije jasno odražavaju u konkretnim mjerama usmjerenim jačanju izvanbolničkog modela. Konkretno, to se vidi u planiranim aktivnostima poput uspostave mobilnih timova za pružanje skrbi u zajednici i smanjenja broja postelja u psihijatrijskim bolnicama kako bi se potaknula skrb u zajednici. Ove mjere potvrđuju prijenos uvjerenja o važnosti deinstitucionalizacije u Strateški okvir (Vlada RH, 2022: 44-45). Međutim, pitanje hoće li ovaj „novi“ pravac u skrbi o mentalnom zdravlju zaživjeti u Hrvatskoj, te hoće li uopće dočekati red zacrtane implementacije, ponajviše ovisi o smjeru politike nadležnoga Ministarstva. Zaključno svemu navedenom, akteri više-manje percipiraju sustav inertnim te prepoznaju da je potreban vremenski period postupne senzibilizacije javnosti i struke na tako značajne promjene u sustavu.

ZAKLJUČAK

Cilj istraživanja bio je identificirati zagovaračke koalicije koje su djelovale pri donošenju „Strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja do 2030.“ (Vlada RH, 2022). U tom procesu smo kao teorijsku podlogu za naše objašnjenje koristili teoriju zagovaračkih koalicija. Analizirane podatke smo prikupili provođenjem polustrukturiranih intervjua s akterima te smo aktere dodatno identificirali proučavanjem relevantnih dokumenata. Metoda koju smo koristili je tematska analiza. Ova vrsta analize nam je omogućila da identificiramo obrasce odnosa sudjelujućih ispitanika te u kakvoj su vezi ti odnosi s njihovim uvjerenjima. Pri grupiranju aktera vodili smo se prvenstveno stavovima sudionika o njihovim međudnosima, a zatim smo se posvetili identificiranju zagovaračkih koalicija. Pri objašnjavanju koalicija nalaze o odnosima aktera povezali smo s nalazima o njihovim uvjerenjima.

Prva koalicija, koju čine Ministarstvo zdravstva i bolnički psihijatri, odlikuje se specifičnim zajedničkim obilježjem, budući da naizgled dijele određene interese za održavanjem postojećih institucionalnih struktura. Odnos između MIZ-a i bolničkih psihijatara karakterizira suptilna koordinacija koja proizlazi iz profesionalnih interesa i institucionalne logike, usredotočene na održavanje institucionalne ravnoteže i očuvanje postojeće strukture zdravstvene skrbi, uz istodobno priznanje važnosti deinstitucionalizacije. Iako ne djeluju koordinirano, njihov zajednički interes u održavanju snažnih bolničkih institucija ostavlja dojam latentne suradnje i prepoznatljivog zajedničkog cilja.

Druga zagovaračka koalicija okuplja HZJZ, udruge civilnog društva, te druge stručnjake i aktere koji dijele kritičan odnos prema trenutnom sustavu i otvoreno zagovaraju promjene usmjerene deinstucionalizaciji. Njihov cilj nije samo povećanje dostupnosti skrbi u zajednici, već i transformacija sustava u kojem će izvanbolnički tretman postati ključna komponenta politike mentalnog zdravlja. Prepoznaju aktere prve koalicije kao glavnu prepreku značajnim promjenama, ali istovremeno jačaju vlastite veze i razvijaju strategije kako bi prenijeli svoja uvjerenja na političku razinu. Druga zagovaračka koalicija osnažila je svoju poziciju kroz priliku koju im je stranka Most pružila uz organizaciju Okruglog stola, što je vidljivo i u političkim stavovima zastupnika Aktualnog prijedpodneva u Saboru. Ove arene omogućile su koaliciji da istakne važnost izvanbolničke skrbi i potakne širu deliberaciju o temi, čime su uspjeli prenijeti svoja uvjerenja na političku razinu. Kao što teorija zagovaračkih koalicija sugerira, ova koalicija je učinkovito koordinirala resurse i strategije unutar političkog procesa, što je bilo ključno za njihov utjecaj na donošenje politika (Nohrstedt i Heinmiller, 2024: 4-6).

