

Prisilna hospitalizacija duševnog bolesnika - intervencije medicinske sestre

Petrušić, Tomislav

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:705348>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-22**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**PRISILNA HOSPITALIZACIJA DUŠEVNOG
BOLESNIKA – INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE**

Završni rad br. 93/SES/2019

Tomislav Petrušić

Bjelovar, travanj 2020.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Petrušić Tomislav**

Datum: 06.11.2019.

Matični broj: 001104

JMBAG: 0314010542

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 2**

Naslov rada (tema): **Prisilna hospitalizacija duševnog bolesnika - intervencije medicinske sestre**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik
2. Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor
3. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 93/SES/2019

Prisilna hospitalizacija duševnog bolesnika je ograničavanje ili oduzimanje slobode i autonomije bolesnika. U našoj zemlji sva prava duševnih bolesnika sadržana su i opisana Zakonom o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama. Propisani zakon obavezuje sve sudionike prisilne hospitalizacije na profesionalno, dostojanstveno i odgovorno ponašanje prema duševnom bolesniku a svaka intervencija mora imati jasno definiran cilj i svrhu.

U radu je potrebno opisati kliničke indikacije, zakonske okvire, postupak same prisilne hospitalizacije te sestriinske intervencije kod primjene prisile u liječenju duševnih bolesnika.

Zadatak uručen: 06.11.2019.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



Zahvala

Ovim putem zahvaljujem svim profesorima i predavačima Veleučilišta u Bjelovaru koji su unatoč stručno prenesenom znanju omogućili da se moje obrazovanje podigne na višu razinu.

Zahvaljujem i svojoj mentorici Tamari Salaj dipl.med.techn. koja mi je pomogla da svoj rad dovedem do konačne verzije.

Najveću zahvalu iskazujem svojoj obitelji i svojim kolegama koji su me podupirali i motivirali kroz razdoblje studiranja.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Povijest prisilne hospitalizacije	2
1.2. Hitna stanja u psihijatriji.....	3
1.3. Kriteriji za prisilnu hospitalizaciju	5
1.4. Intervencije hitne medicinske službe pri prisilnoj hospitalizaciji	7
1.5. Timski rad u psihijatriji	9
1.6. Zakonska regulacija prisilne hospitalizacije.....	10
1.7. Prisilni prijem u psihijatrijsku bolnicu	11
2. CILJ RADA	14
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	15
3.1. Anamnestički podaci	15
3.2. Klinička slika i tijek liječenja	15
3.3. Proces zdravstvene njege i uloga medicinske sestre	17
3.3.1. Anksioznost.....	19
3.3.2. Društvena izolacija.....	20
3.3.3. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama.....	20
3.3.4. Nesuradljivost u/s uzimanjem oralne terapije	21
3.3.6. Smanjena mogućnost brige o sebi u/s higijenom.....	21
3.4. Biološki aspekti zdravstvene njege	21
3.5. Psihoterapijski aspekti zdravstvene njege.....	22
3.6. Socioterapijski aspekti zdravstvene njege	22
3.7. Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od shizofrenije.....	23
4. RASPRAVA	24
5. ZAKLJUČAK	27
6. LITERATURA	28

7. OZNAKE I KRATICE	30
8. SAŽETAK	31
9. SUMMARY	32

1. UVOD

Za osobu koja boluje od duševnog poremećaja postoje dva načina hospitalizacije, u psihijatrijsku ustanovu ili odjel može biti primljena dobrovoljno ili kao prisilni bolesnik. Velika većina prijema su dobrovoljni - to znači da pacijent slobodno pristajete ići na liječenje. U drugom slučaju, kada je hospitalizacija prisilna, postoje detaljna pravila o zadržavanju pacijenata (1).

Prisilna hospitalizacija podrazumijeva složen društveni fenomen koji obuhvaća etičke, medicinske, pravne, ekonomske i političke probleme. Da bi se osobu zadržalo na liječenju protiv njene volje potrebno je da se za to zadovolje određeni kriteriji. Skup kriterija obuhvaća postojanje težih duševnih smetnji, ugrožavanje vlastitog zdravlja i vlastite sigurnosti te ugrožavanje sigurnosti drugih ljudi (1). Iz navedenih kriterija proizlazi jasan zadatak prisilne hospitalizacije koja služi kako bi se poboljšalo zdravstveno stanje osobe s trajnim ili privremenim smetnjama ili da se na taj način omogući zaštita društva pri čemu bi se osobe s duševnim smetnjama zapravo zaštitile od vlastitog ponašanja. Važno je napomenuti da se prisilna hospitalizacija provodi samo u slučaju kada je to nužno i neizbježno (1).

Hitna prisilna hospitalizacija, u kojima se traži hitna psihijatrijska pomoć, obično je inicirana od strane članova obitelji ili prijatelja koji su promatrali ponašanje osobe ili su se našli kao žrtve nasilnog i agresivnog ponašanja psihijatrijskog bolesnika. Ponekad takve postupke pokreće policija, a točni postupci razlikuju se ovisno o državi, a mnoge države zahtijevaju sudsko odobrenje ili procjenu od strane liječnika koji potvrđuju da osoba ispunjava kriterije države za takvu hospitalizaciju (1,2).

Pacijenti ne mogu biti prisiljeni na liječenje osim ako je došlo do saslušanja koje ih proglašava zakonski nesposobnim za donošenje vlastitih odluka. Iako je osoba hospitalizirana nehotice, većina država će ih tretirati kao sposobne donositi vlastite medicinske odluke, osim ako nije drugačije određeno. Na primjer, sedativ se može primijeniti kako bi se spriječilo potencijalno samoozljeđivanje, dok kod antidepresiva nema takve politike primjene, jer se to smatra liječenjem (2).

Prisilni smještaj i liječenje s gledišta osobe na koju se primjenjuje predstavlja oduzimanje i ograničavanje temeljnih ljudskih prava koja obuhvaćaju pravo na slobodu i kretanje, pravo na provođenje medicinskih intervencija samo uz pristanak, pravo na

autonomiju i samoodređenje i upravo iz navedenih razloga nužno je da bude utemeljeno na ustavu, određeno zakonom i podvrgnuto sudskoj odluci i kontroli (1,2).

Unatoč tome suvremene države kroz pravno definiranje ponašanja svih sudionika u postupcima prema bolesnicima s duševnim smetnjama osiguravaju mehanizme za njihovu zaštitu (1).

1.1. Povijest prisilne hospitalizacije

Prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata (ZZPP), pacijent ima puno pravo odbiti ili prihvatiti ponuđene dijagnostičke ili terapijske postupke, no psihijatrijsko liječenje jedno je od rijetkih načina liječenja koje se može provesti i bez pacijentova dobrovoljnog pristanka (2).

Zakonska regulativa nužna je kako bi se izbjegla moguća zloupotreba prisilne hospitalizacije koja se dešavala u povijesti. Mnogi politički režimi prošlog stoljeća koristili su se psihijatrijskim liječenjem kao sredstvom eliminacije (2). U vrijeme Sovjetskog saveza, prisilno psihijatrijsko liječenje bilo je sredstvo kojim se služilo kako bi se uklonili politički disidenti. Tako su se neistomišljenicima pripisivale dijagnoze „blage“ ili „latentne shizofrenije“ pa ih se prisilnim liječenjem uklanjalo iz javnog života pri čemu bi postajali i stigmatizirani usprkos duševnoj bolesti. Godinama su bili zatvoreni u psihijatrijskim zatvorima i liječeni vrlo snažnim lijekovima za koje se smatralo da su kazna za njihovo ponašanje (1,2).

U Japanu nakon 2. Svjetskog rata dolazi do privatizacije svih psihijatrijskih bolnica pri čemu su hospitalizacije bile samo prisilne, a zakon o zaštiti bolesnika u pravom smislu riječi nije niti postojao pa su tako bolesnici bili zlostavljani te su živjeli u teškim uvjetima.

Za vrijeme prošlog stoljeća u Njemačkoj se provodio neljudski pristup prema psihijatrijskim bolesnicima pri čemu su se vršile sterilizacije i eutanizacije, a vrhunac takvih postupaka dosegao se u nacističkim logorima (2).

Usprkos svemu navedenom prisilna hospitalizacija je etički, medicinski i pravno složen problem, a o njezinoj opravdanosti još se uvijek raspravlja. Sa medicinskog aspekta nužno je da se osigura liječenje osobi koja svoje bolesti nije niti svjesna ili ju ne smatra kao dovoljno ozbiljnu, a gledajući s pravnog aspekta vrlo je bitno uzeti u obzir da se istoj toj osobi ne može neopravdano oduzeti sloboda (2).

U Republici Hrvatskoj prisilna hospitalizacija regulirana je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS), a prije donošenja takve zakonske regulative prisilne su hospitalizacije bile određene Zakonom u vanparničkom postupku iz 1934. godine te Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1980. i 1993. godine (2).



