

Medicinski i zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika

Jurkić, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:144:386472>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-23**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**MEDICINSKI I ZAKONODAVNI OKVIR PRISILNE
HOSPITALIZACIJE PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA**

Završni rad br. 31/SES/2023

Marija Jurkić

Bjelovar, lipanj 2023.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Jurkić Marija**

JMBAG: 0111110790

Naslov rada (tema): **Medicinski i zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Javno zdravstvo i zdravstvena zaštita**

Grana: **Javno zdravstvo**

Mentor: **Ružica Mrkonjić, mag. med. techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević, predsjednik**
2. **Ružica Mrkonjić, mag. med. techn., mentor**
3. **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 31/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Definirati medicinski i zakonodavni aspekt prisilne hospitalizacije.
2. Detaljno prikupiti podatke i medicinske indikacije iz povijesti bolesti za pet prisilno hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika u KBC Osijek.
3. Analizirati prikupljene podatke o prisilno hospitaliziranim bolesnicima.
4. Prikazati primjenu zakonskih odredbi i realizaciju kod prisilne hospitalizacije.
5. Opisati ulogu medicinske sestre kod prisilne hospitalizacije.

Datum: 20.04.2022. godine

Mentor: **Ružica Mrkonjić, mag. med. techn.**



Zahvala

Prvenstveno bih željela izraziti veliko hvala kroz nekoliko rečenica osobama bez kojih ja ne bih bila ono što jesam i bez kojih ne bih postala ono što sam uvijek željela.

Ovaj rad posvećujem tragično preminulom članu obitelji, stricu Draganu, moja zvijezdo vodiljo, nikada zaboravljen.

Veliko hvala mojoj mentorici Ružici Mrkonjić, mag.med.techn. na pruženoj prilici pri spajanju i realizaciji moje dvije najveće ljubavi-pravo i psihijatrija, na svoj podršci, strpljivosti, profesionalnom, a najviše ljudskom pristupu prema meni i mojim željama za izradom mojeg završnog rada.

Zahvaljujem klinici za psihijatriju KBC Osijek, v.d. glavne sestre Klinike Zdenki Rade mag.med.techn, predstojniku Klinike prof. prim. dr. sc. Ivanu Požgainu te predsjednici Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu Nikolini Farčić, mag.med.techn bez čijeg dopuštenja ovo ne bi bilo moguće. Od srca hvala!

Veliko hvala v.d. glavne sestre dnevne bolnice Sanji Obajdin bacc.med.sestr., voditelju odjela prim. Vinku Čatipović, dr.med. spec psihijatrije na prekrasnom, profesionalnom i prijateljskom pristupu studentima na stručnoj praksi na odjelu za psihijatriju Bjelovar.

Najveću zahvalnost dugujem mojim roditeljima, Ivanki i Marku, koji su vjerovali u mene i moj uspjeh, čak i kada sama nisam vjerovala u sebe. Hvala Vam na bezuvjetnoj ljubavi, podršci i strpljenju. Volim vas najviše.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	9
3. METODE I ISPITANICI	10
4. REZULTATI	11
4.1. Paranoidna psihoza	11
4.1.1. Anamneza i klinički status	11
4.1.2. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije	13
4.1.3. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije	14
4.2. Akutni i prolazni psihotični poremećaj	14
4.2.1. Organski sumanutni poremećaj	15
4.2.3. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije	17
4.2.4. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije	18
4.3. Shizofrenija i shizoafektivni poremećaj	19
4.3.1. Anamneza i klinički status	20
4.3.2. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije	21
4.3.3. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije	21
4.4. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola	22
4.4.1. Anamneza i klinički status	22
4.4.2. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije	22
4.4.3. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije	23
4.5. Bipolarni afektivni poremećaj	23
4.5.1. Anamneza i klinički status	23
4.5.2. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije	25
4.5.3. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije	26
5. RASPRAVA	27
6. ZAKLJUČAK	36
7. LITERATURA	37

8. SAŽETAK	39
9. SUMMARY	40
10. OZNAKE I KRATICE	41
11. POPIS SLIKA	42
12. POPIS TABLICA	43
13. PRILOZI	44

1. UVOD

Od početka siječnja 1998. u Republici Hrvatskoj na snagu su stupila četiri zakona - Kazneni zakon, Zakon o kaznenom postupku, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama te Zakon o sudovima za mladež. Ovi su zakoni donijeli niz novih rješenja za regulaciju psihijatrije i prava kroz široki spektar njihovih međusobnih odnosa. Posebno se ističe Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji se po prvi put donosi u povijesti jedne od bivših država nastalih na tlu bivše Jugoslavije. Taj zakon predstavlja najvažniju osnovu i čvrst temelj u pogledu osiguranja i zaštite prava osoba s duševnim smetnjama u Republici Hrvatskoj te zaštite pojedinaca i društva od oboljelih osoba koje zbog prirode bolesti mogu biti prijatna okolini.

Kroz postupak koji uključuje ograničenja prava i sloboda, sudski se određuje obavezno odnosno prisilno liječenje. Budući da je pacijent opasan po sebe ili okolinu - upućuje ga se na liječenje pod nadzorom, tj. prisilno liječenje i čuvanje u svrhu zaštite pacijentovih sloboda i prava od njihove zloupotrebe (1).

Prisilno liječenje opravdano je kod osoba s težim oblicima duševnih smetnji. Duševna smetnja definira se kao poremećaj prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja. Pod pojmom osoba s duševnim smetnjama podrazumijevaju se duševno bolesne osobe, osobe s duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijene osobe, ovisnici o alkoholu ili drogama. Ako je funkcionalnost osobe s duševnim smetnjama toliko narušena da oboljeli ne može vladati vlastitom voljom ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da je potrebna psihijatrijska pomoć, poremećaj se klasificira kao teža duševna smetnja.

Postupci liječenja, dijagnostike, prijema i zadržavanja osoba s duševnim smetnjama smatraju se *medicinskim postupkom*. U Republici Hrvatskoj za određivanje prisilne hospitalizacije nadležan je Županijski sud.

Smještaj osobe s težim duševnim smetnjama na temelju odluke suda naziva se *prisilnim smještajem*, dok zadržavanje osobe s težom duševnom smetnjom od donošenja odluke psihijatra o prisilnom zadržavanju do odluke suda o prisilnom smještaju ili otpustu, naziva se *prisilnim zadržavanjem* (2).

Prema važećem Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, osoba s težim duševnim smetnjama koja ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život, sigurnost ili zdravlje drugih osoba može biti smještena bez svog pristanka u psihijatrijsku ustanovu. Osoba će prema članku 28. biti zaprimljena u psihijatrijsku ustanovu temeljem uputnice doktora medicine koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi te koji je osobu pregledao osobno i napisao propisanu ispravu o obavljenom pregledu. Obrazac isprave propisuje ministar zdravlja. Osoba će se primiti i bez uputnice doktora medicine u psihijatrijsku ustanovu u hitnim slučajevima ugrožavanja vlastitog ili tuđeg zdravlja, sigurnosti, života.

Policijski službenici dužni su prilikom dovođenja osobe u psihijatrijsku ustanovu postupati s pažnjom, štiti dostojanstvo osobe te postupati prema uputama liječnika. Psihijatar koji zaprimi osobu dužan je prema članku 29. bez odgode, najkasnije u roku 48 sati od prijema utvrditi postoje li razlozi za prisilno zadržavanje osobe, upoznati osobu s njezinim pravima uz pravo na izbor odvjetnika. Psihijatrijska ustanova dužna je obavijestiti osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika ili osobu koja živi u zajedničkom kućanstvu te službenu bilješku unijeti u medicinsku dokumentaciju.

Utvrdi li se razlozi za prisilno zadržavanje od strane psihijatra primljena osoba zadržava se u psihijatrijskoj ustanovi, a odluka i obrazloženje unosi se u medicinsku dokumentaciju prema članku 31. Bez odgode, najkasnije u roku 12 sata od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju, psihijatrijska ustanova obvezna je dostaviti županijskom sudu obavijest uz obrazloženje zajedno s medicinskom dokumentacijom prema članku 32.

Sudac nadležnog suda odlučuje o postupku prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu. Prema članku 36. od trenutka zaprimanja obavijesti o prisilnom zadržavanju, sudac je, bez odgode, dužan u roku 72 sata posjetiti prisilno zadržanu osobu u psihijatrijskoj ustanovi, saslušati te obavijestiti o razlozima sudskog postupka. Ovlašteni će sudac saslušati voditelja odjela te izvršiti uvid u medicinsku dokumentaciju. Odvjetnik prisilno zadržane osobe obvezan je biti prisutan posjetu i saslušanju uz voditelja odjela. Saslušanju može prisustvovati i psihijatar s liste stalnih sudskih vještaka, odnosno vještak-psihijatar koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se trenutačno nalazi prisilno zadržana osoba. U ovom slučaju sudac saslušava i psihijatra-vještaka u pogledu nastavka prisilnog zadržavanja ili otpusta osobe iz psihijatrijske ustanove. Ukoliko sudac nakon saslušanja utvrdi da postoje razlozi za prisilno smještanje bez odgode će donijeti rješenje o nastavku prisilnog

zadržavanja. Prisilno se može zadržati osoba bez sudskog rješenja kojim se određuje prisilni smještaj najduže osam dana od trenutka donošenja odluke o prisilnom zadržavanju.

Prema članku 37., psihijatar nakon što osobno pregleda prisilno zadržanu osobu, podnosi sudu pisani nalaz i mišljenje najmanje 24 sata prije održavanja usmene rasprave, koja se održava u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj je prisilno zadržana osoba. Sud može tražiti prije donošenja odluke i od centra za socijalnu skrb ili drugih osoba podatke, pisane obavijesti ili ih saslušati na raspravi.

Prema članku 39. odmah nakon zaključenja rasprave sud donosi rješenje o prisilnom smještaju ili otpustu iz psihijatrijske ustanove uz obrazloženje i objašnjenje prisilno zadržanoj osobi u psihijatrijskoj ustanovi. U rješenju sud određuje 30 dana prisilni smještaj, a računa se od dana kad je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju.