Prva koalicija koristi svoj institucionalni položaj kako bi zadržala kontrolu nad procesom odlučivanja, dok druga koalicija koristi mrežu suradnje i vanjske pritiske kako bi pokušala unijeti promjene u sustav. Svi akteri osim MIZ-a prepoznaju izostanak političke volje kao problem hrvatske politike mentalnog zdravlja. Stanje u kojem akteri ne dijele temeljno uvjerenje, koje se pritom tiče uloge glavnog/nadležnog aktera ove politike (MIZ), ukazuje nam na mogućnost teškoća u promjenama politike. Premda akteri koji ne vide prepreke uvođenju modela izvanbolničkog liječenja te smatraju da odnosima prevladava opći konsenzus oko daljnjeg smjera politike načelno dijele uvjerenja o javnoj politici s ostalima, dojam je da upravo neravnoteža uvjerenja o ciljevima javne politike predstavlja znatnu prepreku reformi. Udruge su se pritom pokazale gotovo pa ključnim akterom promjena, koji usprkos vrlo nepovoljnom financijskom položaju posjeduje kapacitet za mobilizaciju i pokretanje političkih promjena.

Ovim istraživanjem nastoji se započeti dubinsko istraživanje kako faze političkog odlučivanja, tako i kompletnog procesa stvaranja javne politike mentalnog zdravlja. Ideja izvanbolničke skrbi polako prodire u formalne političke okvire RH te možemo zaključiti da su za to zaslužni akteri druge koalicije koji su započeli umrežavanje i shvatili važnost koordiniranog djelovanja i pritiska na formalne strukture.

Naše istraživanje dakako prepoznaje mnoge ograničenosti. Iako smo identificirali velik broj različitih aktera politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, nismo ih mogli sve intervjuirati. Isto tako, svjesni smo da stavove pojedinaca kao predstavnika ustanova ne možemo smatrati nužnim stavom svih aktera unutar neke ustanove. Potrebno je provođenje većeg broja intervju s

liječnicima psihijatrije različitih pozadina, aktera iz socijalne skrbi, HZZO-a, HZJZ-a te mnogih drugih, kako bi se stekla sveobuhvatna slika odnosa koji oblikuju politiku. Buduća istraživanja bi se mogla koncentrirati na prepreke implementaciji zakonom predviđenih modela izvanbolničke skrbi, koje naši akteri prepoznaju kao aktualni problem politike. U tom kontekstu prepoznaje se potreba za dodatnim intervjuiranjem ravnatelja županijskih Zavoda za javno zdravstvo, ravnatelja/šefova psihijatrijskih bolnica/odjela, uz što više ostalih aktera koji predstavljaju autoritet u hrvatskoj politici mentalnog zdravlja.

POPIS LITERATURE

Apps.who.int (1946) Constitution of the World Health Organization. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> Pristupljeno 6. kolovoza 2024.

Braš, Bernarda (2023) Politika mentalnog zdravlja. <https://repositorij.pravo.unizg.hr/islandora/object/pravo:5689> Pristupljeno 15. siječnja 2024.

Braun, Virginia i Clarke, Victoria (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Britvić, Dolores i Štrkalj Ivezić, Slađana (2019) *Mentalno zdravlje u zajednici*. Split: Redak.

Elgin, Dallas J. i Weible, Christopher M. (2013) A Stakeholder Analysis of Colorado Climate and Energy Issues Using Policy Analytical Capacity and the Advocacy Coalition Framework. *Review of Policy Research* 30(1): 114-133.

Fenger, Menno i Klok, Pieter-Jan (2001) Interdependency, beliefs and coalition behavior: A contribution to the advocacy coalition framework. *Policy Sciences* 34(2): 157-170.

Funk, Michelle i dr. (2005) Mental health promotion: An important component of national mental health policy. U: Herrman, H. i dr. (ur) *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (str. 216-225). Geneva: World Health Organization.

Goldman, Howard H. i Grob, Gerald N. (2006) Defining 'Mental Illness' In Mental Health Policy. *Health Affairs* 25(3) 737-749.

Hrvatski sabor (2023) Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti. *Narodne novine* 33/2023.

HZJZ (Hrvatski zavod za javno zdravstvo) (2011) MENTALNO ZDRAVLJE - JAVNOZDRAVSTVENI IZAZOV. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/10/mental_izazov_2011.pdf Pristupljeno 5. travnja 2024.

Jeđud, Ivana (2007) Alisa u zemlji čuda-kvalitativna metodologija i metoda utemeljene teorije. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 43(2): 83-101.

Jenkins-Smith, Hank i Sabatier, Paul A. (1994) Evaluating the Advocacy Coalition Framework. *Journal of Public Policy* 14(2): 175-203.