Slika 1.1. Stezulja, poznatija kao „luđačka košulja“. Muzej Vrapče

Izvor :

<http://www.6yka.com/mobile/novost/73102> (07.08.2019.)

1.2. Hitna stanja u psihijatriji

Hitna stanja u psihijatriji definiraju se prema stupnju neodgodive potrebe za terapijskom intervencijom u slučajevima koji mogu dovesti do ozbiljne opasnosti za pacijenta ili njegovu okolinu. Najčešće hitne hospitalizacije koje su ujedno vrlo često i prisilne obuhvaćaju pacijente koji boluju od psihotičnih stanja kao što su shizofrenija, bipolarni poremećaj te psihoze, zatim agresivne bolesnike, alkoholičare i suicidalne bolesnike (3).

Vrlo bitna stavka kod hitnih stanja u psihijatriji odnosi se na uspostavljanje kontakta i poticanje pacijenta na suradnju sa medicinskim osobljem (3).

U daljnjem tekstu ukratko su opisana neka od najčešćih hitnih stanja u psihijatriji koja u praksi zbog složenosti stanja kulminiraju do potrebe za prisilnom hospitalizacijom (3).

Psihотиčna stanja predstavljaju opasnost za bolesnika i njegovu okolinu, a najčešće psihijatrijske bolesti koje se očituju slikom psihoze su :

- Shizofrenija
- Shizoafektivni poremećaj
- Bipolarni poremećaj
- Psihoze u sklopu depresije (2).

Psihотични bolesnici opisuju se kao uzrujan i vrlo sumnjičavi, vrlo često su konfuzni i dezorijentirani, a najčešće bez doticaja sa stvarnosti i viđenja vlastitog stanja (3).

Agresivnost u psihološkom smislu predstavlja nasilno ljudsko ponašanje i prvotno se označava kao „neizazvan napad“. Možemo ju podijeliti na impulzivnu koja se smatra afektivnom i neprijateljskom te na instrumentalnu koja je zapravo bez afektivnog naboja i usmjerena je cilju (3).

Nastup nasilnog i agresivnog ponašanja iznimno je teško predvidjeti, a neki od faktora koji mogu biti i uzročnici takvih stanja su konzumacija alkohola i nekih drugih psihoaktivnih tvari, paranoidnost, depresija, manija, agresivni poremećaj osobnosti i sl.

Vrlo je važno napomenuti kako je među društvom zastupljena predrasuda o tome da su svi psihijatrijski bolesnici agresivni i opasni za okolinu, ali ta činjenica nije ispravna (3).

Alkoholizam spada u psihički poremećaj čiju osnovu čine psihička i tjelesna ovisnost o alkoholu i povećana tolerancija na njegovu konzumaciju. Problemi izazvani alkoholom najčešće se dešavaju u stadiju akutno opitog ili patološko opitog stanja. Osobe u akutno opitom stanju u bolničke ustanove najčešće dovodi hitna pomoć, policija ili obitelj, a njihovo ponašanje varira sve do agresivnog ili samodestruktivnog (3,4).

Patološko opito stanje podrazumijeva reakciju organizma na male količine alkohola i vrlo često je popraćeno agresivnim i nasilnim ponašanjem, jakom uznemirenošću te nepredvidivim ponašanjem pri čemu osoba u takvom stadiju predstavlja opasnost za sebe i okolinu (3,4).

Osobe sa dijagnozom nekog od mentalnog poremećaja počine oko 90% svih suicida. Za dijagnostiku suicidalnosti potrebno je zadovoljiti barem jedan od dva kriterija koja obuhvaćaju smrt ili namjeru. U prosjeku se počinjeni suicidi među muškarcima i ženama mogu iskazati omjerom 3:1 (5).

Afektivne bolesti poput velike depresije, bipolarnog poremećaja i shizoafektivnih poremećaja najčešće su dijagnoze među počiniteljima i čine čak 60 do 70% udjela u suicidima. Doživotni rizik od suicida kod bolesnika koji boluju od depresije iznosi 15% (6).

Liječenje suicidalnog ponašanja obuhvaća specifičnu somatsku i psihoterapiju, a preventivni postupci odnose se na pravovremeno i adekvatno prepoznavanje osnovne psihijatrijske bolesti te provođenje psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka (5).

1.3. Kriteriji za prisilnu hospitalizaciju

Prema suvremenim kriterijima za prisilnu hospitalizaciju u većini zemalja podrazumijevaju se okolnosti koje predstavljaju opasnost za okolinu i za samog pacijenta pri čemu se naglasak stavlja na opasnost koja je aktualna i visokog intenziteta upravo iz razloga kako bi se izbjegle bilo kakve zlouporabe (7). Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, u daljnjem tekstu ZZODS, prema čl.22 upotrijebljava termin „ugrožavanje života, zdravlja i sigurnosti“ kao najprimjereniju formulaciju koja se odnosi na temeljne kriterije za prisilnu hospitalizaciju (7,8).

U zakonima se naglašava medicinska opravdanost prisilne hospitalizacije i liječenja psihijatrijskih pacijenata unatoč pretpostavci da bi izostanak terapije mogao dovesti do narušavanja njihova zdravstvenog stanja pri čemu se spominje i ugroženost materijalnih dobara od strane psihički oboljelih čije nekontrolirano ponašanje može uvjetovati opasnost za okolinu (6).

Kada se o kriterijima prisilne hospitalizacije govori sa medicinskog aspekta tada to podrazumijeva načine utvrđivanja i vrednovanja zdravstvenog stanja, te tretman kojem bi se bolesnik podvrgnuo tijekom liječenja. Gledajući s pravnog aspekta kriteriji obuhvaćaju utvrđivanje materijalno-pravne pretpostavke za hospitalizaciju pri čemu je nužno utvrditi tko je ovlašten pri određivanju i provođenju privremenog prisilnog zadržavanja ili smještaja bolesnika poštujući sva prava i obveze propisane Zakonom o zaštiti pacijenata (8).

U daljnjem tekstu navedeni su kriteriji za prisilnu hospitalizaciju na psihijatrijski odjel propisani Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (9) :

1. „Osoba s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka po postupku propisanom zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (9).“

2. „Dijete, maloljetna osoba ili osoba lišena poslovne sposobnosti može se iz gore navedenih razloga smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez pristanka njenog zastupnika po postupku za prisilno zadržavanje ili prisilni smještaj propisano istim zakonom (9).“
3. „ Osobu s duševnim smetnjama za koju se osnovno sumnja da može neposredno ugroziti vlastiti život ili zdravlje, odnosno život ili zdravlje drugih, u osobito žurnim slučajevima mogu u psihijatrijsku ustanovu dovesti službene osobe Ministarstva unutarnjih poslova bez prethodnog liječničkog pregleda (9).“
4. „ Primjena fizičke sile nad duševnim bolesnikom propisana je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Obavezno je u medicinskoj dokumentaciji navesti razloge, način i mjeru primjene fizičke sile, te tko je donio odluku o primjeni (9).“
5. „ Ovlaštene službene osobe MUP-a dužne su na poziv doktora medicine pružiti pomoć zdravstvenim djelatnicima pri savladavanju tjelesnog otpora osobe, ali samo dok ta osoba pruža tjelesni otpor te dok se ne osigura zbrinjavanje i otklanjanje neposredne opasnosti te osobe. Osoba koja je uputila poziv dužna ga je naknadno u pisanom obliku obrazložiti te to obrazloženje uložiti u liječničku dokumentaciju (9).“

Donošenjem ZZODS-a u Republici Hrvatskoj omogućena je pravna zaštita osoba s duševnim smetnjama koja je sukladna sa suvremenim medicinskim znanstvenim zakonima, spoznajama i dokumentima čija je svrha zaštita ljudskih prava (10). Upravo tim Zakonom postavljeni su temeljni uvjeti i kriteriji za primjenu prisilnih mjera koje podrazumijevaju i postupak sudske zaštite i nadzora pa tako i postupke i uvjete prijema, smještaja i otpusta osoba s duševnim smetnjama. Glavni cilj ZZODS-a omogućava svakoj osobi s duševnim smetnjama njihova temeljna prava, ali i štiti društvo u nužnim situacijama na način koji je primjeren pri umanjeњу opasnosti od strane osoba s duševnim smetnjama (10).

1.4. Intervencije hitne medicinske službe pri prisilnoj hospitalizaciji

Prema Zakonu o mentalnom zdravlju iz 2001., ako ste primljeni na liječenje ili primete liječenje u odobrenim centrima (tj. psihijatrijskim bolnicama ili bolničkim službama), vaše najbolje interese treba uzeti u obzir prije donošenja bilo kakve odluke o vašoj skrbi i liječenju. Pacijenti bi trebali biti uključeni u rasprave sa svojim timom za njegu o tome gdje njihovi najbolji interesi „leže“ kako bi im se pomoglo s oporavkom (11). Pacijenti isto tako imaju pravo biti tretirani s dostojanstvom i poštovanjem, te sudjelovati u odlukama koje utječu na njihovo zdravlje, a njihov tim za skrb trebao bi pažljivo razmotriti njihove želje, potrebe i stavove. Pacijenti imaju pravo u potpunosti biti informirani o svojim zakonskim pravima, njihovu prihvatu i postupanju (11).

