

Återbesök till öppenvård psykiatri i Bosnien-Hercegovina

Bengt Lagerkvist¹, Lars Jacobsson² och Emina Music³

¹ Docent, Rehab Euro AB, rehabeuroab@mariehem.net Rödhakevägen 11, 906 51 Umeå tel 090 140630. ² Professor em, Umeå universitet. ³ Överläkare, psykiatriska kliniken Trollhättan.

Författarna kan under en psykiatrikongress anekdotiskt utvärdera en sjuårig biståndsinsats till Bosnien-Hercegovina som blev en väsentlig del av landets mentalhälsövårdsreform efter kriget. Den etablerade öppenvård psykiatri kom att stå som modell för utvecklingen i sydöstra Europa. Utbyggnaden av öppenvård psykiatri i Bosnien Hercegovina är ett exempel på en framgångsrik psykiatrireform och är unik i sitt slag i sydöstra Europa. Ett femtiotal svenska experter deltog genom åren och flera landsting stödde verksamheten.

Abstract: In the aftermath of the war the authors were during seven years active in Swedish support with 3,5 million € to Bosnia and Herzegovina. Focus was on the mental health reform. The establishment of community mental health centres all over the country became a successful unique organisation. It has served as a model for seven other countries in South East Europe. The Swedish support encompassed training of more than 1500 health professionals such as psychiatrists, nurses, psychologists and social workers during courses and weekend seminars. A major task was changing of attitudes towards community psychiatry. An evaluation from year 2002 showed that about 5000 clients visited the 38 operating community mental health centres during one week or an average of 26 clients a day. Staffing consisted mostly of one doctor and three nurses doing home visits full time and psychologist and social worker part time for a catchment area of 65 000 inhabitants. More than 60% of the clients came for psychiatric problems with schizophrenia, depression and PTSD as dominating problem. Children had mostly a non psychiatric diagnoses and about 14% of the visits were health checks for certificates etc. The later results of the reform were confirmed at a psychiatric conference in Sarajevo, October 2007, but a final evaluation of the Swedish support is unfortunately not carried out.

Bakgrund

Bosnien-Hercegovina (BiH) är en liten stat i sydöstra Europa (Balkan) härjad av krig och svåra etniska konflikter på -90-talet. Den består av två entiteter. Den ena är Republika Srpska i norr med huvudstad i Banja Luka och knappt 1,5 miljoner invånare, de ortodoxa bosnienserbarna. Den andra entiteten kallas Federationen Bosnien-Hercegovina och består av de katolska kroaterna i Hercegovina i söder plus de muslimska bosniakerna med centrum i Sarajevo, Tuzla och Zenica. Den har cirka 2,5 miljoner invånare. Denna komplicerade statsbildning har på tio år byggt upp den bäst fungerande öppenvårdspsykiatri i sydöstra Europa. En psykiatri som blivit en förebild för bland andra EU-staterna Rumänien, Bulgarien och Slovenien. Behov och knappa resurser föder kreativitet. Svenskt hälsobistånd har haft en betydande roll i den processen och vi vill här kort redogöra för det.

Efter Daytonavtalet i december 1995, som tvingade de stridande parterna till fred, fanns en stor vilja till bistånd från många länder, kanske delvis som ursäkt för tidigare passivitet. De demobiliserade soldaterna, många fortfarande beväpnade och lidande av PTSD, var ett hot i samhället. Sida skickade en av oss (LJ) för att utröna möjligheterna till hjälpinsatser. En viktig kontakt blev professor Ceric, chef för psykiatriska kliniken, som tog emot i ett sönderskjutet Sarajevo med plastskynken i stället för fönsterglas och där man frös inomhus av brist på bränsle och elektricitet. Professor Ceric ansåg att förutom risken

med soldaterna var en stor del av befolkningen traumatiserad och att det fanns en ökad risk för självmord efter kriget.