U pogledu produženja prisilnog smještaja i nakon isteka vremena određenog prema rješenju suda prema članku 40., ukoliko psihijatrijska ustanova utvrdi potrebu produženja prisilnog smještaja, obavezna je u roku od sedam dana prije isteka navedenog sudskog rješenja predložiti sudu donošenje rješenja u pogledu produžetka prisilnog smještaja. Rješenje sud donosi prema istom postupku kao prethodno odnosno prvo doneseno rješenje o prisilnom smještaju, najkasnije do isteka roka prethodnog odnosno prvog rješenja o prisilnom smještaju. Svaki daljnji prisilni smještaj rješenjem suda može se produžiti do šest mjeseci.

Prema članku 47. prisilno smještena osoba otpustit će se kada istekne vrijeme koje je određeno za prisilni smještaj. Ukoliko su prestali razlozi za prisilni smještaj prema članku 27. prisilno smještena osoba otpustit će se iz psihijatrijske ustanove, a odluku s obrazloženjem o otpustu donosi voditelj odjela prema članku 47., uz obvezu slanja bez odgode sudu koji je donio odluku o prisilnom smještaju (2).

Ideal osobne slobode star je koliko i ljudski rod. U uređenim pravnim državama u koje se ubraja i Hrvatska, ljudska sloboda, sloboda pojedinca i vlastita osobnost nepovredive su te je oduzimanje ili ograničavanje slobode legitimno jedino u slučajevima kada postoji zakonska osnovica. Sa stajališta zaštite prava na osobnu slobodu prilikom prisilne hospitalizacije mora biti osigurano jamstvo nepovredivosti osobne slobode te jamstvo dopuštenja za ograničavanje slobode.

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama pravo na učinkovitu zaštitu i promicanje zdravlja pripada svim osobama s duševnim smetnjama uz osigurane jednake uvjete liječenja kao kod osoba koje su smještene u drugim zdravstvenim ustanovama. Temeljna načela zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama prikazana su slici 1.1.



Slika 1.1. Temeljna načela zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama (osobna izrada)

Kada postoji potreba zaštite osoba s duševnim smetnjama ili zaštite drugih osoba, slobode i prava mogu se ograničiti u postupku i uvjetima propisanim Zakonom. Samopoštovanje i dostojanstvo osoba s duševnim smetnjama mora u svim okolnostima biti zaštićeno i poštovano uz zaštitu od svakog oblika zlostavljanja, iskorištavanja ili nehumanog ponižavajućeg postupanja.

Donesena psihijatrijska dijagnoza mora biti utemeljena prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja. Neusklađenost s društvenim pravilima ne može biti razlog za postavljanje određene psihijatrijske dijagnoze niti može biti utemeljena na saznanju prethodnog medicinskog postupka. Primjena medicinskog postupka mora biti prikladna i u najboljoj mogućoj mjeri usredotočena na interese osobe s duševnim smetnjama te u najmanjoj mjeri ograničavati prava. Uvažavanju potreba i želja uz dobrovoljno prihvaćanje suradnje potrebno je dati prednost pred prisilnim mjerama. Zdravstveno stanje i medicinski postupci koji se primjenjuju prema osobama s duševnim smetnjama moraju se redovno voditi u medicinskoj dokumentaciji. Osobu s duševnim smetnjama može se podvrgnuti medicinskom postupku samo uz njezin pristanak, uz prethodno utvrđivanje sposobnosti za davanje pristanka. U hitnim slučajevima izravne ugroženosti zdravlja ili života osobe s duševnim smetnjama utvrđivanje pristanka nije obavezno, medicinski se postupak može primjenjivati dok vremenski traje ugroženost. Iznimno se osoba s duševnim smetnjama može podvrgnuti medicinskom postupku bez njezina pristanka samo pod uvjetima koji su propisani Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Prema postupku propisanom Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama svako prisilno zadržavanje podliježe nadzoru suda (1, 2).

Za vrijeme prijema, a kasnije na vlastiti zahtjev, osoba s duševnim smetnjama ima pravo biti upoznata s pravima te o načinu kako ih može ostvariti. Medicinski postupak koji se provodi ili je u planu provedbe, mora biti obrazložen odnosno osoba s duševnom smetnjom ima pravo biti upućena u razloge i ciljeve smještaja te biti upoznata s prirodom, koristi ili potencijalnim posljedicama provedbe određenog medicinskog postupka. Osoba koja je prisilno hospitalizirana ima pravo na smještaj i liječenje u najbližoj psihijatrijskoj ustanovi obzirom na mjesto boravka. Vezano uz vlastito zdravstveno stanje osoba s duševnom smetnjom ima potpuno pravo biti upućena, ima pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju te pravo sudjelovanja u planiranju, provedbi liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije u vanjsku okolinu. Hospitalizirana osoba s duševnim smetnjama ima pravo družiti se s drugim hospitaliziranim osobama, primati posjete, o svome trošku slati ili primati poštu i pakete bez nadzora, koristiti telefon, gledati televizijske programe, slušati radijske programe, posjedovati i koristiti predmete za osobnu higijenu i upotrebu te u okviru mogućnosti ustanove sudjelovati u kulturnim i vjerskim aktivnostima. U sudskim postupcima osoba s duševnim smetnjama ima pravo na odvjetnika. Ukoliko ga samostalno ne odabere hospitalizirana osoba s duševnom smetnjom, odabir odvjetnika može izvršiti zakonski

skrbnik, a ako ne postoji zakonski skrbnik tada će sud postaviti odvjetnika po službenoj dužnosti (1, 2).

Prema općim odredbama Zakona o zaštiti prava pacijenata pacijentom se smatra svaka osoba, zdrava ili bolesna, koja samostalno traži ili kojoj se pruža određena zdravstvena usluga ili mjera s ciljem unaprjeđenja, očuvanja vlastitog zdravlja, sprječavanja bolesti, pružanja zdravstvene njege, liječenja i rehabilitacije. Sukladno pacijentovom zdravstvenom stanju uz općeprihvaćene standarde i etička načela, svakom se pacijentu osigurava jednako pravo na primjerenu, kvalitetnu, kontinuiranu zdravstvenu zaštitu. Sukladno odredbama Zakona pružanje zdravstvene zaštite odvija se u interesu pacijenta uz poštovanje njegovih osobnih stavova.

U Republici Hrvatskoj zaštita pacijenata odvija se prema načelima dostupnosti i humanosti kroz poštovanje pacijenta kao ljudskog bića, zaštitu privatnosti, s pravom na održavanje psihičkog i mentalnog integriteta uz poštovanje vjerskih i moralnih uvjerenja. Prema načelu dostupnosti jamči se jednaka zaštita prava svih pacijenata u Republici Hrvatskoj. Pravo pacijenta na suodlučivanje obuhvaća pravo na prihvaćanje ili odbijanje određenog terapijskog postupka i pravo pacijenta na obaviještenost (3).

Prisilna hospitalizacija provodi se da bi se osobe s duševnim smetnjama podvrgle liječenju, da bi se osobe sa smetnjama zaštitile od samoozljeđivanja te da bi se društvo zaštitilo od njihovog nekontroliranog djelovanja.

Najčešći razlozi prisilne hospitalizacije su akutni psihotični sindrom, depresivno-suicidalni sindrom, disforično-agresivni sindrom izazvan intoksikacijom alkoholom ili drogama i agitirano-konfuzni sindrom (1).

Medicinski okvir prisilne hospitalizacije odnosi se na zdravstveni aspekt ovog postupka odnosno na razloge i kriterije za provođenje prisilne hospitalizacije, način izbora i primjenu terapije te procjenu zdravstvenog stanja pacijenta tijekom hospitalizacije. Glavni cilj definiranja medicinskog okvira prisilne hospitalizacije je osigurati prikladnu skrb i liječenje osobama s mentalnim poremećajima koje predstavljaju opasnost za sebe jer nisu sposobne procijeniti svoje zdravstveno stanje i prihvatiti terapiju.

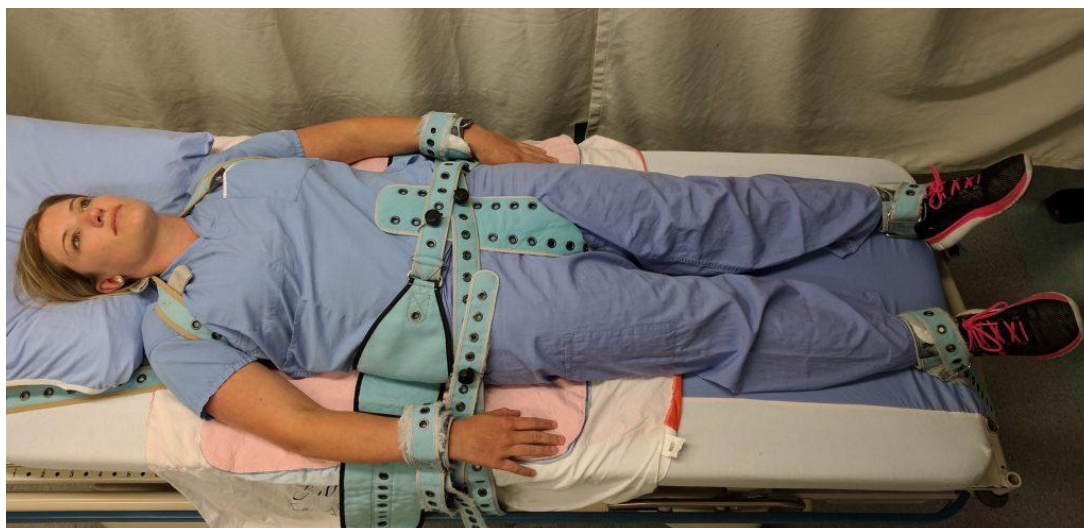
Prisilna hospitalizacija je opravdana kod teškog gubitka funkcionalnosti pacijenta kada je evidentno ugrožavanje vlastitog zdravlja uslijed smetenosti, zanemarivanje vitalnih potreba ili odbijanje medicinske intervencije zbog neshvaćanje njezine važnosti.