Članovi tima hitne medicinske službe vrlo često imaju prvi kontakt sa osobom kod koje je nastupio novonastali poremećaj ili u slučaju pogoršanja stanja psihičkog bolesnika. Sukladno tome, pri susretu sa zdravstvenim osobljem bolesnici se dodatno uznemire, postaju sumnjičavi i tjeskobni (11). Za medicinske sestre koje su sudjelovale u studiji, kada je osoba koja koristi usluge mentalnog zdravlja primljena od strane zdravstvene službe sa zahtjevom za hospitalizaciju, očekuje se da će tu osobu ocijeniti tim na temelju konteksta iz kojeg je došao, kao što su mreža za potporu obitelji, sociokulturni kontekst i što je dovelo do potrebe za mogućom hospitalizacijom (10,11).

Od točke u kojoj se suočavamo sa situacijom ove vrste, odnosno prisilnom hospitalizacijom, potrebno je prepoznati stvarnu situaciju korisnika usluge, kakvo mu je opće stanje, te kakav je njegov obiteljski kontekst (11).

Postoje pacijenti koji dolaze na hospitalizaciju u duboko poremećenom stanju, jer je bilo borbi kod kuće ili na neki način došlo je do neke vrste frustracije. To pokazuje da je obiteljsko okruženje, odnosi i sama okolina u kojoj živi važni, a sama osoba mora biti više ili manje uravnotežena (11,12).

Ovisno o stupnju hitnosti i ako to dozvoljava situacija treba provesti i zabilježiti fizikalni pregled uz primarnu percepciju, a sva ostala obilježja mogu se utvrditi kroz ostvareni kontakt i zapažanje. U hitnim okolnostima nije moguće provesti sve aspekte procjene, a ona najzahtjevnija odnosi se na bolesnikov potencijal za samoozljeđivanje i suicid. Tablica 1.1. prikazuje obrazac za brzu procjenu rizika od samoubojstva i samoozljeđivanja koji je od velike važnosti pri prisilnoj hospitalizaciji (12).

Tablica 1.1. : Obrazac za brzu procjenu rizika od samoubojstva i samoozljeđivanja

Stavka	Vrijednost	Bodovi za pacijenta
Spol : ženski	0	
Spol : muški	1	
Dob : ispod 19	1	
Dob : više od 45	1	
Depresija / beznade	1	
Prethodni pokušaji samoozljeđivanja	1	
Dokazi prekomjerne uporabe alkohola / droga	1	
Nema racionalnog razmišljanja	1	
Rastavljen(a) / udovac(ica)	1	
Organizirani ili ozbiljan pokušaj	1	
Nema uže / pouzdane obitelji ni posao	1	
Odlučan(a) je izvršiti pokušaj i ambivalentan(a)	1	

< 3 = nizak rizik

3-6 srednji rizik

>6 = visok rizik

U situaciji kada se osoblje hitne medicinske službe suočava s uznemirenom osobom koja boluje od psihičke bolesti od iznimne je važnosti da svi članovi prvenstveno misle na vlastitu sigurnost. Policijski službenici mogu pružiti pomoć zdravstvenim djelatnicima na poziv doktora medicine u slučaju potrebe za savladavanjem tjelesnog otpora osobe s psihičkim smetnjama koja ugrožava vlastiti život i život, zdravlje i sigurnost osoba u svojoj okolini prilikom prisilne hospitalizacije (13).

Slika 1.2. predstavlja obrazac s odgovarajućim sadržajem koji se mora ispuniti u slučaju kada doktor medicine prisilni smještaj smatra nužnim.

OBRAZAC
OBRAZLOŽENJA PRISILNOG SMJEŠTAJA OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA U PSIHIJATRIJSKOJ USTANOVI

ZDRAVSTVENA USTANOVA	Ime i prezime: _____ JMBG: _____ Adresa stanovanja: _____
Mjesto pregleda: _____ _____	Vrijeme pregleda: dana _____ u _____, _____ sati
Podaci o osobi koja je pozvala liječnika: _____	
Tko daje heteroanamnestičke podatke: _____	
Sažetak heteroanamnestičkih podataka: _____	
Sažetak autoanamnestičkih podataka: _____	
Prilikom pregleda našao sam u psihičkom, somatskom i neurološkom statusu: _____ _____	
Uputna dijagnoza (dijagnoza na latinskom i šifra): _____	
Razlozi zbog kojih prisilni smještaj smatram nužnim prema čl. 22. ZZODS: _____ _____	
Da li je potrebno angažirati ovlaštene osobe MUP-a? DA NE	
Primjedbe: _____	
Doktor medicine (ime i prezime, broj, pečat): _____	

Ovaj obrazac će se primjenjivati od dana objave u "Narodnim novinama".

Klasa: 011-01/98-01/0068

Ubroj: 534-02-03-98-01

Slika 1.2. : Obrazac obrazloženja prisilnog smještaja osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskoj ustanovi

Izvor : <http://zakon.poslovna.hr/public/obrazac-obrazlozenja-prisilnog-smjestaja-osoba-s-dusevnim-smetnjama-u-psihijatrijskoj-ustanovi/16188/zakoni.aspx> (07.08.2019.)

1.5. Timski rad u psihijatriji

Timski rad u psihijatriji podrazumijeva suradnju različitih stručnjaka koji omogućuju prevenciju, liječenje, rehabilitaciju i resocijalizaciju psihički oboljelih osoba te koji svojim zajedničkim djelovanjem ostvaruju grupni cilj. Dobro organiziran tim utječe na kvalitetu profesionalnog djelovanja koje utječe na zadovoljstvo pacijenata i njihovih obitelji (14).

Poželjne osobine psihijatrijskog tima :

- Strpljivost

- Suosjećajnost
- Tolerancija tuđih etičkih načela
- Visok stupanj tolerancije prema agresiji
- Sposobnost svladavanja straha
- Uvažavanje tuđeg mišljenja (14).

Mentalno zdravlje nije ograničeno na psihopatologiju ili na semiologiju i stoga je proučavanje i liječenje vrlo kompleksno. Prijelaz s modela skrbi na psihosocijalni model skrbi za korisnika usluge dovodi do priznavanja promjena povezanih s mentalnim bolestima, kao što su: protivljenje konceptu nesposobnosti osobe s mentalnim poremećajem, organizaciju usluga usmjerenih na skrb u zajednici, aktivno sudjelovanje korisnika usluge u liječenju i gledište stručnjaka koji su usmjereni na skrb za korisnika usluge i njegovu obitelj (14).

Od temeljne je važnosti da timovi iz zdravstvenih službi, kao i suradnja s korisnikom usluge, moraju pomoći obiteljima u procesu strukturiranja i suživota sa svojim članom obitelji koji ima mentalni poremećaj. Sudjelovanje tima, zajedno s članovima obitelji, može biti usmjereno na osnaživanje koje se odnosi na strategije upravljanja stanjem, pružajući pojašnjenje u vezi s dijagnozom i lijekovima i predlaganjem terapije (14).

1.6. Zakonska regulacija prisilne hospitalizacije

Zakon (NN 76/14) predstavlja razliku između prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja (9). Prisilno zadržavanje opisuje period bolničkog liječenja bez pristanka bolesnika s težim duševnim smetnjama od trenutka psihijatrijske odluke o prisilnom zadržavanju pa sve do odluke suda o bolesnikovu otpustu ili prisilnom smještaju. Osoba koja je prisilno zadržana u psihijatrijskoj ustanovi može se otpustiti i prije obavještenja suda u slučaju ako psihijatar utvrdi kako nakon perioda opservacije, čije trajanje iznosi maksimalno 48 sati, ne postoje opravdani razlozi za daljnje prisilno zadržavanje (9).

Prisilni smještaj podrazumijeva smještaj osobe s težim duševnim smetnjama na temelju odluke suda. Konkretno, prisilni smještaj nadovezuje se na prisilno zadržavanje nakon kojega je psihijatar odlučio kako je osobu potrebno zadržati u psihijatrijskoj ustanovi te je sukladno tome o svojoj odluci obavijest uputio sudu koji nakon saslušanja izdaje rješenje o prisilnom smještaju (9).

Dakle, osoba s psihičkim smetnjama zadržava se u psihijatrijskoj ustanovi prema postupku za prisilno zadržavanje tek kada psihijatar utvrdi da postoji psihičko stanje koje unatoč svom intenzitetu i naravi otežava i ograničava psihičke funkcije u tolikoj mjeri da je neophodna psihijatrijska pomoć unatoč izravnom i ozbiljnom ugrožavanju vlastitog ili tuđeg života i sigurnosti (14).