De stora mentalsjukhusen hade dessutom till största delen blivit helt sönderskjutna och tusentals intagna fick klara sig bäst de kunde utan omsorger. Det var helt enkelt läge för en genomgripande mentalhälsovårdsreform, som tog hänsyn till hela befolkningens behov, och inte bara soldaternas. Målet var små spridda öppenvårdsenheter för psykiska behov, Centar za Mentalno Zdravlje (hälsa) (CMZ) med fokus på PTSD och självmordsförebyggande arbete (1).

SweBiH-projektet

Östeuropakommitten fick Sidas uppdrag att bistå med en aktionsgrupp som kallade sig SweBiH ledd av LJ. Den var verksam i sju år med en budget på totalt cirka 35 miljoner. Samordnare blev en av oss (BL) som arbetat i regionen under kriget. Andra medlemmar var professor Sven Hesse från Socialhögskolan i Stockholm, psykolog Ljiljana Kaleb, som också hade erfarenhet från kriget och likt psykiatriker Majda Omerov talade språket samt sjuksköterskan och terapeuten Britt-Marie Guldband. En av de lokalanställda (EM) hade varit flykting från kriget i Sverige, och nu återvänt till Sarajevo för specialistutbildning i psykiatri.

Det var nödvändigt att börja helt från början: övertyga politikerna, bygga lokalerna, hitta personal och utbilda och motivera den. I oktober 2007

återvände artikelförfattarna till Sarajevo för att delta i den psykiatriska kongress som arrangerades för att hedra den bosniska psykiatrins 100-årsdag tillvaro (2). Vi fick då möjlighet att spåra effekter av SweBiH-projektets tidigare insatser, som kommenteras avslutningsvis.

Utbildningen

Huvudmålet var att ge stöd för utbildning i öppenvårdspsykiatri till den personal som skulle jobba på CMZs och att bidra till en nyorientering av utbildningen i socialt arbete. Det senare ledde bland annat till att professor Hessle tog initiativ till en helt ny socialhögskola i Banja Luka och den delen av projektet gick efter några år över till Socialhögskolan i Stockholm (3). En stor del av utbildningsprogrammet genomförde SweBiH i samarbete med den holländska organisationen HealtNet International (HNI). Även andra enheter som Harvard University och även Queen's University Canada deltog med omfattande program om PTSD respektive fysisk rehabilitering.

Republika Srpska (den bosnienserbiska delen av BiH) har endast en minister för både hälso- sjukvård och socialt arbete. Den andra entiteten, Federationen, har en övergripande hälsovårdsminister och dessutom en för var och en av de tio kantonerna som är tämligen självstyrande. Vårdcentralerna är underställda den kantonala hälsovårdsministern vilket ungefär motsvarar den svenska politiska organisationen. I projektet hade vi alltså tolv hälsovårdsministrar att re-

latera till. Denna organisation kom att få en viss betydelse för utvecklingen av projektet på lång sikt.

De psykiatriska klinikerna var närmast överbemannade. Det gällde att motivera personal att efter särskild utbildning lämna sjukhusen för att arbeta i öppen vård. Klinikchefer som insåg betydelsen av mentalhälsovårdsreformen, till en början närmast beordrade en del medarbetare att infinna sig på de kurser som SweBiH organiserade. Så småningom blev kurserna populära och mycket välbesökta. En effekt av dem, som vi inte förväntat, var att kursdeltagarna byggde upp ett nätverk, som kom att få betydelse för deras framtida arbete i samhället.

Kurserna anordnades på olika platser i landet som två eller tre dagars utbildning under ett veckoslut. Projektet fick stå för resekostnader, logi och uppehälle för samtliga kurser. Knapast någon deltagare hade pengar att bekosta annat än det absolut nödvändigaste för sitt livsuppehälle med sina låga löner.

De första åren var det omöjligt att på en och samma kurs ha deltagare från de tidigare fientliga entiteterna. Endast utomlands i det kroatiska Dubrovnik kunde vi till en början föra samman kolleger som före kriget arbetat på samma klinik. Ingen kunde motstå pärlan Dubrovnik, som man betraktade som en stad tillhörig alla.