Definiranje medicinskog okvira prisilne hospitalizacije uključuje psihijatre, psihologe, medicinske sestre i druge zdravstvene radnike koji procjenjuju pacijenta i donose odluke o primjeni prisilne hospitalizacije. Osim toga, medicinski okvir obrazlaže i postupanje u slučaju eventualnih nuspojava i komplikacija koje se mogu pojaviti tijekom hospitalizacije te praćenje pacijenta nakon izlaska iz bolnice kako bi se osigurala kontinuirana skrb i spriječilo ponavljanje problema (4, 5, 6).

U zakonodavnom okviru prisilne hospitalizacije odgovara se na pitanje materijalno pravnih pretpostavki za hospitalizaciju, ovlaštenje za prijavu prisilne hospitalizacije, ovlaštenje za određivanje i provođenje privremenog prisilnog zadržavanja te statusa i prava prisilno hospitalizirane osobe.

Mjere prisilne hospitalizacije u Hrvatskoj se primjenjuju samo kada su sve druge mogućnosti liječenja iscrpljene. Odluku o prisilnoj hospitalizaciji donosi stručno povjerenstvo u skladu sa zakonom i provodi se u posebnim ustanovama za mentalno zdravlje.

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama također propisuje i posebne mjere fizičkog sputavanja pacijenata, kao što su primjena posebnih rekvizita ili ograničenja kretanja, koje se primjenjuju samo u slučajevima kada postoji opasnost za pacijenta ili druge osobe.



Slika 1.2 Fizičko sputavanje psihijatrijskog pacijenta (7)

Smatra se da su ove mjere posljednja opcija te se primjenjuju samo u izuzetno rijetkim slučajevima i u svrhu zaštite pacijenata i osoba u njihovoj okolini. Prilikom primjene ovih mjera pacijenti se pažljivo prate i procjenjuju kako bi se osiguralo da se sva prava pacijenata poštuju i kako bi se osigurala što kraća primjena mjera sputavanja (1-3, 6). Sputavanje pacijenata s duševnim poremećajima nije rutinski postupak i treba biti primijenjeno samo kao posljednja opcija nakon temeljite procjene pacijenta i uz poštivanje zakonskih i etičkih standarda. Mjere sputavanja trebale bi biti vremenski ograničene, a pacijentima se trebaju pružiti druge mogućnosti liječenja i podrške kako bi se smanjio rizik od ponovne primjene mjera sputavanja (5, 6).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je analizirati medicinski i zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije te istražiti različite perspektive i stavove vezane uz ovu problematiku.

Također, cilj je pružiti pregled relevantnih zakonskih propisa i medicinskih smjernica te razmotriti njihovu primjenu u praksi.

3. METODE I ISPITANICI

Za potrebe izrade rada analizirano je pet slučajeva prisilne hospitalizacije na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek, 2022. godine.

Uvid u povijest bolesti i analizu slučajeva odobrilo je Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara KBC Osijek (RI-3907-3/22.; Prilog 1).

4. REZULTATI

Prisilna hospitalizacija provedena je kod pacijenata uz dijagnoze kako slijedi:

1. F22: paranoidna psihoza
2. F23.9: akutni i prolazni psihotični poremećaj
F06.2: organski sumanutu poremećaj
3. F20, F25.9: shizofrenija, shizoafektivni poremećaj
4. F10.5/2: mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola – akutno trovanje, psihotični poremećaj/sindrom ovisnosti
5. F31.2. bipolarni afektivni poremećaj, manijska epizoda sa simptomima psihoze

4.1. Paranoidna psihoza

Paranoidni poremećaj ličnosti ili paranoidna psihoza je stanje koje se odlikuje stalnim osjećajem nepovjerenja i sumnje prema drugima, uz tumačenje njihovih motiva kao zlonamjernih. Dijagnoza se obično postavlja na temelju kliničkih kriterija, a liječenje se najčešće provodi kognitivno-bihevioralnom terapijom (8).

4.1.1. Anamneza i klinički status

Pacijent N.N. je zaprimljen na Kliniku za psihijatriju u pogoršanju psihičkog stanja. U dobi od 48 godina, neoženjen, bez potomaka, po zanimanju inženjer građevine unazad zadnje tri godine je nezaposlen te živi s ocem i majkom u Osijeku. Dosad je u dva navrata bio hospitaliziran radi liječenja na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek i to oba puta po sudskom nalogu. Zadnji kontrolni pregled u odsustvu pacijenta obavljen je mjesec i pol prije prijema kada je majka opisala pogoršanje psihičkog stanja te je indicirano prisilno dovođenje pacijenta na pregled u svrhu procjene potrebe hospitalnog liječenja.

Na dan prijema dovezen je vozilom hitne medicinske pomoći uz policijsku pratnju. Prilikom pregleda pacijent je disimulativan, nekritičan u vezi vlastitog psihičkog stanja, rekonstruirao događaj koji je prethodio pregledu; sukob s majkom prilikom čega ju je fizički odgurnuo, nakon toga je reaktivno iznio autoagresivne prijetnje kako bi izbjegao poziv policije od strane oca. Navodi narušene odnose s roditeljima, njihov suživot ne funkcionira. Opisuje sebe kao vedrog i samozatajnog, negira postojanje oscilacija raspoloženja, navodi kako se smatra zdravim i da ne treba uzimati lijekove, negira postojanje obmana osjetila. Prilikom pregleda distanciran, miran, ali u tenziji, urednog raspoloženja, disimulativan, iznosi paranoidne interpretacije spram roditelja navodeći kako mu uvijek nešto žele smjestiti te da je zbog istog bio sedam puta u zatvoru. Preporučeni Xeplion primio je samo jednom nakon otpusta sa zadnjeg hospitalnog liječenja jer je smatrao da je ozdravio.

U obitelji ne postoji poznati psihijatrijski hereditet. Pacijent je rođen u cjelovitoj, stabilnoj i funkcionalnoj obitelji kao mlađi od dvoje djece, urednog ranog psihomotornog uspjeha, fakultet je završio u roku s vrlo dobrim uspjehom. Za vrijeme Domovinskog rada neko vrijeme radio je u Crvenom križu u Osijeku. Koliko je poznato nije zasnivao maritalne niti dulje emocionalne veze. Pacijent navodi smetnje s kralježnicom, druge tegobe negira. Ne koristi nikakvu internističku terapiju, alergije na lijekove i alimentarne antigene negira. Defekacija i mikcija su uredni, apetit dobar. Od navika navodi da puši zadnjih 25 godina, a alkohol konzumira prigodno.

U somatsko neurološkom statusu kod prijema pacijent je pokretan, afebrilan, eupnoičan, kardiopulmonarno kompenziran, bez neuroloških ispada, bez znakove vanjske svježje traume. Izmjereni tlak pri prijemu je 176/74 mmHg, a puls 76. Što se tiče psihičkog statusa kod prijema, pacijent je pri svijesti, orijentiran u svim smjerovima, intrapsihički tenzioniran tijekom verbalnog kontakta. Subdepresivnog je osnovnog raspoloženja, slabije modulirane afektivne pratnje, postoji suspektna diskretna paranoidnost prema realitetnom okruženju uz naglašen disimulativni utisak. Pacijent je bez halucinatornog supstrata po svim modalitetima te bez heterodestruktivnih i autodestruktivnih ideja i nagona. Od propisane terapije, pacijent konzumira Haloperidol, Diazepam, Biperiden, Valproat, Levopromazin i Ipuprofen (po potrebi).

Pacijent je primljen na Kliniku za psihijatriju pod slikom pogoršanja psihičkog stanja u vidu psihotične dekompenzacije u sklopu perzistirajućeg sumanutog poremećaja/paranoidne psihoze. Hospitalno je liječen kombiniranom psihofarmakoterapijom te je uključen u sve individualne socioterapijske aktivnosti suportivne razine. Tijekom hospitalizacije pacijent je povukao suglasnost za preporučenim hospitalnim liječenjem te se, s obzirom na pogoršanje psihičkog stanja, pokreće sudski postupak za prisilni smještaj u psihijatrijskoj ustanovi. Nakon provedenog postupka sud je donio odluku o prisilnom smještaju u trajanju od 30 dana. S obzirom na spori terapijski pomak i nemogućnost provođenja hospitalizacije na Klinici za psihijatriju Osijek pacijenta se upućuje na premještaj u Neuropsihijatrijsku bolnicu dr. Ivan Barbot u Popovači.

4.1.2. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije

Pacijent je već dvaput bio hospitaliziran na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek, oba puta po sudskom nalogu. Na dan zadnjeg prijema dovezen je vozilom hitne medicinske pomoći uz policijsku pratnju. Primljen je na Kliniku za psihijatriju uslijed pogoršanja psihičkog stanja u vidu psihotične dekompenzacije u sklopu perzistirajućeg sumanutog poremećaja/paranoidne psihoze. Pacijent je disimulativan i nekritičan u vezi vlastitog psihičkog stanja, s paranoidnim interpretacijama spram roditelja i navodima o tome kako mu žele smjestiti nešto. Pri pregledu je bio distanciran i miran, ali u tenziji. U psihičkom statusu kod prijema pacijent je bio pri svijesti i orijentiran u svim smjerovima, ali sa subdepresivnim osnovnim raspoloženjem, slabije moduliranim afektivnim pratinjama i suspektnom diskretnom paranoidnošću prema realitetnom okruženju uz naglašen disimulativni utisak. Preporučeni Xeplion je primio samo jednom nakon otpusta sa zadnjeg hospitalnog liječenja jer je smatrao da je ozdravio. Pacijent je je nakon sukoba s majkom tijekom čega ju je fizički odgurnuo reaktivno iznio autoagresivne prijetnje kako bi izbjegao poziv policije od strane oca.

Tijekom hospitalizacije pacijent je povukao suglasnost za preporučenim hospitalnim liječenjem, ali se s obzirom na pogoršanje psihičkog stanja pokreće sudski postupak za prisilni smještaj u psihijatrijskoj ustanovi. Nakon provedenog postupka sud je donio odluku o prisilnom smještaju u trajanju od 30 dana.