Razumijevanje medicinskih sestara koje rade u službama za mentalno zdravlje u odnosu na skrb otkriva da to nije ograničeno na korisnika usluge, već pokriva i njegovu obitelj. To razumijevanje povezano je s epistemološkim dimenzijama psihijatrijske reforme, na temelju koncepta skrbi koji obitelj doživljava kao osnovni resurs u terapiji korisnika usluge (13,14). Paradigmatska kontekstualizacija koja se pojavljuje u skrbi medicinskih sestara ukazuje na čin u vezi s ulogom obitelji. U tradicionalnoj paradigmi smatralo se potrebnim odvojiti "luđaka" kako bi se zaštitila obitelj od njegovih negativnih utjecaja, kao što je nedisciplina. Kao rezultat toga, obitelj je bila određena da čeka u svom domu kako bi primila takozvanog "luđaka" nakon oporavka. U ovoj paradigmi, bolnica se smatrala mjestom za liječenje mentalnog otuđenja i za to je postojala socijalna izolacija i moralno liječenje (9,14).

1.7. Prisilni prijem u psihijatrijsku bolnicu

Najčešći način upućivanja osobe u psihijatrijsku ustanovu odvija se na temelju uputnice doktora medicine koji je osobu osobno pregledao te nakon obrazloženih razloga donio odluku o prisilnom zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi (15). Međutim, u hitnim slučajevima pri čemu dolazi do ozbiljnog i izravnog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti osobu se može primiti u psihijatrijsku ustanovu i bez uputnice doktora medicine. U izrazito žurnim slučajevima hospitalizacija psihijatrijskih pacijenata moguća je i uz pratnju policije (6).

Pri dolasku na odjel psihijatrijske bolnice osobu pregledava psihijatar te utvrđuje da li se osobu može hospitalizirati prema postupku za prisilno zadržavanje i smještaj. Kada psihijatar nakon obavljenog pregleda utvrdi da se radi o osobi s težim duševnim smetnjama koju je u datoj situaciji nužno prisilno zadržati tada se obavještava nadležni županijski sud (9). U slučaju da je osoba prisilno zadržana bez obavijesti suda ona protiv svoje volje u psihijatrijskoj ustanovi može biti zadržana najduže 48 sati. U slučaju da psihijatar unutar perioda od 48 sati utvrdi kako nije potrebno prisilno zadržavanje, osoba će biti otpuštena, a ako se predlaže bolničko liječenje osoba tada na njega može dobrovoljno pristati. Međutim,

kada se utvrdi da je prisilna hospitalizacija nužna i da za nju postoje valjani i opravdani razlozi nužno je o tome obavijestiti i nadležni sud (12).

Kada psihijatar donese odluku da će se pacijenta zadržati u bolnici bez njegova pristanka obavezan je svoju odluku priopćiti pacijentu na primjeren način te mu pobliže objasniti razloge i ciljeve prisilnog zadržavanja te naglasiti kako pacijent ima svoje puno pravo na izbor odvjetnika. Psihijatrijska ustanova dužna je o prisilnoj hospitalizaciji obavijestiti osobu od povjerenja ili zakonskog zastupnika ili najčešće osobu s kojom pacijent živi u zajedničkom kućanstvu (15).

Psihijatar nakon prijema i pregleda pacijenta ima najviše 48 sati da donese odluku o prisilnom zadržavanju te je uz obavijest suda dužan poslati i medicinsku dokumentaciju pacijenta u kojoj se navode jasni razlozi prisilnog zadržavanja (15). Nakon što nadležni sud zaprimi obavijest o prisilnoj hospitalizaciji pokreće se postupak te se po službenoj dužnosti prisilno zadržanoj osobi dodjeljuje odvjetnik ukoliko već ranije nije odabran.

Od trenutka primitka obavijesti sudac je dužan u roku od 72 sata pacijenta posjetiti u psihijatrijskoj ustanovi te kroz razgovor objasniti pacijentu razloge i svrhu sudskog postupka.

U slučaju da sudac nakon razgovora i saslušanja uvidi kako postoje razlozi za prisilan smještaj tada se donosi rješenje o nastavku prisilnog zadržavanja te se zakazuje ročište za raspravu uz izvršavanje popratnih priprema koje su potrebne za održavanje iste. Nakon donesenog sudskog rješenja žalba nije dopuštena (9).

U slučaju da se prisilan smještaj odvija bez sudskog rješenja tada prisilno zadržavanje može trajati najdulje osam dana počevši od dana kada je donesena odluka o prisilnom zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi (9). Dakle, pacijent može biti prisilno zadržan maksimalno osam dana, a da u tom periodu nije donesena odluka suda o prisilnom smještaju u psihijatrijsku bolnicu.

Rasprava koja se određuje nakon rješenja o nastavku prisilnog zadržavanja održava se u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se nalazi prisilno hospitaliziran pacijent, a zakazuje je sud.

Na raspravi sudjeluju prisilno zadržan pacijent, njegov zakonski zastupnik, odvjetnik, voditelj odjela, sudski vještak i ako je potrebno osoba od povjerenja ili nadležne osobe iz centra za socijalnu skrb (9). Održavanje rasprave isključuje prisustvovanja javnosti, a nužno je da na njoj sudjeluju odvjetnik i voditelj odjela. Voditelj odjela je dužan osigurati da pacijent ne bude pod utjecajem lijekova kako bi nesmetano mogao sudjelovati na usmenoj raspravi, naravno ako to dozvoljava pacijentovo stanje. Sudac odluku donosi nakon uvida u medicinsku dokumentaciju i saslušanja voditelja odjela pri čemu sudionicima rasprave dozvoljava iznošenje činjenica koje su važne za donošenje odluke o prisilnom smještaju. Prije

konačne odluke čiji ishod može biti prisilni smještaj ili otpust sud ima pravo zatražiti pisane obavijesti i dokumente od socijalne skrbi ili drugih kompetentnih osoba koje mogu dati bitne podatke koji mogu utjecati na rješenje rasprave ili navedene osobe može saslušati na raspravi (9).

Nakon završetka usmene rasprave sud odlučuje o prisilnom smještaju ako zaključi da za njega postoje jasno valjani razlozi, ili otpustu iz psihijatrijske ustanove ako se zaključi da u raspravi i saslušanju nije sakupljeno dovoljno činjenica za provođenje prisilnog smještaja (9).

Sud je dužan navedeno rješenje izreći odmah nakon presude uz obrazloženje i obraćanje prisilno zadržanoj osobi radi objašnjenja odluke. Ako je izrečena odluka prisilnog smještaja tada ona iznosi 30 dana od dana kada je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju nakon prisilne hospitalizacije psihijatrijskog pacijenta (9).

2. CILJ RADA

Cilj rada je objasniti i kroz prikaz slučaja predstaviti postupak prisilne hospitalizacije psihijatrijskog pacijenta poštujući sva prava propisana Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama te opisati važnost uloge hitne medicinske službe pri prisilnoj hospitalizaciji i ulogu medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Anamnestički podaci

Pacijent K.G. rođen 1953. godine dugogodišnji je duševni bolesnik koji boluje od shizofrenije. Prve naznake psihičkih smetnji kod bolesnika počele su se primjećivati još 1989.godine, a prva njegova hospitalizacija bila je četiri godine nakon toga. Počevši od 1993.godine pacijent je do 2016.godine osam puta hospitaliziran u Neuropsihijatrijskoj bolnici na odjelu za socijalnu psihijatriju. Nakon bolničkog liječenja u 2005.godini bio je oko osam godina u redovitom ambulantnom tretmanu, na kontrole je dolazio između dva i pet puta godišnje i u to doba bio je u relativno zadovoljavajućoj remisiji. Terapija koju je tada koristio sastojala se od Clozapina u manjoj dozi, te kasnije Sulpirida i Na-valproata.

3.2. Klinička slika i tijek liječenja

Do pogoršanja pacijentova stanja dolazi krajem 2013.godine što je precipitirano i preboljenim inzultom i nakon toga bolest progredira i poprima nepovoljan, oscilirajući i trajno onesposobljavajući tijek. Naime, liječen je na odjelu Neurologije od 20. do 28.11.2013., a zatim premješten na rehabilitaciju gdje ostaje samo četiri dana jer postaje izrazito uznemiren, stalno naziva obitelj, ne osjeća se dobro, noću ne spava. Nakon toga premješta ga se natrag na odjel socijalne psihijatrije na kojemu je proveo nešto više od dva mjeseca. Otpušten je u djelomično poboljšanom stanju s terapijom Clozapina, Diazepamom i Flurazepamom uz internističku terapiju.

Stanje kod otpusta : afektivitetom prazan, sniženog raspoloženja, usporenog misaonog tijeka, bez sumanutosti u sadržaju, reduciranih kognitivno-mnemičkih funkcija.