Professionella relationer och vänskap kunde brytas över en natt när kriget bröt ut. En värderad kollega i Sarajevo uppträdde plötsligt i militär uniform på psykiatriska kliniken för att några dagar senare vara försvunnen. Kort tid efteråt fick man reda på att han fått en hög post som militärläkare i fiendearmén. Andra kolleger flydde till motsatta sidan för att fortsätta sitt arbete på en klinik där de kände sig mer hemma. Åtskilliga läkare av serbiskt ursprung stannade dock på sina tjänster i Sarajevo och fortsatte oförtrutet sitt närmast oavlönade arbete under den treåriga belägringen. Trots riskerna och under beskjutning av sina egna. Dessa förhållanden var nödvändiga för de svenska projektledarna att känna till och hantera.

Läroinsatserna på veckoslutskurserna delades ungefär lika mellan lokala professorer och svenska experter som reste ner för att undervisa. Alla medlemmar i SweBiH var aktiva i utbildningen och totalt deltog 38 svenskar i kursverksamheten. Många tyckte så bra om uppdraget att de ville återkomma flera gånger vilket vi tog emot med tacksamhet.

Svenskarna ersattes med resa och uppehåll samt i enstaka fall med ett mindre arvode. Professorer kunde lägga in uppgiften i sitt ordinarie ar-

bete och flera landsting lät sina anställda behålla lönen under uppdraget som ett bidrag till utvecklingen i BiH.

De första veckoslutskurserna handlade om öppenvårdspsykiatri och de senare om olika ämnen av betydelse som teamarbete, depression, psykosbehandling, familjeterapi, utvecklingspsykologi och psykiatri för sjuksköterskor. Antal genomförda utbildningsaktiviteter, antal deltagare mm framgår av faktaruta 1. Utbildningen av sjuksköterskor, där de bästa fick specialträning för att själva fungera som lärare, blev en betydelsefull del av SweBiH-projektet. Det sista året genomförde sjuksköterskorna utbildningar på egen hand med endast litet ekonomiskt stöd av projektet och viss handledning.

En morot i utbildningsprogrammet var att låta psykiatriker och psykologer delta i internationella konferenser och studiebesök, vilket naturligtvis var synnerligen uppskattat. Det blev för nästan alla deltagare första chansen att komma utomlands efter kriget. Sakta började de bygga upp internationella kontakter efter sin långa isolering, som till stor del pågått hela Tito-tiden och kulminerat under kriget. Det var med häpnad de insåg hur mentalhälsovården utvecklats i Väst.

Faktaruta 1. Sammanställning av SweBiHs utbildningsprojekt (1).

15 konferenser med 30 – 50 deltagare var gång och totalt 17 svenska experter.
16 längre kurser med 4-15 möten per kurs och totalt mer än 300 deltagande individer.
50 utbildningsseminarier om 3 dagar med ca 1500 kursdeltagare och 38 svenska experter.
Ekonomiskt stöd till 3 doktorsarbeten och 35 masteruppsatser.
49 uppsatser i svensk och bosnisk medicinsk press med anknytning till projektet.

Ett väsentligt bidrag till utvecklingen av barn- och ungdomspsykiatri blev de två distanskurser vid Umeå universitet som kulminerade i mastersarbeten för nära 30 deltagare. Dessa har rapporterats på annat håll (4). Vid psykiatrikongressen 2007 i Sarajevo presenterades 20 arbeten inom barn- och ungdomspsykiatri. I åtta av dessa studier deltog SweBiH-utbildade läkare och psykologer, och åtskilliga av dem bevistade själva konferensen.