Joffe, Helene (2012) Thematic analysis. U: Harper, David i Thompson, Andrew R. (ur) *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners* (str. 209-223). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Killaspy, Helen (2006) From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin* 79(1): 245-258.

Knapp, Martin i dr. (2006) Economic barriers to better mental health practice and policy. *Health Policy and Planning* 21(3): 157-170.

Lončar, Miroslav (2010) Korištenje dokumentarnih izvora u sociološkim istraživanjima. *Godišnjak Titius: Godišnjak za interdisciplinarna istraživanja porječja Krke* 3(3): 229-239.

Mechanic, David i Rocherfort, David A. (1990) DEINSTITUTIONALIZATION: An Appraisal of Reform. *Annual Review of Sociology* Vol.16: 301-327.

Ministarstvo zdravstva (2021) Pravilnik o izmjenama Pravilnika o skladištenju opasnih kemikalija koje djeluju u obliku plina. *Narodne novine* 147/2021.

Miočić, Ivana (2018) Fleksibilnost studije slučaja: prednost ili izazov za istraživače?. *Ljetopis socijalnog rada* 25(2): 175-194.

Nelson, Geoffrey (1994) The Development of a Mental Health Coalition: A Case Study. *American Journal of Community Psychology* 22(2): 229-255.

Nohrstedt, Daniel i Heinmiller, Tim (2024) Advocacy coalitions as political organizations." *Policy and Society*. puae005, <https://doi.org/10.1093/polsoc/puae005>

Novak, Miranda i Petek, Ana (2018) Ekspertiza i razvoj hrvatske politike mentalnog zdravlja: percepcija stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja. *Socijalna psihijatrija* 46(4): 343-371.

Novak, Miranda i Petek, Ana (2015) MENTALNO ZDRAVLJE KAO POLITIČKI PROBLEM U HRVATSKOJ. *Ljetopis socijalnog rada* 22(2): 191-221.

Petek, Ana, i Petković, Krešimir (2014) *Pojmovnik javnih politika*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.

Petek, Ana (2016) Politološka ekspertiza za javne politike. *Suvremene teme: međunarodni časopis za društvene i humanističke znanosti.*, (8), 7-23.

Petek, Ana (2012) Što su hrvatske javne politike? *Političke analize: tromjesečnik za hrvatsku i međunarodnu politiku* 3(11): 37-45.

Ravelli, Dick P. (2006) Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care* 6.

Sabatier, Paul A. (1988) An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences* 21(2-3): 129-168.

Sabatier, Paul A. i Jenkins-Smith, Hank (1999) The advocacy coalition framework: An assessment. U: Sabatier, Paul (ur) *Theories of the Policy Process* (str. 117–166). Boulder, CO: Westview Press.

Sabatier, Paul A. i dr. (1987) The devil shift: Perceptions and misperceptions of opponents. *Western Political Quarterly* 40(3): 449-476.

Sabatier, Paul A. i Weible, Christopher M. (2019) The advocacy coalition framework: Innovations and clarifications (str. 189-220). U: Birkland, Thomas A. (ur) *Theories of the Policy Process*, Second Edition. Routledge.

Sabatier, Paul A. (1998) The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe. *Journal of European public policy* 5(1): 98-130.

Saraceno, Benedetto i dr. (2007) Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Global Mental Health* 370(9593): 1164-1174.

Sareen, Jitender i dr. (2007) Perceived Barriers to Mental Health Service Utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services* 58(3): 357-364.

Schlager, Edella (1995) Policy making and collective action: Defining coalitions within the advocacy coalition framework. *Policy Sciences* 28(3): 243-270.

Stupar, Anastazija (2020) Mentalno zdravlje i vezane javnozdravstvene politike i prakse – perspektiva djelatnika Nastavnog zavoda za javno zdravstvo “dr. Andrija Štampar”. <https://repozitorij.ffzg.unizg.hr/islandora/object/ffzg:2920> Pristupljeno 2. srpnja 2024.

Swigger, Alexandra i Heinmiller, Bruce Timothy (2014) Advocacy Coalitions and Mental Health Policy: The Adoption of Community Treatment Orders in Ontario. *Politics & Policy* 42(2): 246-270.

Vaismoradi, Mojtaba i dr. (2013) Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences* 15(3): 398-405.

van Veldhuizen, J. Remmers (2007) FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal* 43(4): 421-433.