4.1.3. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije

Prema anamnestičkim podacima, pacijent N.N. je bio hospitaliziran dva puta po sudskom nalogu. U trenutku pregleda majka pacijenta opisala je pogoršanje njegovog psihičkog stanja što je dovelo do indiciranja prisilnog dovođenja pacijenta na pregled radi procjene potrebe hospitalizacije. Na dan prijema pacijent je dovezen vozilom hitne medicinske pomoći uz policijsku pratnju, a prilikom pregleda je bio disimulativan i nekritičan u vezi sa svojim psihičkim stanjem. Navodi se sukob s majkom tijekom čega ju je fizički odgurnuo. Nakon toga reaktivno iznosi autoagresivne prijetnje prema ocu kako bi izbjegao poziv policije te navodi narušene odnose s roditeljima. Prilikom pregleda pacijent je iznosio paranoidne interpretacije i distanciran je, a izjavio je da se ne smatra bolesnim i da ne treba uzimati lijekove.

Na temelju ovih podataka, prisilna hospitalizacija za pacijenta N.N. zadovoljava zakonodavni okvir. Majka prijavljuje potrebu za prisilnom hospitalizacijom, hitna medicinska pomoć u pratnji policije odvozi pacijenta u psihijatrijsku ambulantu. Po odluci psihijatra pacijent se zadržava. Pacijent koristi zakonski zagarantirano pravo na osobnu slobodu i povlači suglasnost za preporučenim hospitalnim liječenjem, ali obzirom na pogoršanje psihičkog stanja sud donosi odluku o prisilnom smještaju tj. prisilnoj hospitalizaciji u trajanju od 30 dana.

4.2. Akutni i prolazni psihotični poremećaj

Akutni i prolazni psihotični poremećaj karakteriziran je simptomima koje čine halucinacije, sumanutosti ili simptomi karakteristični za shizofreniju, no u trajanju od 1 dana do 1 mjeseca. Osobe oboljele od akutnog psihotičnog poremećaja imaju najmanje jedan od navedenih simptoma poput: halucinacija, dezorganiziranog govora, katatonično ili dezorganizirano ponašanja, kriva uvjerenja odnosno sumanutosti koja nisu dostupna razuvjeravanju čak ni uz čvrste, jake dokaze. Akutni psihotični poremećaj može se dijagnosticirati ukoliko simptomi traju manje od 1 mjeseca (9).

4.2.1. Organski sumanutni poremećaj

Sumanuti poremećaj karakteriziran je sumanutostima odnosno lažnim vjerovanjima koje uz ili bez drugih psihotičnih simptoma traju barem mjesec dana. Za razliku od shizofrenije naglašena je pojava sumanutih ideja bez psihotičnih simptoma primjerice negativnih simptoma, dezorganiziranog govora, halucinacija. Sumanutosti mogu biti: nebizarne, bizarne. Nebizarne karakteriziraju situacije koje imaju određenu stvarnu vjerojatnost da se navedene dogode, primjerice prevara supružnika, partnera, trovanja, zaraze i slično. Bizarne karakteriziraju situacije poput uvjerenja da je oboljelom netko ukrao unutarnje organe. Poremećaj obično počinje u srednjoj ili kasnijoj životnoj dobi. Do poremećaja dolazi neposredno uslijed sumanutog uvjerenja, a psihosocijalno funkcioniranje nije poremećeno kao kod shizofrenije. Kod starijih pacijenata za sumanutni poremećaj često se koristi naziv „parafrenija“. Može se pojaviti s blagom demencijom te stoga liječnici moraju znati razlikovati sumanutost od stvarnosti kod pogotovo starijih pacijenata. Sumanuti se poremećaj može razviti prethodno iz premorbidnog paranoidnog poremećaja ličnosti. Premorbidna odnosno asimptomatska faza tijekom koje nema jasnih naznaka za pojavu bolesti u kasnijoj dobi odnosno razdoblje prije pojave bolesti. Kod sumanutog poremećaja rani simptomi mogu uključivati okupiranost osobe odanošću prijatelja, sklonost osobe da bezazlenim kritikama, primjedbama pridaje značenje prijatnje, trajno zlopamćenje i spremnost odgovora na moguće prijatnje. Razlikujemo nekoliko podvrsta sumanutog poremećaja: erotomanski, grandiozni, ljubomorni, persekutorni, somatski. Glede bolesti, bolesničko ponašanje nije bizarno, čudno naočigled osim potencijalnih posljedica vlastitih zabluda (npr. bračne poteškoće, profesionalne poteškoće, socijalna izolacija), pacijentovo funkcioniranje nije u tolikoj mjeri narušeno. Dijagnoza se uspostavlja ovisno o kliničkoj procjeni, uz temeljitu anamnezu i isključivanje drugog specifičnog stanja slične simptomatike kao npr. druge psihoze iz shizofrenog spektra, opsesivno-kompulzivni poremećaj, Alzheimerova bolest, demencija, epilepsija, zloupotreba psihoaktivnih tvari. Nužno je procijeniti koja je razina djelovanja pacijenta obzirom na sumanutosti. Liječenje se odnosi na uspostavu učinkovitog terapijskog odnosa, kontrola potencijalnih komplikacija, antipsihotici prema odluci liječnika. Ukoliko se utvrdi potencijalna opasnost od strane pacijenta odnosno je li pacijent „opasan“ po sebe i okolinu, nužna je hospitalizacija. Antipsihoticima se djeluje na potiskivanje simptoma. Cilj je odvratanje pacijentove pažnje od sumanutih misli te usmjeravanje na pozitivnije teme (10).

4.2.2. Anamneza i klinički status

Pacijentica N.N., u dobi od 70 godina primljena je na Zavod za akutnu biologijsku psihijatriju i intenzivno liječenje. Dovezena je kolima hitne pomoći. Razvedena, majka troje djece koji su živi, dok je jedan sin preminuo po rođenju. Živi od socijalne pomoći u suterenu bez tople vode. Rođena je i odrasla u Bosni i Hercegovini te je s 18. godina zbog posla preselila u Francusku gdje je i postala majka. Obzirom da su cijene čuvanja djece u Francuskoj previsoke, djecu je poslala sestri na čuvanje za što joj je financijski pomagala. U dobi kada su trebali ići u školu djeca su ostala kod oca koji ih je navodno ostavio u Zagrebu, a njoj zabranio da viđa djecu. Prema izjavama pacijentice djecu su sakrivali od nje i „rekli da ih ne smije uznemiravati jer će zvati sud“. Djecu nije vidjela oko 40 godina. Navodi kako je saznala da je njen sin navodno oženio susjedovu kćer.

U psihijatrijski hitni prijam dolazi u pratnji djelatnika Hitne medicinske pomoći (HMP). Iz popratnog je pisma vidljivo da je HMP pozvana od strane policije jer je pacijentica hodala po zgradi sa sjekirom, imala agresivne ispade prema sustanarima jer je kako navodi čula da joj žele ubiti sina i istjerati je iz stana. Prilikom razgovora s policijom i djelatnicima HMP-a negira hodanje po zgradi sa sjekirom. Navodi da su se ti susjedi nedavno doselili u stan u kojem su prije živjeli drugi ljudi te da je u stanu ostao rezervni ključ od njenog stana. Novi susjed po njenim navodima ulazi u stan i uzima joj novce jer je alkoholičar.

Na dan prijema došlo je do sukoba jer joj je susjed ponovno ušao u stan dok je išla po namirnice, u međuvremenu je sin došao u zgradu i primijetio svađu, no ne zna što se dogodilo jer je otišla u stan. Zatim navodi da je čula susjedu kako joj kroz zid govori da joj je sin mrtav. Smatra da joj žele uzeti stan te da su zbog toga pozvali policiju kako bi ju napravili ludom. Također navodi kako su je stavili pod video nadzor, tijekom pregleda pretražuje torbu navodeći da sada ne može pronaći „onu bubicu koju su stavili da bi ju pratili“, zatim govori u torbu moraš „N.N. pitati oni su zvali hitnu i policiju...“, objašnjavajući kako to govori sinu preko bubice u torbi jer ju je pitao gdje je i zašto je u bolnici. Nastavlja i dalje razgovarati s torbom.

Navodi kako dobro spava i jede, negira bilo kakve subjektivne psihičke smetnje. Opisuje smetnje s kralježnicom, od lijekova troši Andol i nešto za bolove. Bez poznatih alergija ne lijekove. Ne pije alkohol, ne puši. U somatsko neurološkom statusu je pokretna, afebrilna,

jače osteomuskularne građe, uz kožu i sluznice uredno prokrvljene. Zjenice kod pacijetice su izokorične, uredne foto i bulbomotorike. Vrat je slobodan, bez meningizma. Pacijentica je kardiopulmonalno kompenzirana, bez grubih neuroloških ispada i lateralizacije, bez vidljivih znakova svježje traume. Vrijednosti vitalnih znakova su krvni tlak 140/80 mmHg, puls 77 otkucaja po minuti, tjelesna temperatura 36,8°C, SpO2 97%, vrijednost glukoze u krvi 8.1 mmol/L. U psihičkom statusu je pri svijesti, kontaktibilna, slabije vremenski orijentirana, u ostalim pravcima je bolje, psihomotorno mirna, ali istovremeno napeta i tjeskobna. Distancirana je od auto i heterodestruktivnih ideja i misli. U kliničkoj slici vidljive su slušne obmane osjetila uz paranoidne ideje. Od terapije koristi Flufenazin, Biperiden, Oksazepam i Klozapin.

Pacijentica je primljena na Kliniku za psihijatriju uslijed pogoršanja psihičkog stanja u vidu psihotične dekompenzacije. Tijekom liječenja nesuradljiva, nepovjerljiva, odbija terapiju. Što se tiče presekutornih sumanosti i slušnih obmana osjetila, navedeni su nepredvidivi. Sukladno odluci Županijskog suda u Osijeku o prisilnoj hospitalizaciji radi potrebe za dužim liječenjem, dogovorno se premješta u Neuropsihijatrijsku bolnicu dr. Ivan Barbot Popovača.