Öppenvårdsenheterna (CMZ)

Huvudtanken bakom CMZs var att de skulle svara för ett visst geografiskt område med cirka 50.000 innevånare och dagtid möta behoven hos alla i behov av psykiatrisk service; civila och barn lika väl som demobiliserade soldater. Den tänkta personalstyrkan var en psykiatriker, en psykolog, en kurator och fyra sjuksköterskor som också skulle göra hembesök. Organisationsplanerades CMZs utgöra en del av de lokala vårdcentralerna, som enligt traditionerna, var stora enheter med flera allmänläkare och några specialister. Men CMZs kunde också bli lokaliserade på annan plats i samhället.

För CMZs behövdes lokaler, personal och utbildning. Världsbanken bekostade snart efter kriget nybyggda lokaler för dels fysisk rehabilitering och dels psykisk vid CMZs. Personal överfördes från de psykiatriska klinikerna och utbildades enligt ovan. Respektive hälsovårdsminister var naturligtvis ansvarig men ingen sammanhål-

len plan existerade. Man tog tacksamt emot det som erbjöds och därigenom fick de långsiktiga projekten stort genomslag. Ingen biståndsgrupp hade ett så långvarigt biståndsprogram som SweBiH.

CMZs blev efter hand bemannade och operativa och SweBiH beslöt att utvärdera verksamheten år 2000. Före kriget var förhållandena bäst kända i den del av BiH som var huvudsakligen muslimsk. Då fanns cirka 300 läkare som specialister i neuropsykiatri eller under utbildning och totalt drygt 2800 sängar. En stor andel av klinikerna och mentalsjukhusen förstördes helt under kriget och många läkare flydde. När utvärderingen genomfördes fanns 600 sängar på specialsjukhusen och 150 läkare och tio psykologer inom mentalhälsovården för över två miljoner innevånare.

Av planerade 38 CMZs var vid den tiden 26 operativa. Resultaten visade att den personal som arbetade på CMZs önskade en övergripande plan för utvecklingen. Det ledde till att man inrättade en ledningsgrupp med stöd av SweBiH och HealthNet International. Utvärderingen visade dessutom att medicinskt ledarskap behövde utvecklas, liksom kontakterna mellan CMZs, där det ovan beskrivna spirande nätverket kom att spela roll, samt att det fortfarande fanns ett stort utbildningsbehov. Genom intervjuer med personal och klienter blev det tydligt att det nya arbetssättet var uppskattat. En förändring till en positiv attityd hos personalen till arbete i öppen vård blev påtaglig. Kli-

enterna i sin tur uttryckte tacksamhet över tillgänglighet, förståelse, vänlighet och att CMZs fungerade bättre än den hjälp de tidigare haft svårt att få på annat håll (5).

SweBiH genomförde en andra utvärdering under två konsekutiva veckor i mars år 2002 (6). Den visade att omkring 5000 klienter per vecka besökte de nu 38 CMZs som var i full verksamhet över hela BiH. Över 60% (inklusive ungdomar) kom för psykiatriska problem och resten var allmänmedicinska, tabell 1. En genomsnittlig CMZ svarade för ca 65 000 innevånare, med en stab av en psykiatriker, tre sjuksköterskor och 0,7 tjänster för psykolog respektive kurator. Man hade ett varierat utbud av service som samtal, konsultationer i grupp eller individuellt, hembesök mm. Personalen var till största delen utbildad för sina uppgifter, genomgående positiv till sin arbetssituation och hade förändrat sin tidigare negativa inställning till den öppna mentalhjälsvården. Klienterna gav närmast

översvallande positiva besked om hur de blev bemötta och behandlade. Bristerna fanns inom personalbemannning, ledningsfrågor, kontakter med slutenvården och avsaknaden av en övergripande policy.

Den fortsatta utvecklingen av CMZs har varierat. Någon ytterligare utvärdering är inte genomförd, då Sida inte velat bekosta den, men skulle vara av stor betydelse för fortsatt planering. I ett stabiliseringsprojekt stött av EU och WHO, söker man stödja utvecklingen av mentalhjälsvården i hela sydöstra Europa och BiH har utsetts som föregångsland beträffande öppenvårdspsykiatri. Det finns bara några enstaka CMZs i de tio länder som utgör stödområdet (faktaruta 2), och grundläggande data från den aktuella situationen i BiH saknas trots allt i stor utsträckning.