Vlada.gov.hr (2024) Beroš: Novom Mrežom javne zdravstvene službe u potpunosti se okrećemo potrebama naših pacijenata. <https://vlada.gov.hr/vijesti/beros-novom-mrezom-javne-zdravstvene-sluzbe-u-potpunosti-se-okrecemo-potrebama-nasih-pacijenata/40948?lang=hr> Pristupljeno 8. kolovoza 2024.

Weible, Christopher M. (2007) An Advocacy Coalition Framework approach: Understanding the political context of California marine protected area policy. *Journal of Public Administration Research and Theory* 17(1): 95-117.

Weible, Christopher M. i Sabatier, Paul A. (2007) A Guide to the Advocacy Coalition Framework. U: Fischer, Frank i dr. (ur) *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods* (str. 123-137)

Weible, Christopher M. i dr. (2009) Themes and Variations: Taking Stock of the Advocacy Coalition Framework. *Policy Studies Journal* 37(1): 121-140.

Popis intervjuja:

1. Intervju 1 (2024) Intervju sa službenicom MIZ-a. Zagreb: 27.05.2024.
2. Intervju 2 (2024) Intervju sa službenicom HZJZ-a. Zagreb: 13.06.2024.
3. Intervju 3 (2024) Intervju sa zaposlenikom KBCSM-a. Zagreb: 29.05.2024.
4. Intervju 4 (2024) Intervju sa zaposlenikom Klinike za psihijatriju „Vrapče“. Zagreb: 26.06.2024.
5. Intervju 5 (2024) Intervju s predstavnicom ZPD-a. Zagreb: 13.06.2024.
6. Intervju 6 (2024) Intervju s predstavnikom SUMEZ-a. Zagreb: 29.05.2024.
7. Intervju 7 (2024) Intervju s tri predstavnika „Ludruge“. Zagreb: 28.05.2024.

PRILOG 1. Popis uzorkovanih dokumenata

MIZ (Ministarstvo zdravstva) (2022) Izvješće o provedenom savjetovanju: Savjetovanje o Nacrtu strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja 2022.-2030. https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Savjetovanje%20sa%20zainteresiranom%20javno%C5%A1%C4%87u/analiza%20primjedbi_SO%20mentalno.pdf Pristupljeno 27. srpnja 2024.

Hrvatski sabor (2023) Aktualno prijedlogne – tema: „Konačni prijedlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugo čitanje, P.Z.E. br. 433“. <https://edoc.sabor.hr/Views/FonogramView.aspx?tdrid=2016039>. Pristupljeno 28. srpnja 2024.

Hrvatski savez udruga za mentalno zdravlje (SUMEZ) i Zaklada SOLIDARNA (2022) Mentalno zdravlje u slovima, brojkama i životima: prilog za tematsku sjednicu Odbora za zdravstvo i raspravu Hrvatskoga sabora. Zagreb, 7. prosinca 2022.

Hrvatski sabor i Most (2023) *Okrugli stol o temi: "Značaj očuvanja i unapređenja dostupnosti skrbi o mentalnom zdravlju"*. Transkribirano s YouTube videa, 29 stranica. Pristupljeno 16. srpnja 2024., s <https://www.youtube.com/watch?v=VXTkB35uaJg>.

Vlada RH (Vlada Republike Hrvatske) (2022) Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030. <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/STRATE%C5%A0KI%20OKVIR%20RAZVOJA%20MENTALNOG%20ZDRAVLJA%20DO%202030..pdf> Pristupljeno 25. srpnja 2024.

PRILOG 2. Protokol za intervjuiranje

Ime i prezime ispitanika:

Organizacija:

Datum:

TEMELJNA UVJERENJA:

1. Kako definirate mentalno zdravlje i zašto smatrate da je važno za društvo?
2. Koja je uloga pojedinca u održavanju mentalnog zdravlja, a koja uloga zajednice?

3. Kako vidite ulogu države u pružanju podrške i skrbi za mentalno zdravlje građana?

UVJERENJA OKO JAVNE POLITIKE:

1. Koje ciljeve smatrate najvažnijima za postizanje u području mentalnog zdravlja do 2030. godine?
2. Kako biste ocijenili dosadašnje politike i programe vezane uz mentalno zdravlje, te za koje ciljeve smatrate da su zanemareni?
3. Koja je, po Vama, svrha modela izvanbolničkog liječenja i kako biste ocijenili njegovu važnost za Hrvatsku?