4.2.3. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije

Iz ovog opisa pacijentice N.N. vidljivo je da je hospitalizirana zbog psihotičnih simptoma koji su se manifestirali u obliku agresivnih ispada prema susjedima, paranoidnih ideja o ubojstvu njenog sina i istjerivanju iz stana te razgovora s "bubicom" kojom govori sa svojim sinom. Pacijentica je hodala po zgradi sa sjekirom, imala agresivne ispade prema sustanarima. Navodi da je čula susjedu kako joj kroz zid govori da joj je sin mrtav. U psihičkom statusu, pacijentica je slabije vremenski orijentirana i distancirana od okoline, što upućuje na neku vrstu dezorijentacije i odsutnosti u mislima. Pacijentica je kontaktibilna, ali napeta i tjeskobna što je također u skladu s psihotičnim simptomima. Ukupno gledano pacijentica N.N. je hospitalizirana zbog psihotičnog poremećaja koji je izazvao agresivne ispade prema susjedima i paranoidne ideje o ubojstvu svog sina te je stoga primljena na Zavod za akutnu biološku psihijatriju i intenzivno liječenje te upućena na daljnje liječenje.

Tijekom liječenja je nesuradljiva, nepovjerljiva, odbija terapiju. Što se tiče presekutornih sumanosti i slušnih obmana osjetila navedeni su nepredvidivi.

Psihotična dekompenzacija predstavlja hitno stanje u psihijatriji karakterizirano sadržajnim i formalnim poremećajima mišljenja (sumanute ideje, disocirano mišljenje...), obmane osjetila, promjene ponašanja. Mogu se pojaviti kroz okvire više psihijatrijskih entiteta primjerice kod psihotičnih poremećaja (shizofrenija, shizoafektivni poremećaj), poremećaja ličnosti, poremećaja raspoloženja, a može biti uzrokovana somatskim bolestima i lijekovima. Takvo stanje zahtijeva hitnu, neodgodivu medicinsku intervenciju neovisno koji je uzrok posrijedi. Rano prepoznavanje i početak liječenja, osobito prilikom prve psihotične epizode, ključ je dobre prognoze i rezultata liječenja. Obzirom na stanje osobe poput navedenih sumanutih ideja presekutornog karaktera, slušnih obmana osjetila, odbijanja terapije to su sve navedeni faktori koji doprinose oslabljenoj kogniciji, kapacitetu za donošenje odluka, liječnik neovisno o željama pacijenta može donijeti odluku o liječenju. Pacijentima je najčešće prisutna smanjena kritičnost i uvid u vlastito stanje (11).

4.2.4. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije

U psihijatrijski hitni prijam pacijentica dolazi u pratnji djelatnika hitne medicinske pomoći. Iz popratnog je pisma vidljivo da je HMP pozvana od strane policije jer je pacijentica hodala po zgradi sa sjekirom. U ovom slučaju, pacijentica je bila u psihotičnom stanju te je prema navodima okoline bila heterodestruktivnih nagona. To predstavlja jasnu opasnost za njen život i zdravlje kao i za njenu okolinu te je stoga bilo potrebno poduzeti mjere zaštite. Također u skladu sa zakonom, pacijent ima pravo na odvjetnika i pravo na žalbu protiv odluke o prisilnoj hospitalizaciji. U slučaju pacijentice N.N., psihijatar bi trebao obavijestiti njezinu obitelj i odabrati odgovarajuću terapiju koja bi pomogla u rješavanju njezinih psihičkih problema. Pacijentici je temeljem odluke suda određena prisilna hospitalizacija tj. prisilni smještaj, što je važna mjera zaštite osoba s duševnim smetnjama, ali istovremeno zahtijeva pažljivo praćenje i reguliranje kako bi se izbjeglo zlostavljanje ili kršenje ljudskih prava. U ovom slučaju, sud je nakon procjene liječnika i drugih stručnjaka, odlučio da je prisilna hospitalizacija potrebna radi zaštite života i zdravlja pacijentice i drugih osoba te da ne postoji druga mogućnost zaštite.

4.3. Shizofrenija i shizoafektivni poremećaj

Shizoafektivni poremećaj karakteriziran je simptomima poremećaja raspoloženja poput depresije ili manije uz psihotične simptome shizofrenije. Sumanutost, halucinacije, dezorganizirano ponašanje i govor, neadekvatno, neprimjereno motorično ponašanje uključujući i katatoniju koje prikazuju gubitak kontakta oboljelog sa stvarnošću. Uz psihozu i simptome poremećaja raspoloženja prisutnih više od polovice trajanja bolesti poremećaji raspoloženja trebaju biti prisutni uz pojavu dva ili više simptoma shizofrenije poput: sumanutosti, dezorganiziranog govora, halucinacija, dezorganizirano ponašanje, uz negativne simptome poput reduciranog govora, vrlo malo ili nimalo emocija, nedostatak ili gubitak zanimanja za kontakt s ljudima, reduciran ili nemogućnost osjećaja zadovoljstva. Prilikom razlikovanja shizoafektivnog poremećaja od shizofrenije i poremećaja raspoloženja potrebna je dugoročna procjena i praćenje prirode tijeka navedenih simptoma (12).

Shizofrenija kao mentalni poremećaj može iznenada početi kroz razdoblje od nekoliko dana, tjedana ili postupno i polagano tijekom godina. Obzirom na tipove i težinu, simptomi ometaju sposobnost rada oboljele osobe, brigu za sebe samoga te interakciju s okolinom. U počecima simptomi mogu biti blagi nazvani „prodromi“, oboljeli može djelovati povučeno, sumnjivo, neorganizirano. Shizofrenija je karakterizirana psihotičnim simptomima uključujući dezorganizirano ponašanje, govor, halucinacije, sumanutosti, gubitak kontakta sa stvarnošću. Kod pojedinih oboljelih od shizofrenije dolazi do opadanja mentalnih (kognitivnih) funkcija poput poteškoća pri rješavanju problema, pri obraćanju pažnje, poteškoća apstraktnog mišljenja. Stresni životni događaj može izazvati ili pogoršati simptome shizofrenije, primjerice prekid dugogodišnje veze, smrt člana obitelji, gubitak posla. Konzumacija psihoaktivnih tvari može također potaknuti ili pogoršati simptome. Četiri su glavne kategorije simptoma shizofrenije: pozitivni simptomi, negativni simptomi, dezorganizacija te kognitivni deficit. Sumanutosti i halucinacije pripadaju kategoriji pozitivnih simptoma. Sumanutosti tumačimo kao lažna uvjerenja, pogrešna tumačenja iskustava ili percepcija. Sumanutosti mogu biti i presekutorne, osobe su u uvjerenju da ih se muči, prati, špijunira. Sumanutosti oduzimanja ili nametanja određenih misli, gdje postoji uvjerenje da im vanjske sile nameću misli, prijenos njihovih misli drugima ili da su drugi u

mogućnosti čitati njihov um. Sumanutosti obraćanja gdje oboljeli primjerice smatra da je članak određenih novina usmjeren isključivo na njega. Halucinacije uključuju gledanje, slušanje, fizički osjećaj stvari koje u stvarnosti ne postoje. Jedne od najčešćih su slušne halucinacije, oboljela osoba čuje kritične, komentirajuće glasove, komentare. Negativni simptomi uključuju: smanjeno izražavanje emocija (zaravnjen efekt), redukcija (siromaštvo) govora, anhedoniju i asocijalnost. Zaravnjen efekt predstavlja malo ili nimalo emocija, mali ili nikakav kontakt očima, bez emocionalnog naglaska tijekom komunikacije, bez reakcije odnosno odgovora na situaciju ili događaj koji rastužuje ili nasmijava. Redukcija govora kroz smanjenje broja riječi, jedna ili dvije, kratak odgovor na postavljeno pitanje. Anhedonija se odnosi na smanjenje sposobnosti doživljaja određenog užitka, osoba se prestaje zanimati za prethodne aktivnosti, provođenje vremena u neproduktivnim aktivnostima. Asocijalnost označava nedostatak zanimanja za komunikaciju ili druženje s drugim osobama. Dezorganizacija kao simptom opisuje se kroz bizarno ponašanje i poremećaj mišljenja. Poremećaj mišljenja odnosi se na promjene u govoru, prebacivanje iz jedne teme u drugu uz nerazumljiv, blago neorganiziran ili nesuvisao govor. Bizarno ponašanje može biti kao djetinjasto ponašanje, neprikladnog ponašanja, izgleda, higijene. Kognitivni deficit odnosi se na poteškoće u organizaciji, planiranju, rješavanju problema, koncentraciji, sjećanju (13).

4.3.1. Anamneza i klinički status

Za ovaj slučaj dostupni su podaci iz dokumentacije o prisilnoj hospitalizaciji što uključuje kratku anamnezu, dijagnoze te okolnosti prisilne hospitalizacije. Pacijentica N.N., dobi 47 godina prisilno je hospitalizirana zbog fizičkog obračuna sa suprugom. Pacijentica je u prošlosti viđala kako navodi : „Bube ulaze u organizam mene i kćeri.“ Kod liječnika opće prakse dijagnosticiran joj je shizoafektivni poremećaj te shizofrenija na KBC-u. Liječi se od 2002. godine, no ne uzima redovito propisanu terapiju. Osam dana prije prisilnog hospitaliziranja dogodio se sukob između pacijentice i supruga kojega je fizički napala u nazočnosti maloljetnog sina. Prema dostupnim podacima pacijentica je bez uvida i kritičnosti u svoje stanje, napeta i uznemirena, nepredvidivog ponašanja, nije suicidalna, nepovjerljiva, hostilna, tijelo bez znakova vanjske traume, proširenog misaonog duktusa (paranoidno prožet), indiferentna, brzog mentalnog zamora, bez jasnih dokaza o postojanju obmana, trajanjem razgovora vidljiv porast dezorganizacije, uz prethodnu izjavu o

nepostojanju sukoba s bračnim partnerom. Tijekom boravka na bolničkom odjelu, pacijentica je radi vlastite sigurnosti i sigurnosti okoline fizički sputana ukupno tijekom 12 i pol sati, u prekidima (2 sata, potom procjena, 4 sata...)

4.3.2. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije

Prisilna hospitalizacija bila je potrebna zbog fizičkog obračuna pacijentice s njezinim suprugom koji se dogodio u nazočnosti njihovog maloljetnog sina. Pacijentica ima dijagnozu shizoafektivnog poremećaja i shizofrenije, ali ne uzima redovito propisanu terapiju. Uzimajući u obzir da pacijentica zbog prirode poremećaja nije u mogućnosti imati pravi uvid u svoje zdravstveno stanje te predstavlja opasnost za sebe i okolinu, donesena je odluka o prisilnoj hospitalizaciji radi zaštite pacijentice i okoline te procjene njenog psihičkog statusa i liječenja.