Det har dessutom blivit tydligt att utvecklingen inom BiH tagit olika fart i respektive entitet. Republika Srpska, med sin betydligt enklare politiska

Tabell 1. Antal individer som besökte 36 CMZs i Bosnien-Hercegovina under två veckor i mars 2002 per huvudsakligt medicinskt problem.

	Psykiatrisk diagnos (56%)			Ej psykiatrisk diagnos ^c	Hälsoskäl ^d	Summa
	Ej kronisk ^a	Kronisk ^b	PTSD			
Antal patienter	2665	1368	1439	2878	1405	9755
Antal i procent	27,3%	14,0%	14,8%	29,5%	14,4%	100%

a: depression dominerande diagnos

b: schizofreni dominerande diagnos

c: mest barn och ungdomar (60%) med enures, beteendeproblem, skolk och drogproblematik

d: mest hälsokontroller och friskinty

Faktaruta 2. Deltagande länder med ungefärligt invånarantal i WHO:s och Europaparlamentets stabiliseringsprojekt (2004)

Albanien (3,5)
 Bosnien-Hercegovina (4,0)
 Bulgarien (7,3)
 Kroatien (4,5)
 Moldavien (1,5)
 Rumänien (22,3)
 Serbien-Montenegro (9,9)
 Makedonien (2,0)

Totalt cirka 55 miljoner invånare

struktur, har gått starkt framåt. Generellt sett tycks dock organisationen med CMZs ha slagit tämligen väl ut och ge service till hela befolkningen. Vid den i oktober 2007 genomförda psykiatrikongressen i Sarajevo presenterades en handfull arbeten med utgångspunkt från situationen på CMZs, men ingen regelrätt utvärdering. Det blev tydligt att en stor del av det kliniska arbetet dominerades av problem kopplade till PTSD. Den diagnosen har fått mest uppmärksamhet av naturliga skäl och varit föremål för en hel del forskning enligt nedan. Förutom behandling av PTSD har arbetet med att förebygga självmord varit av stor betydelse.

PTSD

Vid den ovannämnda konferensen presenterade nära ett hundra läkare och psykologer omkring trettio arbeten med utgångspunkt från PTSD och flera med lång uppföljningstid. Elva år efter kriget hade demobiliserade soldater fortfarande svåra symtom där ångest och depression dominerade. Bland ungdomar följda under två till fem år efter kriget stod symtombilden

kvar men minskade i intensitet. Deras personliga karakteristiska ändrades i stor utsträckning med undantag för förmågan till optimism, som var stabil. Det sociala stödet var viktigt för dem och framför allt från kamrater (7).

En annan rapport om ett års behandling av 526 vuxna med PTSD var pessimistisk utan effekt på livskvalitet. Författarna spekulerar i att kompensation för krigets skadeverkningar är en förutsättning för framgångsrik behandling (8). Det stämmer med ett annat arbete där man identifierade juridisk rättvisa som en av de viktigaste faktorerna vid behandling av PTSD. Författaren betonade att våldtäkt numera är ett brott mot krigets lagar, och att ett trauma innebär en process som aldrig tar slut (9).

En grupp på 100 personer som överlevt folkmord hade destruktiva PTSD-symtom med anpassningssvårigheter i samhället. Att upplevelsens svårighetsgrad hade betydelse kunde man visa i flera arbeten. Aggressivitet och missbruk av alkohol och nikotin var

vanligt förekommande.