Na liječenje ponovno dolazi u trećem mjesecu 2014.godine u pratnji obitelji. Heteroanamnestički se doznaje da se unazad tjedan dana počeo čudno i dezorganizirano ponašati, uljem premazuje traktor, skida gume s njega, od susjeda s bunara uzima šarafe, preslaguje neke grane po nekoliko puta dnevno s jednog na drugo mjesto i sl.,sve je više verbalno agresivan prema supruzi. Bolesnik povišenim glasom objašnjava da pokušava popraviti traktor kako bi se imao čime voziti jer nema auto (iako nema vozačku dozvolu već godinama). Noćima nema reguliran san jer mora ustajati zbog mokrenja. U psihičkom statusu

svjestan, uredne orijentacije, opširne spontane produkcije, glasnijeg govora, psihomotorno naizgled miran, ali u intrapsihičkoj tenziji, niveliranog raspoloženja, afektivitetom nižih modulacija, opširnog misaonog tijeka, aktualno bez jasnih sumanutih ideja, ne iskazuje heteroagresivnost, negira suicidalna promišljanja i namjere, nema obmane osjetila, održanih voljno-nagonskih funkcija, kognitivno-mnestičke funkcije promijenjene po organskom tipu.

Pacijent je tada zaprimljen na subakutni odjel, međutim već nakon dva dana zbog psihomotorne ubrzanosti, logoroičnosti, dislociranosti i nesuradljivosti mora ga se premjestiti na akutni zatvoreni odjel. Uz Clozapin i Na-valproat u terapiju se dodaju Haloperidol i Promazinklorid, a kasnije se Promazinklorid zamjenjuje Levomepromazinom. Unatoč navedenoj terapiji pacijent tijekom narednih mjesec dana postupno postaje psihomotorno mirniji, organiziranijeg misaonog tijeka i ponašanja kao i sadržaja mišljenja. Tijekom boravka na akutnom odjelu napisano je psihijatrijsko mišljenje o neophodnosti pokretanja postupka oduzimanja poslovne sposobnosti, te se u daljnjem tijeku liječenja na stalnoj terapiji prepisuje Haloperidol, Clozapin, Na-valporat, Diazepam i Biperidenom, čije su doze korigirane u skladu s razvojem kliničke slike bolesti.

Nakon perioda liječenja u 2014.godini pacijent je naredne dvije godine bio u redovitom ambulantnom tretmanu pri čemu je svaka dva mjeseca posjećivao psihijatra. Do nagle promjene dolazi početkom 2017.godine kada je pacijent prisilno hospitaliziran. Supruga pacijenta 09.01.2017.godine kontaktirala je policiju i hitnu pri čemu je navela kako je pacijent unatrag dva dana poprilično agresivan, baca stvari po kući i viče, a da je situacija kulminirala upravo na jutro 09.01. kada je pacijent nožem prijetio supruzi i kćeri, natjerao ih da se skinu i rekao da izađu u dvorište obiteljske kuće, te prijetio da će si oduzeti život. Odbijao je ikakvu pomoć, te je nakon dolaska hitne u pratnji policije prisilno hospitaliziran. Postupci koje je provela hitna medicinska pomoć odnosili su se na hitni medicinski prijevoz pacijenta vozilom, postupak predaje hitnog pacijenta u bolničku ustanovu, prvi pregled hitnog pacijenta i savjetovanje s obitelji.

Prema odluci suda, pacijent je na prisilnoj hospitalizaciji zadržan 30 dana te je nakon toga propisano psihijatrijsko mišljenje o neophodnosti smještaja pacijenta u adekvatnu ustanovu za daljnji boravak.

3.3. Proces zdravstvene njege i uloga medicinske sestre

Medicinska sestra je ta koja navise vremena provodi sa pacijentom, promatra ga, te uz postojeće simptome utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege, a kako bi se određeni problem riješio, nužno je da se provedu najprikladnije intervencije (16).

Sestrinska dokumentacija označava prvi korak u zbrinjavanju i njezi pacijenta i predstavlja uvjet za dobru komunikaciju među zdravstvenim timom te omogućuje provjeru i procjenu učinjenoga. Prikupljanje dokumentacije započinje sestrinskom anamnezom koja čini skup podataka o tjelesnim, socijalnim i psihološkim aspektima zdravstvenog stanja i ponašanja (16). Iz podataka koji su prikupljeni tokom anamneze iščitava se problem i uzrok iz čega proizlazi određivanje prilagođenih intervencija za svakog bolesnika. Sestrinska dokumentacija obuhvaća podatke o kontinuiranoj danonoćnoj skrbi te kao takva predstavlja dragocjen izvor podataka i vrlo je bitno da se vodi na jasan, sažet i čitak način.

Psihijatrijsku njegu je teško definirati i zbunjenost koja postoji tijekom definicije uloge medicinske sestre može dovesti do toga da se čini kako postoji razlika između konceptualnih definiranja definicije zdravstvene prakse. Daljnja dilema javlja se u smislu definiranja onoga što medicinske sestre trebaju učiniti, preskriptivno i koje medicinske sestre zapravo (13,16).

U novije vrijeme s povećanim pritiskom na sve manje sredstava, potisak pokušaja opisivanja psihijatrijskog sestrinstva bio je usmjeren na mjerenju radnog opterećenja za njegu radi uspostave osoblja i vještina na temelju čega su opisana četiri različita pristupa u literaturi.

Prvo, postoji pristup temeljen na ovisnosti koji je usmjeren na potrebama pacijenata za skrbi. Drugo, postoji pristup temeljen na odjelu koji se fokusira na popunjenost kreveta i propusnost. Treće, plan njege razmatra rad medicinskih sestara ispitivanjem predložene prakse u planovima skrbi za bolesnike. Naposljetku, pristup usmjeren na zadatke, sestrinske intervencije. Iako ti pristupi pojedinačno ili u kombinaciji mogu poslužiti za proces zdravstvene njege u vezi sa skrbi za pacijente, ne nabrajaju se u skladu sa složenost posla koji medicinske sestre rade. Razna ispitivanja pokazala su da se velik dio posla koji medicinske sestre obavljaju ne može kategorizirati kao direktna njega pacijenta (13,16).

Stoga instrumenti ili tehnike kojima se prati interakcija medicinske sestre i bolesnika ne daje sveobuhvatan opis i služe samo za daljnju usporednu njegu.

Razumijevanje psihijatrijske njege predstavlja poseban izazov. U većini drugih sestričkih uloga naglasak je na tjelesnoj njezi tehničke vještine koje se mogu kvantitativno izmjeriti. Mentalno zdravstveni problemi zahtijevaju obrasce skrbi koji su usmjereni na psihološke, duhovne i društvene dobrobiti, kao i fizičke aspekte osoba. Za isporuku tih drugih aspekata skrbi potrebna je razina međuljudskih vještina koje je teško kvantificirati i stoga ih je teško i opisati (10,13,16).

Danas postoji devet glavnih kategorija koje su proizašle iz analize aktivnosti medicinske sestre. Kategorije su dodatno podijeljene u potkategorije i olakšavaju pojašnjenje i opis. Za potrebu objašnjenja ove studije kategorija je definirana kao skup aktivnosti i vještina i/ili intervencije koje imaju slične karakteristike.

Devet glavnih kategorije uključuju:

1. Procjenu potrebe pacijenata i procjenu skrbi
2. Brigu o planiranju intervencija
3. Brižne interakcije medicinske sestre i pacijenata
4. Farmaceutske intervencije
5. Obrazovanje koje uključuje poučavanje, učenje i edukaciju
6. Dokumentiranje informacija
7. Koordinaciju usluga medicinskih sestara i drugih stručnjaka za bolesnika
8. Komunikaciju s drugim stručnjacima i drugim timovima
9. Administraciju i organizaciju kliničkog područja (13).

Planiranje njege u sestričtvu uključuje razmjenu informacija i raspravu o mogućnostima skrbi. Planiranje se odvija u skladu sa pacijentovim potrebama i mogućnostima, te se predviđaju situacije koje su potencijalno visokorizične i za pacijente i za osoblje (16)..

Pacijentima treba biti ponuđen izbor mogućnosti skrbi i poticati ih da sudjeluju u planiranju. Ta visoka razina sudjelovanja pacijenata u planiranju skrbi ukazuje na to da je koncept partnerstva s pacijentima onaj na koji su se „pretplate“ psihijatrijske medicinske sestre, priznajući dostojanstvo i prava osoba s mentalnim problemima (16).

Vrlo česte sestrinske dijagnoze koje se javljaju tijekom zbrinjavanja i liječenja psihijatrijskog bolesnika su :

- Anksioznost
- Društvena izolacija
- Agresivnost
- Promjene senzorno-perceptivnog funkcioniranja
- Nesuradljivost
- Odbijanje terapije
- Beznađe
- Promijenjeni obiteljski odnosi
- Smanjena mogućnost brige za sebe
- Duševni nemir
- Bessposobnost
- Nisko samopoštovanje
- Neučinkovito sučeljavanje
- Senzorno-perceptivna promjena
- Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama(16).