4.3.3. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije

U slučaju pacijentice N.N., temeljem sudskog rješenja donesena je odluka o prisilnom smještaju u psihijatrijsku ustanovu. Pacijentica je osam dana prije hospitalizacije fizički napala supruga u nazočnosti njihovog maloljetnog sina te je zbog toga bilo potrebno osigurati njezinu sigurnost i sigurnost okoline. Hospitalizacija je zatražena od strane liječnika opće prakse, koji je izdao nalog i obrazac hitnoj medicinskoj pomoći i policiji te psihijatriji. Ovo je prvi put da je pacijentica prisilno smještena tj. hospitalizirana prema odluci Županijskog suda u Osijeku. Liječnik opće prakse dužan je angažirati ovlaštene osobe Ministarstva unutarnjih poslova (MUP-a) kako bi osigurao provođenje hospitalizacije. Pacijentica je klasificirana kao opasna za sebe i druge zbog dijagnoze F25.9, što je razlog za njezino prisilno liječenje. Liječnik opće prakse izdao je obrazac obrazloženja prisilnog smještaja osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu.

4.4. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola

4.4.1. Anamneza i klinički status

Pacijent N.N. u starosti od 66 godina ovisnik je o alkoholu i liječi se zadnjih 5 godina. Oženjen je, u mirovini, boluje od tromboze. Hospitalizaciji je prethodio nestanak i deluzije o supruginoj nevjeri. Uslijed ovisnosti o alkoholu zatražen je premještaj na psihijatriju zbog psihotične dekompenzacije u vidu ugrožavanja vlastitog života i paranoidnih ideja vezanih uz ljubomoru. Ovisnički model ponašanja prethodio je aktualnoj hospitalizaciji što je uzrok sumanute ljubomore. Do sada je jednom prisilno hospitaliziran. Dva dana prije prijema je nestao i pronađen je u kanalu u alkoholiziranom stanju. Prilikom pronalaska bio je bez svijesti, pothlađen, bez reakcija na podražaj. Zbog životne ugroženosti hospitaliziran je u jedinicu za intenzivno liječenje. U jednom trenutku samoinicijativno je napustio odjel te je vraćen posredovanjem policijskih službenika. Nakon toga prisilno je zadržan na liječenju.

4.4.2. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije

Na temelju dostupnih informacija postoje medicinski razlozi za prisilnu hospitalizaciju pacijenta N.N. u psihijatrijskoj ustanovi. Njegova patološka ljubomora i sumanute ideje o supruginoj nevjeri ukazuju na prisutnost paranoidnih ideja. Osim toga pacijent je ugrožavao vlastiti život što može ukazivati na suicidalne ideje. S obzirom na njegovu povijest ovisnosti o alkoholu i prisilnu hospitalizaciju u prošlosti, postoji povećan rizik od ponovnog pogoršanja njegovog stanja te je stoga nužna hospitalizacija kako bi se osigurala njegova sigurnost i pružila mu primjerena skrb i terapija. Pronalazak pacijenta u kanalu, bez svijesti i pothlađenog, ukazuje na potencijalno ozbiljne posljedice alkoholiziranog stanja, kao što su hipotermija i dehidracija. Također, pacijentova povijest ovisnosti o alkoholu te prethodna prisilna hospitalizacija ukazuju na potrebu za daljnjom medicinskom evaluacijom i liječenjem. Pacijent je zbog agresije fizički sputan na odjelu 12 i pol sati, uz prekide u kojima se procjenjivala daljnja potreba za fizičkim sputavanjem.

4.4.3. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije

Prema članku 27. važećeg Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama osoba koja zbog težih duševnih smetnji ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje, sigurnost, bit će smještena u psihijatrijsku ustanovu prema postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj. U ovom slučaju, pacijent N.N. je ovisnik o alkoholu koji se liječi unazad 5 godina, a prisilno je hospitaliziran jednom ranije. Prema dostupnim podacima o anamnezi i kliničkom statusu, pacijent je doživio psihotičnu dekompenzaciju uslijed patološke ljubomore i sumanutih ideja o supruginoj nevjeri. Osim toga, pacijent je pronađen u alkoholiziranom stanju u kanalu, bez svijesti i pothlađen. S obzirom na sve navedeno, postoji stvarna opasnost da bi pacijent mogao nanijeti ozljede sebi ili drugima, što bi moglo biti posljedica njegovih psihičkih smetnji i ovisnosti o alkoholu. Zbog toga je psihijatar Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek zatražio od suda odobrenje prisilne hospitalizacije pacijenta N.N. prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Budući prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama žalba nije dopuštena, pacijent N.N. ostaje hospitaliziran prema odluci Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek.

4.5. Bipolarni afektivni poremećaj

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) utječe na raspoloženje i mijenja misli, ponašanje i percepciju okruženja. Bolest koju karakteriziraju izmjene povišenog (hipomanija i manija) i sniženog raspoloženja (depresija) koje značajno djeluju na cjelokupni život oboljelog. Depresija i manija su suprotni polovi ovog poremećaja, a mnogi bolesnici mogu imati dugotrajna razdoblja spontane remisije bez potrebe za lijekovima. Bipolarno afektivni poremećaj ozbiljno narušava biopsihosocijalnu ravnotežu bolesnika, obitelji i okoline, te može dovesti do kognitivnog oštećenja i skraćenja životnog vijeka oboljele osobe (14).

4.5.1. Anamneza i klinički status

Pacijent N.N. prisilno je zaprimljen na Kliniku za psihijatriju u pogoršanju psihičkog stanja. U dobi od 65 godina, oženjen, otac jednog sina, po zanimanju diplomirani pravnik u mirovini, živi sa suprugom. Psihijatrijski hereditet je pozitivan (otac je ovisnik o alkoholu, bratić boluje od shizofrenije). Rođen je i odrastao u cjelovitoj obitelji uz tri brata, uredno i u roku završio osnovnu i srednju školu te Pravni fakultet. Maritalnu zajednicu oformio je u dobi od 23 godine i ima jednog sina. Odnosi u braku su skladni. U mirovini je unazad četiri godine. Boluje od hipertenzije za što pije propisanu terapiju i redovito posjećuje kardiologa. Alergije na lijekove nisu poznate. Puši cigarete te konzumira alkohol, uglavnom pivu i rakiju, gotovo svaki dan zadnjih 6 mjeseci. Te godine je imao i prometnu nesreću.

U psihijatrijsku kliniku dovezen je vozilom HMP u pratnji policije. Pacijent je u psihijatrijskom tretmanu zbog depresivnog poremećaja od 2013. godine. koristio je Fevarin, potom Citram i Alprazolam, a unazad dva tjedna mu je kod privatnog psihijatra zbog maničnog otklona bipolarnog afektivnog poremećaja prepisan Olanzapin, Depakine i Helex. Terapiju nije uzimao, sklon je disimuliranju. Od supruge se saznaje da je pacijent unazad 5 mjeseci pogoršanog psihičkog stanja u vidu neuredne dinamike sna, psihomotorne ekscitiranosti, logoroičnosti, nekritičnosti, učestalog konzumiranja alkoholnih pića, zaboravljivosti, otežanog održavanja pažnje i koncentracije, smetenosti, faza prejedanja, financijske neodgovornosti, i česte verbalne agresije. Pacijent iznosi i različite grandiozne ideje poput kandidiranja za gradonačelnika, pisanja knjige, bavljenja slikarstvom. Upao je u financijske dugove.

Prema somatsko neurološkom statusu pacijent je pokretan, kardiopulmonalno kompenziran, grubo neurološki bez svježih ispada i lateralizacija. Po trupu je vidljivo više keratotičnih lezija, po desnoj potkoljenici je vidljivo više krusti nakon prometne nesreće. Pacijent nema znakova teže intoksiciranosti, niti znakova apstinencijskih smetnji. Po psihičkom statusu pacijent je pri svijesti, kontaktibilan, logoroičan, psihomotorno ekscitiran, ubranog misaonog duktusa po formi. U sadržaju izražena je manična slika bipolarnog afektivnog poremećaja uz grandiozne ideje. Pacijent negira obmane osjetila, nije agresivan, nije suicidalan.

Nakon hospitalizacije, došlo je do psihomotornog smirivanja te blijeđenja psihotične produkcije. Postignuto poboljšanje stanja dopušta mogućnost nastavka ambulantnog liječenja. Liječnici su zauzeli stav da su stečeni uvjeti za otpust pacijenta i prekid prisilnog smještaja 6 dana ranije od inicijalno utvrđenog broja dana liječenja.

4.5.2. Medicinski okvir prisilne hospitalizacije

Na temelju anamneze i kliničkog statusa, može se razmotriti nekoliko medicinskih razloga za prisilnu hospitalizaciju pacijenta:

- *Pogoršanje psihičkog stanja:* Pacijent je prisilno primljen na Kliniku za psihijatriju u pogoršanju psihičkog stanja koje je trajalo najmanje 5 mjeseci. Supruga navodi da pacijent pokazuje simptome poput neuredne dinamike sna, psihomotorne ekscitiranosti, logoričnosti, nekritičnosti, učestalog konzumiranja alkoholnih pića, zaboravljivosti, otežanog održavanja pažnje i koncentracije, smetenosti, faza prejedanja, financijske neodgovornosti i česte verbalne agresije. Takve promjene u ponašanju mogu ukazivati na poremećaje raspoloženja poput bipolarnog afektivnog poremećaja ili depresije, a stupanj poremećaja je takav da dovodi u opasnost i bolesnika, kao i ljude iz okoline.
- *Neprihvatanje terapije:* Pacijent je u liječenju zbog depresivnog poremećaja od 2013. godine i koristio je nekoliko različitih lijekova, uključujući Fevarin, Citram, Alprazolam, Olanzapin, Depakine i Helex. Međutim, unazad dva tjedna nije uzimao propisanu terapiju i sklon je disimuliranju, što može biti znak da ne prihvaća svoje liječenje.
- *Konzumiranje alkohola:* Pacijent konzumira alkohol gotovo svaki dan posljednjih 6 mjeseci, što može pogoršati simptome depresije ili bipolarnog afektivnog poremećaja. Osim toga, pacijent je u financijskim dugovima što također može biti povezano s alkoholom i lošim odlukama.
- *Grandiozne ideje:* Pacijent iznosi grandiozne ideje poput kandidiranja za gradonačelnika, pisanja knjige i bavljenja slikarstvom što su simptomi manije kod bipolarnog afektivnog poremećaja. Takve ideje mogu biti opasne za pacijenta i druge ljude te ukazuju na potrebu za psihijatrijskom procjenom i liječenjem.