SEKUNDARNA UVJERENJA:

1. Kako bi, po Vama, trebali biti raspoređeni resursi i poticaji kako bi se postigli postavljeni ciljevi u području mentalnog zdravlja?
2. Koji su, po Vama, najvažniji koraci koje bi trebalo poduzeti kako bi se unaprijedilo izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti?
3. Što su, po Vama, najveći izazovi i prepreke implementaciji modela izvanbolničke skrbi u RH?

ODNOSI:

1. S kojim organizacijama ili interesnim skupinama ste najviše surađivali tijekom procesa donošenja Strateškog okvira za mentalno zdravlje do 2030. godine, i kako biste opisali tu suradnju?
2. Jesu li postojali sukobi ili nesuglasice s određenim akterima tijekom procesa donošenja Strateškog okvira? Ako da, s kojim akterima i oko kojih pitanja?
3. Kako biste ocijenili razinu podrške i suradnje među različitim akterima u procesu donošenja Strateškog okvira? Koje bi se promjene mogle napraviti kako bi se unaprijedila suradnja i postigao veći konsenzus?

SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI

U ovom radu autorica provodi analizu politike mentalnog zdravlja u Hrvatskoj kroz prizmu teorije zagovaračkih koalicija, s naglaskom na proces donošenja odluka o izvanbolničkoj skrbi. Ovoj se temi u slučaju Hrvatske prvi puta pristupa s politološkog aspekta. Istraživanje se fokusira na identifikaciju aktera koji sudjeluju u procesu stvaranja ove politike, te posebno ispitivanje njihovih međuodnosa te uvjerenja. Autorica postavlja sljedeće istraživačko pitanje: Koje su zagovaračke koalicije sudjelovale u političkom odlučivanju o izvanbolničkoj skrbi, pri donošenju „Strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja do 2030.“? Podaci su prikupljeni putem analize relevantnih dokumenata i polustrukturiranih intervjua s ključnim akterima te kodirani u skladu s pravilima tematske analize. Uvjerenja aktera te stavovi o njihovim međuodnosima i suradnji prikazani su u skladu s konceptima teorijskog okvira zagovaračkih koalicija. Zatim su temeljem provedene analize prikazane četiri skupine kodova koji se pojavljuju zajedno te grupiraju aktere prema razlikama i sličnostima u njihovim iskazima. Zaključak je da postoje najmanje dvije zagovaračke koalicije, pri čemu razlikujemo koaliciju za deinstitucionalizaciju od koalicije za institucionalnu ravnotežu. Dojam je da svi akteri načelno podržavaju uvođenje izvanbolničkog sustava skrbi i oblika tretmana u zajednici. Razlikuju se u stupnju u kojem zagovaraju opseg deinstitucionalizacije sustava te u izboru nužnih instrumenata za postizanje tih ciljeva.

Ključne riječi: hrvatska politika mentalnog zdravlja, akteri u izvanbolničkoj skrbi, političko odlučivanje, mobilni timovi, teorija zagovaračkih koalicija, tematska analiza

SUMMARY AND KEYWORDS

In this study, the author analyzes mental health policy in Croatia through the lens of the Advocacy Coalition Framework, with a focus on the decision-making process regarding outpatient care. This topic is being approached from a political science perspective for the first time in the case of Croatia. The research focuses on identifying the actors involved in the policy-making process and thoroughly examining their interrelationships and beliefs. The author poses the following research question: Which advocacy coalitions participated in the political decision-making on outpatient care during the creation of the "Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030."? Data were collected through the analysis of relevant documents and semi-structured interviews with key actors and were coded according to the rules of thematic analysis. The beliefs of the actors and their views on interrelationships and collaboration are presented in accordance with the concepts of the AFC. Subsequently, based on the analysis, four groups of co-occurring codes are presented, grouping actors according to differences and similarities in their statements. The conclusion is that there are at least two advocacy coalitions, distinguishing between a coalition for deinstitutionalization and a coalition for institutional balance. It appears that all actors generally support the introduction of an outpatient care system and community-based treatment modalities. However, they differ in the extent to which they advocate for the degree of deinstitutionalization and in the choice of necessary instruments to achieve these goals.

Keywords: Croatian mental health policy, actors in outpatient care, political decision-making, mobile teams, Advocacy Coalition Framework, thematic analysis