U daljnjem tekstu kroz proces zdravstvene njege predstavljene su neke od najčešćih navedenih sestrinskih dijagnoza.

3.3.1. Anksioznost

Anksioznost predstavlja osjećaj neugode ili straha koji je praćen psihomotornom napetošću.

Ciljevi kod anksioznosti : pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznošću, tijekom hospitalizacije pacijent će verbalizirati manji stupanj anksioznosti.

Intervencije : kada imamo pacijenta kod kojega je uočeno anksiozno ponašanje vrlo je bitno stvoriti osjećaj povjerenja i sigurnosti, upoznati pacijenta s novom okolinom i informirati ga o svim planiranim intervencijama i terapijskim postupcima. Od iznimne je važnosti uočavati i neverbalne znakove anksioznosti, te poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje. Pacijenta treba podučiti o pravilnom uzimanju terapije, te mu dati do znanja kako

može sudjelovati u donošenju odluka pri procesu zdravstvene njege i sudjelovati sukladno svojim mogućnostima (16).

3.3.2. Društvena izolacija

Društvena izolacija i povlačenje iz okoline predstavlja negativno stanje pri čemu se izražava osjećaj odbačenosti, te se tada problemi kod psihijatrijskih bolesnika obično rješavaju ljutnjom i nasiljem, te dolazi do stvaranja poteškoća u ostvarivanju odnosa sa drugim osobama.

Cilj : Pacijent neće biti društveno izoliran

Intervencije : Stvaranje odnosa povjerenja između pacijenta i medicinske sestre kako bi se omogućila komunikacija o interesu, poticati bolesnika da izražava osjećaje, omogućiti sustav za pružanje potpore i podrške pacijentu, procjena odnosa u obitelji, pomoć u uspostavi odnosa, upoznavanje sa suportivnim grupama i uključivanje u okupacionu terapiju, nagrađivanje bolesnikovih interakcija sa drugima i poticanje razmjene iskustava sa drugim pacijentima, osigurati vrijeme koje pacijent želi provesti s posjetama.

(16).

3.3.3. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama

Visok rizik za nasilje koje je usmjereno prema sebi ili prema drugima očituje se rizičnim ponašanjem bolesnika pri čemu se može zaključiti kako je bolesnik štetan za sebe i okolinu. Poremećaj misli i impulzivno ponašanje psihijatrijskih bolesnika predstavljaju jasnu mogućnost visokog rizika za nasilje.

Cilj : Bolesnik neće izražavati želju za nasiljem usmjerenim prema sebi ili drugima

Intervencije : pomoći bolesniku u identificiranju situacije koja dovodi do destruktivnog ponašanja, pomoći bolesniku u učenju strategija izbjegavanja stresnih situacija, poticati bolesnika da izrazi osjećaje i ohrabrivati ga (16).

3.3.4. Nesuradljivost u/s uzimanjem oralne terapije

Postoje brojni faktori koji se povezuju s nesuradljivošću pacijenata pri uzimanju peroralne terapije. Mnogi pacijenti namjerno prekidaju uzimanje tableta kao dio vlastite odluke jer se npr. osjećaju bolje ili npr. nemaju dovoljno medicinskih informacija, odnosno nisu upućeni u važnost primjene psihijatrijske terapije.

Cilj : pacijent će dobrovoljno uzimati tablete prema pisanim odredbama liječnika

Intervencije : pružanje terapijskog odnosa radi uspostave suradljivosti, educiranje pacijenta o lijeku i korisnosti lijeka, poticanje što boljeg komunikacijskog odnosa koji će doprinijeti suradljivosti (16).

3.3.6. Smanjena mogućnost brige o sebi u/s higijenom

Manifestira se lošim higijenskim navikama kao što su nošenje ustajale odjeće, miris znoja, zadržavanje i sl.

Cilj : Bolesnik će obavljati aktivnosti higijenskih navika kontinuirano sa svojom sposobnošću, zdravstvenim stanjem i razvojnom fazom bolesti

Intervencije : organiziranje dnevnih aktivnosti, razvijanje higijenskih navika, razgovarati o osobnom izgledu, pružanje pomoći u obavljanju aktivnosti njege, definirati situacije kada pacijentu treba pomoć (16).

3.4. Biološki aspekti zdravstvene njege

Kombinacijom psiholoških, socijalnih i bioloških aspekata postižu se najbolji rezultati pri liječenju psihijatrijskih bolesnika (17).

Biološki aspekti obuhvaćaju biologijske činitelje pri nastanku i liječenju duševnih bolesti te kao takvi, psihičke poremećaje dijele na one kod kojih su pouzdano utvrđene organske i strukturne promjene središnjeg živčanog sustava (poremećaji svijesti, amnestički sindrom, psihičke disfunkcije, organski psihosindromi), te na one poremećaje kod kojih se biologijska podloga pretpostavlja (manično-depresivna psihoza, shizofrenija, itd.).

Unatoč tome što se u okviru biologijske psihijatrije paralelno razvijaju dijagnostički postupci i nove metode liječenja od medicinske sestre se očekuju stručna znanja i vještine u području bioloških aspekata zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika.

Medicinska sestra koja radi sa psihijatrijskim bolesnicima treba suvereno vladati znanjem o psihofarmacima, njihovim nuspojavama, njihovoj primjeni, te dokumentacijom iz navedene domene (15,17). Vrlo je važno da zna prepoznati mehanizme koje obuhvaćaju nove metode liječenja upravo iz razloga kako bi medicinska sestra mogla pravovremeno obaviti psihičku i fizičku skrb za bolesnika.

3.5. Psihoterapijski aspekti zdravstvene njege

Rad sa psihijatrijskim bolesnicima iznimno je zahtjevan zbog uloge koju zauzima bolesnik, ali i zbog prijenosa emocija koje sestra doživljava tijekom liječenja. Edukacija omogućava da medicinska sestra prepozna i kontrolira vlastite emocije i reakcije što rezultira stvaranjem većeg empatijskog kapaciteta spram bolesnika što predstavlja temelj psihoterapijskog liječenja (8).

Kroz psihoterapijski pristup pacijentu se omogućava da govori o svojim emocionalnim i tjelesnim problemima i poteškoćama. Slušajući se prepoznaju potrebe bolesnika i članova obitelji te im se pruža empatijska podrška koja ima veliku ulogu u odnosu sa pacijentom (18).

Tokom planiranja zdravstvene njege psihijatrijskih pacijenata donošenje sestrinskih dijagnoza zahtijeva analizu, točnost i sintezu potreba pojedinca, ali i obitelji. Dobro postavljene sestrinske dijagnoze omogućuju medicinskoj sestri donošenje potrebnih intervencija kroz koje će postići željeni ishod (16).

3.6. Socioterapijski aspekti zdravstvene njege

Uspostavljanje optimalne farmakološke terapije i pacijentovog stanja jasno utječe na pacijentovo funkcioniranje i praćenje predviđenog plana rehabilitacije (19). Vrlo je važno da se pacijente prije otpusta iz bolnice motivira za što bolje snalaženje u društvenoj sredini kojoj se vraćaju nakon liječenja te da im se omogući zajedničko donošenje odluka koje će biti u korelaciji sa suradnjom zdravstvenih djelatnika. Pacijente je nužno educirati o bolesti, suočavanju sa stresom te ih podučiti treningu socijalnih vještina, grupnoj psihoterapiji i liječenju u obitelji ili adekvatnoj ustanovi u koju se upućuju nakon bolničkog tretmana (19).

3.7. Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od shizofrenije

Među shizofrenim bolesnicima zabilježen je vrlo velik broj pokušaja, ali i izvršenih suicida pa je unatoč tome od iznimne važnosti da medicinska sestra koja promatra bolesnika zna prepoznati promjene ponašanja koje mogu ukazivati na takav čin (20). U radu s pacijentima koji boluju od shizofrenije potrebno je strpljenje, znanje te posjedovanje određenih vještina. Pri planiranju intervencija potrebno je odabrati one iz kojih će proizaći što manje neželjenih učinaka te je nužno da se prilagode pacijentovim mogućnostima (20).

Ključne tri skupine intervencije predstavlja :

- Izravna fizička pomoć
- Motiviranje, vođenje, te usmjeravanje i osiguravanje socijalne podrške bolesnika
- Edukacija (16).

Ciljevi zdravstvene njege shizofrenih bolesnika :

- Osigurati zaštitu
- Ojačati psihološku stabilnost
- Promicati i unaprijediti interakciju između bolesnika i okoline
- Poticati bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom (20).