Uzmu li se u obzir ovi čimbenici, prisilna hospitalizacija pacijenta je bila opravdana i nužna za njegovo zdravlje i sigurnost. Pacijent je pokazao smirivanje nakon hospitalizacije, što

sugerira da bi ambulantno liječenje moglo biti učinkovito, ali bi trebalo biti praćeno pažljivim praćenjem i suradnjom pacijenta.

4.5.3. Zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama prisilna hospitalizacija može se provesti ako osoba s duševnom smetnjom ugrožava sebe ili druge te se ne može zbrinuti ili lijećiti na drugi naćin. Pacijent je prisilno primljen na Kliniku za psihijatriju zbog pogoršanja psihićkog stanja te sklonosti konzumiranju alkohola i neodgovornosti prema financijama, a njegova supruga je izjavila da je pacijent psihomotorno ekscitiran, ubrzanog misaonog duktusa po formi te da ima grandiozne ideje. Takvo stanje pacijenta ukazuje na postojanje ozbiljnih duševnih smetnji koje ugrožavaju njegovo zdravlje i sigurnost, kao i sigurnost drugih ljudi u njegovoj okolini. Pacijent je bio prisilno primljen na kliniku zbog pogoršanja psihićkog stanja, uključujući manićni otklon bipolarnog afektivnog poremećaja, ućestalo konzumiranje alkohola, grandiozne ideje i verbalnu agresiju. Ovo ponašanje ukazivalo je na opasnost da bi pacijent mogao nauditi sebi ili drugima stoga je primjena Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama bila opravdana kako bi se osigurala sigurnost pacijenta i okoline. Iz svega navedenog može se zaključiti da su stećeni uvjeti za provođenje prisilne hospitalizacije pacijenta na Klinici za psihijatriju.

5. RASPRAVA

Prema dostupnim podacima, učestalost prisilne hospitalizacije varira ovisno o regiji i državi, ali je općenito vrlo visoka. U Republici Hrvatskoj je prema izvještaju pravobraniteljice za osobe s invaliditetom za 2019. godinu, broj osoba koje su bile podvrgnute prisilnoj hospitalizaciji bio 2.479. Od toga je najveći broj hospitalizacija bio zbog shizofrenije i drugih psihoza. Što se tiče razlike u učestalosti prisilne hospitalizacije među spolovima, dostupni podatci pokazuju da je u svijetu učestalost slična kod oba spola. Međutim, postoje neke razlike u vrstama poremećaja za koje su žene i muškarci podvrgnuti prisilnoj hospitalizaciji. Na primjer, u nekim zemljama žene su češće hospitalizirane zbog poremećaja prehrane, dok su muškarci češće hospitalizirani zbog ovisnosti o drogama i alkoholu. Najnoviji dostupni poddaci o broju prisilnih hospitalizacija u Hrvatskoj datiraju iz 2016. godine, kada je zabilježeno 3.542 takvih hospitalizacija.

Od pet obrađenih slučajeva iz Klinike za psihijatriju KBC Osijek podjednako su bili zastupljeni i muškarci i žene. Najmlađi pacijent je imao 47 godina, a najstariji 70. Za dvoje analiziranih pacijenata poznato je da su imali završeni fakultet dok se za troje preostalih ne zna stupanj obrazovanja što može biti zbog pogreške administracije pri upisu pacijenata, ili su pacijenti bili u takvom psihičkom stanju da nisu znali niti stupanj stručne spreme. Što se tiče bračnog statusa, troje pacijenata su u bračnoj zajednici, jedna je pacijentica rastavljena, te je jedan pacijent samac.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, učestalost prisilnih hospitalizacija u različitim zemljama varira, a kreće se od manje od 0,1 na 100.000 stanovnika do više od 500 na 100.000 stanovnika. Također, prema istim podacima, ne postoji jasna razlika u učestalosti prisilnih hospitalizacija između muškaraca i žena (4, 5).

U Hrvatskoj Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama propisuje postupak prisilne hospitalizacije. Prema članku 27. važećeg Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, osoba s težim duševnim smetnjama koja ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život, sigurnost ili zdravlje odnosno život, zdravlje ili sigurnost drugih osoba može biti smještena bez svog pristanka u psihijatrijsku ustanovu.

Prisilna hospitalizacija može se provesti samo ako postoje osnovane sumnje da osoba s duševnim smetnjama predstavlja opasnost za sebe ili druge, te ako druge mjere nisu bile

uspješne u sprječavanju takve opasnosti. Osim toga, prisilna hospitalizacija se može primijeniti samo ako nema drugih načina zaštite osobe ili drugih osoba od opasnosti. To znači da se prisilna hospitalizacija primjenjuje samo kao krajnje sredstvo, kada nema drugih opcija za zaštitu osobe ili drugih osoba od opasnosti. Kada se primijeni prisilna hospitalizacija, osoba s duševnom smetnjom mora biti hospitalizirana u psihijatrijskoj ustanovi ili odjelu bolnice za mentalno zdravlje. U takvoj ustanovi, osoba će dobiti potrebnu medicinsku skrb i liječenje, te će se pratiti njezino stanje i napredak.

Najčešći razlozi prisilnih hospitalizacija općenito u svijetu su dekompenzirana psihotična stanja i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola ili droga (1). Isti su i razlozi za prisilnu hospitalizaciju kod obrađenih pacijenata, kod svih pet slučajeva bila je prisutna psihoza.

Pacijent N.N. je primljen na Kliniku za psihijatriju zbog pogoršanja psihičkog stanja. Prethodno je već bio hospitaliziran dvaput po sudskom nalogu. Majka je opisala pogoršanje njegovog stanja mjesec i pol prije prijema, što je bilo indicirano kao razlog za prisilno dovođenje pacijenta na pregled. Na dan prijema, pacijent je dovezen vozilom hitne medicinske pomoći uz policijsku pratnju. Pacijent je opisan kao disimulativan, nekritičan prema vlastitom stanju, te je opisao sukob s majkom i reaktivno iznio autoagresivne prijetnje kako bi izbjegao poziv policije od strane oca. Također je iznosio paranoidne interpretacije spram roditelja. Što se tiče psihičkog statusa kod prijema, pacijent je bio pri svijesti, orijentiran u svim smjerovima, subdepresivnog osnovnog raspoloženja, slabije modulirane afektivne pratnje, sa suspektom diskretnom paranoidnošću prema realitetnom okruženju uz naglašen disimulativni utisak. S obzirom na prikazane simptome, teško je reći je li zakon poštivan ili nije. Međutim, s obzirom na činjenicu da je prisilna hospitalizacija bila po sudskom nalogu te da je pacijent dovezen uz policijsku pratnju, može se pretpostaviti da su propisani postupci bili poštovani. Prisilna hospitalizacija pacijenta N.N. bila je po sudskom nalogu te je pacijent dovezen uz policijsku pratnju, što ukazuje da su propisani postupci bili poštovani. Što se tiče opravdanosti prisilne hospitalizacije, to bi se moglo utvrditi jedino nakon daljnje procjene stanja pacijenta i utvrđivanja potrebe za liječenjem.

N.N. je žena u dobi od 70 godina koja je primljena na Zavod za akutnu biološku psihijatriju i intenzivno liječenje u pratnji djelatnika hitne medicinske pomoći nakon što je policija pozvana zbog njenog hodanja po zgradi sa sjekirom i agresivnog ponašanja prema susjedima. Međutim ona negira da je imala sjekiru i tvrdi da su je susjedi optužili kako bi joj

uzeli stan. Pacijentica ima kompleksnu povijest koja uključuje gubitak djeteta, odvajanje od druge djece, dugotrajno razdvajanje od svoje obitelji i financijske, te životne teškoće. Njezine tvrdnje o bubicama i video nadzoru te neobično ponašanje ukazuju na psihičke smetnje. S osvrtnom na Zakon, pacijentica je bila hospitalizirana zbog ozbiljnih simptoma duševnog poremećaja i opasnosti koju je predstavljala za sebe i druge. Stoga se može zaključiti da je prisilna hospitalizacija bila opravdana prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u Hrvatskoj. Prisilna hospitalizacija pacijentice N.N. bila je opravdana zbog njezinih ozbiljnih simptoma duševnog poremećaja i opasnosti koju je predstavljala za sebe i druge. Sudjelovali su djelatnici hitne medicinske pomoći, policija i Zavod za akutnu biološku psihijatriju i intenzivno liječenje. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u Hrvatskoj poštivan je u ovom slučaju, što znači da su pravila o prisilnoj hospitalizaciji bila primijenjena u skladu s odredbama zakona.

Pacijentica N.N. (47 godina) je prisilno hospitalizirana zbog fizičkog napada na supruga i sumanutih misli uz shizoafektivni poremećaj. Liječi se od 2002. godine, ali ne uzima redovito propisanu terapiju. Prisilna hospitalizacija je provedena hitnom intervencijom uz pratnju policije na temelju preporuke suda i liječnika opće prakse. Zakonska osnova za hospitalizaciju primijenjena je u skladu s važećim Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, a odluka o prisilnoj hospitalizaciji bila je izrečena u skladu s izrekom rješenja. Pacijentica je klasificirana kao opasna za sebe i druge zbog dijagnoze F25.9, što je razlog za njezino prisilno liječenje. Liječnik opće prakse izdao je obrazac obrazloženja prisilnog zadržavanja osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijskoj ustanovi. Prisilna hospitalizacija pacijentice N.N. bila je opravdana zbog shizoafektivnog poremećaja, shizofrenije i agresivnog ponašanja prema suprugu koje je dovelo u pitanje sigurnost nje same i okoline. Odluka o hospitalizaciji donesena je u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, a provođenje je obavila policija uz pratnju ovlaštenih osoba MUP-a. U ovom slučaju, liječnik opće prakse je izdao nalog i obrazac hitnoj službi, policiji i psihijatriji kako bi se osigurala sigurnost pacijentice i okoline te je odluka o prisilnoj hospitalizaciji donesena temeljem preporuke suda koji je uz vještačenje psihijatra potvrdio potrebu za hospitalizacijom.