Många fallbeskrivningar berättade om både framgångsrik och misslyckad psykiatrisk behandling. En tillfångatagen kvinna som förlorat sin man i kriget och hade två barn våldtogs flera gånger, blev gravid och födde efter kriget en frisk flicka. Kvinnan ansträngde sig att älska sitt tredje barn, som oupphörligt påminde henne om vad hon upplevt. Hon sökte psykiatrisk hjälp för sina svårigheter men misslyckades med att kontrollera sina impulser och dränkte flickan. Kvinnan kunde fortsätta sörja för sina andra barn på ett adekvat sätt och behandlande psykiatriker ansåg henne inte ansvarig för dådet (10).

En man som undkommit folkmordet i Srebrenica behandlades i grupp. Hans problem höll på att spränga gruppen men när han identifierat sin fars kropp och begravt den kunde man med hjälp av drömtydningar följa hans tillfrisknande och hålla ihop gruppen (11).

En tredje linje i behandlingen av PTSD följde mer biologiska spår. Hos en grupp om 50 individer med kronisk PTSD konstaterade man höjda serumlipider. En grupp om 45 visade minskad volym av hippocampus. En tredje grupp med 23 personer med akut PTSD hade störningar i den intrakraniella cirkulationen, som avtog under ett halvår men inte normaliserades helt. Mätningarna utfördes med dopplertechnik.

Självmondsförebyggande arbete

I ett samarbete mellan Umeå universitetet och Psykiatriska universitetskliniken i Sarajevo (12) genomförs en epidemiologisk studie över suicidalt beteende i Bosnien Hercegovina och Sarajevo. Suicid kartläggs före, under och efter kriget i olika demografiska och etniska grupper: bosnaker, kroater och serber som huvudsakligen är respektive muslimer, katoliker och ortodoxa. Studien är unik i sitt slag eftersom suiciddata finns tillgängliga även för de år kriget pågick, trots avsevärda svårigheter med att samla in data under denna period. Vidare har suicidförsök kontinuerligt registrerats under en treårsperiod vid olika sjukhus i Sarajevo. Vi har dessutom genomfört fördjupade intervjuer med ett antal av dessa personer samt med matchade kontroller.

Preliminära resultat visar bland annat att självmorden ökade bland bosniaker under och efter kriget jämfört situationen dessförinnan. Suicid-kvoten män:kvinnor minskade, beroende på att suiciden relativt sett ökade mer bland kvinnor än bland män. Preliminära resultat visar också att religionen inte haft den förväntade preventiva och återhållande effekten på suicidförsök.

Beträffande suicidförsök återfanns den högsta andelen bland bosniaker jämfört kroater och serber. Relativt sett fler män återfanns bland dem som gjort suicidförsök i jämförelse med de flesta andra regioner i Europa (47%).

Ökad sekularisering, social splittring och social upplösning som en följd av kriget tolkas i detta sammanhang ha större inverkan än religionens möjliga preventiva effekt.

Från Sarajevo rapporterades vid konferensen en epidemiologisk studie om suicid under åren 1996-2005 i Sarajevo Kanton med data om genus, åldersgrupper samt metod, tid och plats. Suicid-kvoten män:kvinnor var 1,7. Det betyder att kvoten minskat som vi också beskrivit ovan. Den vanligaste metoden (45 %), var att hänga sig tidigt på morgonen i sitt hem. Slutatsen blev att suicidtalerna i Sarajevo Kanton var betydligt lägre än i grannländerna. År 1998 var suicidtalerna i Sarajevo Kanton 9,9 i Kroatien 39,2 i Slovenien 61,1 och Ungern 65,8 (13).

I en annan studie från Republika Srpska har man konstaterat ett ökat antal suicid och homicid i BiH under perioden 1996-2006 (14).

I en rapport om suicidförsök i Republika Srpska har man följt upp 16 män och 24 kvinnor i ålder 19-71 som gjort suicidförsök. Majoriteten var mellan 40-49 år. Efter psykiatrisk bedömning remitterades 34 stycken till psykiatrisk klinik. Tidigare suicidförsök hade utförts av 11 stycken. Två var alkoholpåverkade vid försöket och nära hälften hade haft en psykiatrisk diagnos. Arbetet ledde till förbättrad uppföljning (15).