4. RASPRAVA

Prije donošenja ZZODS-a zakonska regulativa pravnog statusa i postupaka prisilne hospitalizacije psihičkih bolesnika bila je neadekvatna, parcijalna i uglavnom se nije primjenjivala te je stoga smještaj psihijatrijskih bolesnika u psihijatrijske ustanove tada provoden bez sudskog postupka i donošenja sudske odluke o prisilnoj hospitalizaciji (9). Na takav način kršile su se odredbe Ustava Republike Hrvatske i brojnih drugih međunarodnih dokumenata prema kojima se zahtijevala sudska odluka kao jedini akt pri kojemu se sloboda čovjeka može ograničiti ili oduzeti (9).

Donošenjem Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama regulirao se postupak prisilne hospitalizacije te su se na taj način spriječila i pravna odstupanja u reagiranju prema nebrojivim osobama koje boluju od psihičkih bolesti. Donošenje zakona, u samom početku psihijatri su doživjeli kao sumnju i nepovjerenje u njihov rad, sudci su na to gledali kao na nove obveze, a za društvo u cjelini to su značili dodatni troškovi. Nakon prve godine primjene ZZODS-a prim.dr.sc.MiroslavGoreta iznesao je mišljenje o zakonu koje je glasilo: „...donošenje Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama nije ispunilo velika očekivanja koja smo imali s tim u vezi, već je u mnogim segmentima dodatno ugrozilo ljudska prava i slobode psihijatrijskih bolesnika, a što se, po mom sudu, samo manjim dijelom može pripisati lošim zakonskim odredbama, a mnogo više nepripremljenosti za njegovu primjenu, i u pravosuđu i u psihijatriji, nerazumijevanju njegova duha, nedostatnoj educiranosti na obje strane, krajnje birokratskom pristupu materiji u kojoj takav pristup nikako ne može funkcionirati, utrci za honorarima i drugo“ (7).

Unatoč svemu navedenom nakon godinu dana od stupanja zakona na snagu došlo je do temeljne izmjene pri čemu se nastojao ublažiti raskorak između zatečenog stanja i zakonskih rješenja. Značajna izmjena zakona provedena je i 2002.godine kada se pojednostavio postupak prisilne hospitalizacije nebrojivih osoba (17).

Duševno oboljele osobe su se sukladno svim raspravama i promjenama u zakonu koje su se tada vodile našle u središtu pažnje što je dovelo do promjene njihova boljeg položaja u društvu (20).

Unatrag petnaest godina konvencijsko pravo obvezuje pravni sustav RH na postavljanje viših standarda u zaštiti duševno bolesnih osoba pri čemu je zaštita integriteta ljudskog bića postavljena iznad interesa društva i znanosti. Takav standard prema kojemu su interesi i dobrobit pojedinca prioritetni od iznimne je važnosti za duševne bolesnike (16,20).

Unatoč postojećem zakonu i sudskoj provedbi prisilne hospitalizacije i odnosima prema psihički oboljelima važno je napomenuti kako niti jedna pravna regulativa ne može pružiti pravnu zaštitu ako je istovremeno ne prati opće društveno prihvaćanje i poštivanje osobnosti, autonomije i poštovanja dostojanstva što je prijeko potreban uvjet svakog postupanja prema psihijatrijskim bolesnicima (21).

Psihijatrijske medicinske kroz profesionalne sestrinske organizacije definiraju sigurnu i prihvatljivu praksu kroz objavljene standarde. American Nurses Association objavio je opseg i standarde psihijatrijsko-mentalne sestrinske prakse u 2000.godini. U ovom sveobuhvatnom dokumentu navode se razine psihijatrijske zdravstvene prakse i utvrđuju se posebni standardi prakse za aktivnosti zdravstvene njege i kriteriji za mjerenje standarda. Slično tome, Američka psihijatrijska sestrinska udruga (APNA) i Međunarodno društvo psihijatrijskih medicinskih sestara (ISPN) objavili su standarde koji vode praksi.

Sudjelovanje u takvim profesionalnim organizacijama može pomoći sestrama da se informiraju o važećim objavljenim standardima kao i drugim pitanjima (17).

Konačno, razvoj u kliničkoj praksi vodi pravnu praksu. Osim temelja znanja i vještina stečenih kroz osnovnu njegu, psihijatrijske medicinske sestre trebaju ostati aktualne u kliničkim područjima kroz sudjelovanje u obrazovnim programima i pregled literature.

Jedna od ključnih odgovornosti psihijatrijskih medicinskih sestara je održavanje sigurnosti unutar okruženja bolesnika. Sigurnost bolesnika s mentalnim bolestima također se mora održavati u okruženju kao što je hitna služba. Često, u bolničkim i drugim okruženjima, nelicencirano osoblje pruža i dokumentira praćenje pacijenata, ali odgovornost je u konačnici na medicinskoj sestri kako bi se osiguralo da se dogodi odgovarajući nadzor (20,21).

Medicinska sestra je odgovorna za provođenje postupaka i liječničkih naloga u vezi sa sigurnošću i nadzorom pacijenata. Institucije mogu imati politike u vezi sa suprotnim spolnim osobljem koje nadzire pacijente u određenim situacijama i posebne postupke za praćenje pacijenata kojima prijeti samošteta, kao što je stalno promatranje. Zahtjevi za neodgovarajuće osoblje ne opravdavaju neprovođenje postupka (20). Osim toga, medicinske sestre moraju procijeniti potencijalno opasne situacije i ranjive bolesnike (npr. bolesnika koji je dezorijentiran i uznemiren) i napraviti razumne planove za kontrolu rizika. Nadzor pacijenata, uklanjanje nesigurnih predmeta, dokumentacija, komunikacija među članovima osoblja i planiranje liječenja neke su od metoda rješavanja tih problema. Institucije su odgovorne za osiguravanje odgovarajuće kompetencije, vještina i osposobljavanja za održavanje sigurnosti. Utvrđeno je da institucije mogu pravilno nadzirati pacijente u situacijama koje su rezultirale samonanesenom ozljedom pacijenta. Osoblje za njegu također može biti optuženo za

nepružanje odgovarajućeg nadzora u slučajevima u kojima pacijente napadaju drugi pacijenti ili članovi osoblja (21).

Deinstitucionalizacija ne znači samo dehospitalizaciju; to jest, uklanjanje korisnika usluga iz bolničkih ustanova bez terapijske, socijalne, obiteljske, pravne ili političke potpore.

U međuvremenu, deinstitucionalizacija je etički proces, priznavanja praksi koje ne doživljavaju korisnika usluge kao predmet psihijatrijskog znanja, ali koji predlažu razumijevanje korisnika usluge u njegovoj skrbi na temelju njegovih konkretnih životnih potreba. To je proces koji obuhvaća ne samo primjenu lijekova ili psihoterapija, ali koji to nadilazi, čime se korisnicima usluga osigurava izgradnja konkretnih mogućnosti koje uključuju društvenosti i subjektivnosti (2,14,20).

Psihijatrijska skrb je dugo pretrpjela iskrivljen identitet koji je djelomično posljedica nepotpunih definicija vještina koje su se razvile tijekom rada. Jasnija definicija tih psihijatrijskih sestrijskih vještina pomogle bi u:

- definiranju potreba za osposobljavanjem i obrazovanjem na potrebnim razinama i usklađivanju vještina njege s potrebama pacijenata, što dovodi do planiranja i evaluacije usluga te u konačnici poboljšana usluga kvalitete u pogledu učinkovitosti i djelotvornosti;
- stvaranju profila za profesiju koje na odgovarajući način dokumentira konceptima (20).

Razumijevanje medicinskih sestara o hospitalizacijama resurs je koji se mora koristiti u određenim situacijama, uzimajući u obzir obiteljski i društveno-kulturni kontekst i jedinstvenost svakog korisnika usluge. Neke situacije u mentalnom zdravlju održavaju se kao uvjeti koji predstavljaju rizike (klinički i psihosocijalni, među ostalima) korisnicima usluga, a hospitalizacija se može koristiti kao alternativa za njegu koja je sigurna i oslobađajuća.

Kroz stručne radove, članke, studije i korištenu literaturu potiču se druge rasprave koje doprinose istraživanju u području njege i usluga mentalnog zdravlja, kao i refleksije na važnost hospitalizacije i načine na koje se to odvija u suvremenim mehanizmima mentalnog zdravlja (2,20).

5. ZAKLJUČAK

Nevoljna predanost pacijenata koji pate od psihijatrijskih zdravstvenih problema ponašanja postavlja brojne etičke dileme koje mogu utjecati na sestrinsku praksu. Jedno od glavnih etičkih pitanja uključuje informirani pristanak pacijenata s oštećenom autonomijom.

Neki se pacijenti mogu smatrati nesposobnima donositi određene odluke u vezi s tijekom liječenja, ali još uvijek mogu donositi neke određene odluke. Svaku autonomiju koju pacijent posjeduje treba poštovati u praksi sve dok ne ometa pacijentov tijek liječenja.

Nakon prisilne hospitalizacije pacijenti mogu smatrati zdravstvene radnike antagonistima kojima više ne mogu vjerovati. To može otežati liječenje; stoga je uloga medicinske sestre naglasiti zajedničke terapijske ciljeve i pokazati brigu za njihovu dobrobit.

Na taj način medicinska sestra stvara povjerenje kod pacijenta i omogućuje mu da shvati njihovu predanost, istovremeno shvaćajući da i dalje u konačnici kontroliraju sebe i svoje izbore sukladno svojim mogućnostima.

Medicinske sestre tijekom prisilne hospitalizacije omogućavaju pacijentu da ostvari svoja zakonska prava, uključujući pravo na liječenje, najmanje restriktivnu mogućnost, posjetu, privatnost, komunikaciju i slobodu kretanja koja podliježu ograničenju.

6. LITERATURA

1. Kozumplik O. Čimbenici u primjeni mjera prisilnog liječenja osoba s duševnim smetnjama. Zagreb : Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet: Disertacija, 2005.
2. Filaković P. i suradnici. Psihijatrija, 1. izd. Osijek: Medicinski fakultet Osijek, 2014.
3. Turković K. Dika M. Goreta M. Đurđević Z. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Psihijatrijska bolnica Vrapče, 2001.
4. Jukić V., Goreta M., Kozumplik O., Herceg M., Majdančić Ž., Mužinić L. 2005 .Implementation of First Croatian Law on Protection of Persons with Mental Disorders, Coll Antropol 29 2: 315-319.
5. Chiles J.A., Strosahl K., Cowden L., Graham R. The 24 hours before hospitalization: factors related to suicide attempting. Suicide Life Threat Behav. 1986;16(3):335-42.
6. Goreta M., Jukić V., Turković K. (ur.) Psihijatrija i zakon. Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 1998.
7. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama: promjene i dodaci, Zagreb, NN 128/99.
8. Klinika za psihijatriju Osijek. Dostupno na adresi: <http://www.kbco.hr/klinika/klinika-zapsihijatriju/> . (Pristupljeno : 12.08.2019.)
9. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama NN 76/14. Dostupno online : <https://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnim-smetnjama>. (Pristupljeno : 13.08.2019.)
10. Kennedy MG. Relationship between psychiatric diagnosis and patient aggression. Issues in Mental Health Nursing 1993;14:263-273.
11. Zdravlje za sve. Tipični pravni problemi psihijatrijskih bolesnika. Dostupno na adresi : http://zdravljezasve.hr/html/zdravlje08_pacijent.html. (Pristupljeno : 14.08.2019.)
12. Kozarić-Kovačić D., Grubišić-Ilić M. Grozdanić V. Forenzička psihijatrija 2.izd. Zagreb, Medicinska naklada 2005.
13. Đurđević Z. Pravni okvir za primjenu prisilne hospitalizacije: regulativa i kritički osvrt, u: Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim smetnjama, Smjernice za primjenu prisilne hospitalizacije u praksi. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Udruga Svitanje, 2011; 27.-34.

14. Grđan K. Biomedicinska istraživanja u psihijatriji i pravo na autonomiju ispitanika. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. 2017 Prosinac; 38(3) str.1134-1135. Preuzeto s: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=285787 (16.08.2019.)
15. Ustav Republike Hrvatske (pročišćeni tekst). 2010. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_85_2422.html (Pristupljeno : 01.09.2019.)
16. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, Zdravstveno Veleučilište Zagreb, 2006.
17. Jukić V. Prisilna hospitalizacija duševnih bolesnika s naglaskom na psihijatrijskom vještačenju njezine opravdanosti. Socijalna psihijatrija. 2007;1(2):29-34.
18. Salihbegović E. Medicinska praksa i etičko pitanje. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva 4. Kantona Sarajeva; 2008. str. 28-37.
19. Turković K., Roksandić-Vidlička S., Maršalevski A. Predavanje etike u psihijatriji: Skice slučajeva. Zagreb: Pravni fakultet, Sveučilište u Zagreb; 2012.
20. Fennig S., Rabinowitz J., Fennig S. Psychiatr Serv. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. 1999;50(8):1049-52.
21. Garašić J., et al., Komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, ur. Grozdanić V., Pravni fakultet Sveučilišta, Rijeka, 2015.

7. OZNAKE I KRATICE

APNA – „American Psychiatric Nurses Association“ - Američka psihijatrijska sestrinska udruga

ISPN – „International Society of Psychiatric Mental Health Nurses“ Međunarodno društvo psihijatrijskih medicinskih sestara

ZZODS - Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

ZZPP – Zakon o zaštiti prava pacijenata

8. SAŽETAK

U radu su prikazana najčešća hitna stanja u psihijatriji s kojima se susreće zdravstveno osoblje u radu hitne medicinske službe pri prisilnoj hospitalizaciji. Kriteriji pod kojima je prisilna hospitalizacija opravdana obuhvaćaju okolnosti u kojima pacijent ugrožava i predstavlja opasnost za sigurnost sebe i okoline. Zakonska regulacija prisilne hospitalizacije jasno je određena Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama te se na taj način izbjegava bilo kakva zloupotreba takve hospitalizacije.

Nakon detaljnog opisa prisilnog prijema u psihijatrijsku bolnicu opisan je prikaz slučaja shizofrenog bolesnika nad kojim je izvršena prisilna hospitalizacija kako bi se cijeli postupak objasnio kroz praksu.

Unatoč tome što prisilna hospitalizacija i fizička imobilizacija otvaraju etička pitanja u psihijatriji nužno je naglasiti kako upravo takav oblik hospitalizacije sprječava nastanak neželjenih situacija u kojima bolesnik može ozbiljno ugroziti sebe ili osobe u svojoj okolini.

Idealna njega, unutar psihijatrijskih ustanova, uključuje veću blizinu između medicinske sestre i pacijenta, potičući neovisnost potonjeg u odnosu na skrbnika, na način da se kritičko razmišljanje potiče za njihov rast i sazrijevanje, poboljšavajući svoje postupke i odnose s okolinom kroz način na koji vode samobrigu, misle i djeluju. Odnos medicinske sestre i pacijenta uključuje niz planiranih interakcija s ciljem da se on postigne. To je iskustvo učenja koje dijele medicinska sestra i pacijent, pri čemu obje strane razvijaju svoje interpersonalne vještine. U tom procesu, sudionici su uključeni u iskustvo, iako stupanj i vrsta predanosti može varirati pod utjecajem je osjećaja, misli i ponašanja drugih.

Psihijatrijska njega je proces pretraživanja, što podrazumijeva međuosobni odnos pomoći. Kako bi se postigao ovaj prijedlog, postoje neki neophodni zahtjevi, kao što su: sposobnost ljubavi (za razliku od ravnodušnosti), solidarnost, sloboda, interaktivno sudjelovanje, tehnička i znanstvena priprema, i na kraju, kritička savjesnost medicinske sestre.

Ključne riječi : psihijatrijski bolesnici, prisilna hospitalizacija, uloga medicinske sestre, hitna medicinska služba

9. SUMMARY

This paper shows the most often and urgent conditions in psychiatry which healthcare staff encounter while working within the emergency service during the forced hospitalization. Criteria under which forced hospitalization is justified involves circumstances in which the patient endangers and represents danger for himself and his environment. Legal legislation for forced hospitalization is clearly defined by Law for protection of people with mental disturbances and that way, any kind of hospitalization misuse is avoided.

After detailed description of forced admission in a psychiatric hospital a case of a schizophrenic patient, which was forcefully admitted and hospitalized, is shown so that the whole process could be explained through practice.

Despite the fact that forced hospitalization and physical immobilization open up ethical questions in the field of psychiatry, it is crucial to emphasize that this form of hospitalization prevents creation of unwanted situations in which the patient can seriously harm himself or the people in his surroundings.

The ideal nursing care, within the psychiatric institutions, involves a greater proximity between the nurse and patient, encouraging the independence of the latter in relation to the caregiver, in a way that critical thinking is stimulated for their growth and maturation, improving their actions and relationships with the environment through the way they self-care and think. The nurse-patient relationship involves a series of planned interactions with a goal to be achieved. It is a learning experience shared by the nurse and patient, in which both develop their interpersonal skills. In this process, the participants are involved in the experience, although the degree and type of commitment can vary and each affects and is affected by the feelings, thoughts and behavior of the other. Psychiatric Nursing is a search process, which implies an interpersonal relationship of help. To achieve this proposal, there are some indispensable requirements, such as: the capacity to love (as opposed to indifference), solidarity, freedom, interactive participation, technical and scientific preparation, and finally, critical awareness of nurse.

Key words: psychiatric patients, forced hospitalization, role of a nurse, emergency medical service

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>27.4.2020.</u>	TOMISLAV PETKUŠIĆ	Tomislav Petkušić

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

TOMISLAV PETRUŠIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 27.4.2020.

Tomislav Petrušić
potpis studenta/ice