Avslutning

Vid samtal under konferensen hösten -07 med flera deltagare i SweBiHs kurser under årens lopp och med ledande psykiatrer framfördes ofta spontant betydelsen av de utbildningsinsatser som det svenska projektet stod för. Stödet kom i rätt tid, var väl strukturerat och fick betydelse för den fortsatta utvecklingen och dessutom på ett personligt plan för många deltagare. Utbyggnaden av öppenvårdspsykiatri i Bosnien Hercegovina är ett exempel på en framgångsrik psykiatrireform och den är unik i sitt slag i sydöstra Europa. Det skulle därför vara intressant att göra ytterligare en utvärdering av psykiatrireformen i Bosnien-Hercegovina och vi har som nämnts data från två tidigare analyser (5,6). En ny granskning skulle bidra till att stimulera den fortsatta utvecklingen av reformen. Det borde också vara av intresse för Sida, som satsade ca 35 miljoner kronor på projektet. Det är beklagligt för att inte säga obegripligt att Sida hittills varit totalt ointresserat av att stödja en sådan utvärdering. Den skulle innebära en budget på knappt 0,5% av hela satsningen, men få en stor betydelse. Dessutom borde det vara intressant för Sida att se långsiktiga konsekvenser av de satsningar organisationen genomför.

Jävsförhållanden

Författarna har aktivt deltagit i den beskrivna arbetsgruppen SweBiH.

Referenser

1. Lagerkvist B, Mehic-Basara N, Vanicek D, Puratic V. The mental health reform in Bosnia and Herzegovina with special reference to the SweBiH/Sida contribution 1997-2003. Sarajevo 2003.
2. Kucukalic A, Ceric I Dzubur-Kulenovic A et al. The first hundred years of psychiatry in Bosnia and Herzegovina : recollections and visions. *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 3-5.
3. Hessel s, Zavirsek D. Sustainable development in social work – the case of a regional network in the Balkans. Dpt of social work. Stockholm University 2005.
4. Lagerkvist B (ed). Children and youth in the aftermath of war in Bosnia-Herzegovina. Dpt of Clinical Sciences, Umeå University Report 3:2008.
5. de Clerq L, Lagerkvist B, Kapetanovic A, Puratic V. Assessment of community mental health care in the Federation of Bosnia-Herzegovina after the 1992-95 war. *Med Arh* 2001;55(2):105-12.
6. Lagerkvist B, Maglajlic RA, Puratic V, Susic A, Jacobsson L. Assessments of community mental health centres in Bosnia and Herzegovina as part of the ongoing mental health reform. *MedArh* 2003;57(1):31-38.
7. Durakovic-Belko E. Adjustment of young people from Sarajevo after the war – Longitudinal study. *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 24-25.
8. Bravo-Mehmedbasic A, Kucukalic A, Fadilpasic S, et al. Psychological sequelae of traumatization. *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 24.
9. Kucukalic A, Bravo-Mehmedbasic A, Fadilpasic S et al. War traumas and their impact on quality of life. *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 26.
10. Ejubovic E. Murder of a child conceived through rapebecause of the consequences of a survived trauma – case report. *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 28.
11. Sutovic A. Dreams as a prognostic sign during group therapy of mass shooting survivor in Sebnenica genocide. *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 33.
12. Music E, Salander-Renberg E, Jacobsson L. Suicide attempts and ethnicity in Bosnia and Herzegovina after the war. *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 28.
13. Djunakovic B, Pasalic A, Bajric A, Kapetanovic D. Analysis of data on completed suicides in canton Sarajevo in ten years period (1996-2005). *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 7.
14. Novakovic M, Medenica-Milovanovic S, Papric Z, et al. Aggressive behaviour in Bosnia and Herzegovina: suicide and homicide. *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 12.
15. Milanovic-Medenica S, Mimic L, Ceranic R et al. Suicide attempt – our experiences. *Med Arh* 2007;61 (2,suppl.2) 12.