Pacijent N.N. je muškarac u dobi od 66 godina, oženjen, u mirovini i boluje od tromboze. Također, ovisnik je o alkoholu koji se liječi unazad 5 godina te je ranije prisilno hospitaliziran. Prethodno je doživio psihotičnu dekompenzaciju uslijed patološke ljubomore i sumanutih ideja o supruginoj nevjeri. Ključni događaj koji je doveo do prisilne hospitalizacije pacijenta N.N. je njegov nestanak i deluzije o supruginoj nevjeri, što je rezultiralo psihotičnom dekompenzacijom u vidu ugrožavanja vlastitog života i paranoidnih ideja vezanih uz ljubomoru. Kako je pacijent bio ovisnik o alkoholu, zatražio je premještaj na psihijatriju zbog psihotične dekompenzacije. Dva dana prije prijema u bolnicu, nestao je i pronađen u kanalu u alkoholiziranom stanju, bez svijesti, pothlađen i bez reakcija na podražaj. Medicinsko zakonodavni okviri za prisilnu hospitalizaciju regulirani su Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Prisilna hospitalizacija može se provesti ako postoji opasnost da će osoba s duševnom smetnjom nanijeti ozljede sebi ili drugima. U ovom slučaju pacijent N.N. ima povijest ovisnosti o alkoholu, prisilnu hospitalizaciju u prošlosti te je doživio psihotičnu dekompenzaciju uslijed patološke ljubomore i sumanutih ideja o supruginoj nevjeri što ukazuje na povećan rizik od ponovnog pogoršanja njegovog stanja. Pronalazak pacijenta u kanalu bez svijesti i pothlađenog ukazuje na potencijalno ozbiljne posljedice alkoholiziranog stanja što dodatno podržava nužnost hospitalizacije radi osiguravanja pacijentove sigurnosti. Klinika za psihijatriju KBC-a Osijek zatražila je prisilnu hospitalizaciju pacijenta N.N. u skladu s važećim Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Žalba u ovom slučaju nije dopuštena, što znači da pacijent N.N. ostaje hospitaliziran prema odluci Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek. Prisilna hospitalizacija pacijenta N.N. se čini opravdanom i u skladu s medicinskim okvirima.

Pacijent N.N., muškarac u dobi od 65 godina je prisilno primljen na Kliniku za psihijatriju zbog pogoršanja psihičkog stanja. Prema anamnezi, pacijent boluje od depresivnog poremećaja od 2013. godine, a u posljednjih pet mjeseci primijećeno je pogoršanje njegovog psihičkog stanja koje se manifestira u neurednoj dinamici sna, psihomotornoj ekscitiranosti, logoričnosti, nekritičnosti, učestalom konzumiranju alkoholnih pića, zaboravljivosti, otežanom održavanju pažnje i koncentracije, smetenosti, faza prejedanja, financijske neodgovornosti, te česte verbalne agresije. Pacijent također iznosi različite grandiozne ideje poput kandidiranja za gradonačelnika, pisanja knjige i bavljenja slikarstvom, zbog kojih je upao u financijske dugove. Osim psihijatrijskih simptoma, pacijent ima i somatske tegobe poput hipertenzije za koju pije propisanu terapiju i redovito posjećuje kardiologa. Također puši cigarete, a u posljednjih 6 mjeseci gotovo svaki dan konzumira alkohol, uglavnom pivo

i rakiju. Pacijent je također imao prometnu nesreću i ima više keratotičnih lezija po trupu te kruste nakon prometne nesreće na desnoj potkoljenici, ali nema znakova teže intoksiciranosti ni apstinencijskih smetnji. Prema opisu slučaja, pacijent je bio prisilno hospitaliziran zbog pogoršanja psihičkog stanja, uključujući manične epizode, grandiozne ideje, psihomotornu ekscitaciju, neurednu dinamiku sna, neodgovornost, zaboravljivost i učestalo konzumiranje alkoholnih pića, uz financijske dugove i verbalnu agresiju. Tijekom hospitalizacije, pacijent je pokazao znakove psihomotornog smirivanja, a njegovo psihičko stanje se stabiliziralo uz primjenu adekvatne terapije. Nakon što su liječnici procijenili da je pacijentova klinička slika dovoljno poboljšana, a da se mogu osigurati uvjeti za nastavak liječenja u ambulantnom okruženju, pacijent je pušten na kućnu njegu. Odluka o skraćanju trajanja hospitalizacije za 6 dana sugerira da je pacijent reagirao dobro na primijenjenu terapiju i da su liječnici smatrali da je rizik od daljnjeg pogoršanja smanjen. Vjerojatno su također uzeli u obzir i druge čimbenike kao što su zauzetost postelja na odjelu, financijske mogućnosti pacijenta i mogućnost daljnjeg praćenja stanja u ambulantnom okruženju.

Prema podacima iz 2019. godine, u Hrvatskoj je bilo ukupno 9.099 hospitalizacija u psihijatrijskim ustanovama, a od toga je 2.064 hospitalizacija bilo prisilno. To znači da je otprilike jedna četvrtina hospitalizacija u psihijatrijskim ustanovama bila prisilna. Međutim, važno je napomenuti da se broj prisilnih hospitalizacija može razlikovati ovisno o regiji ili pojedinim psihijatrijskim ustanovama. Također, ova statistika ne obuhvaća sve slučajeve prisilne hospitalizacije jer neki pacijenti mogu biti prisilno hospitalizirani u općim bolnicama koje nemaju psihijatrijske odjele. Prema dostupnim podacima, u SAD-u je učestalost prisilne hospitalizacije nešto veća nego u Hrvatskoj. Prema izvješću Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje iz 2015. godine, oko 1,5 milijuna ljudi godišnje bude prisilno hospitalizirano u SAD-u zbog mentalnih bolesti ili poremećaja. To čini otprilike 0,5% populacije SAD-a. U Hrvatskoj, prema podacima iz 2019. godine, učestalost prisilne hospitalizacije iznosila je oko 22,6 osoba na 100 000 stanovnika, što je oko 0,02% populacije. Važno je naglasiti da se prisilna hospitalizacija ne smije koristiti kao rutinska mjera, već samo kao krajnje sredstvo u slučajevima kada su druge mjere bile neučinkovite u zaštiti osobe s duševnim smetnjama ili drugih osoba od opasnosti, duševnim smetnjama ili drugih osoba od opasnosti.

Kod svih analiziranih pacijenata postojali su opravdani razlozi prisilne hospitalizacije. Iz podataka navedenih u povijesti bolesti vidljivo je da je prisila provedena kada je postojala evidentna ugroženost i pacijenta i okoline. Medicinski okviri su poštovani.

Analizom hodograma prisilne hospitalizacije uočava se poštivanje zakonskih okvira.

Također, osoba koja je prisilno hospitalizirana ima pravo na pravnu zaštitu i mogućnost osporavanja odluke o hospitalizaciji. To pravo je konzumirao jedan pacijent, ali je osporavanje odluke odbijeno i obzirom na pogoršanje psihičkog stanja pokrenut je sudski postupak i sud je donio odluku o prisilnoj hospitalizaciji u trajanju od 30 dana.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u procesu prisilne hospitalizacije pacijenta. Njezina uloga obuhvaća procjenu psihijatrijskog statusa pacijenta, praćenje njegovog zdravstvenog stanja tijekom hospitalizacije, provođenje terapijskih postupaka, pripremu pacijenta za otpust i educiranje pacijenta i obitelji o daljnjem liječenju. Također, medicinska sestra prati pacijentovo ponašanje i komunikaciju te radi u suradnji s liječnicima u donošenju odluka o daljnjem tijeku liječenja pacijenta. Uz to, medicinska sestra pruža podršku obitelji pacijenta i poučava ih o poremećaju zbog kojeg je pacijent hospitaliziran.

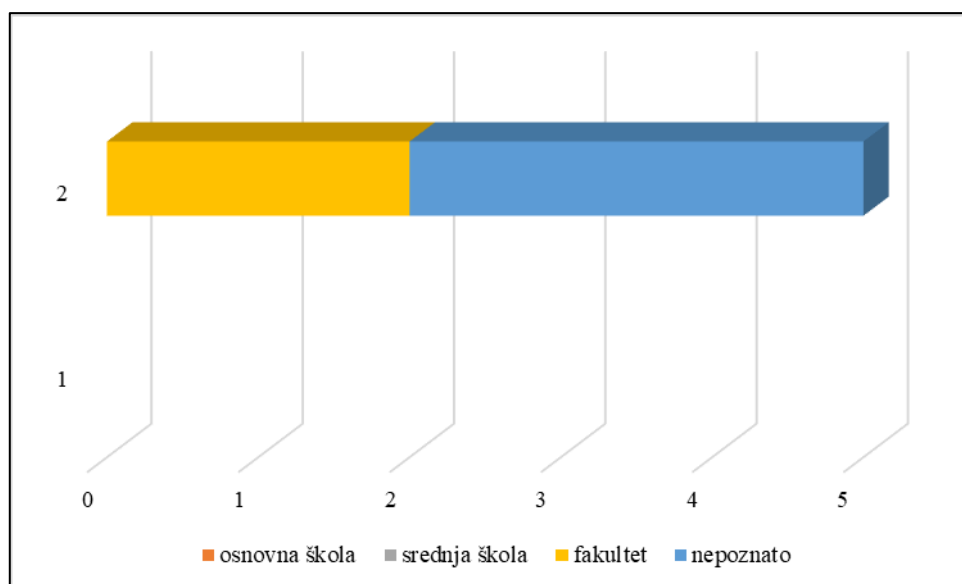
Mjere sputavanja kod psihičkih bolesnika su mjere koje se primjenjuju kada postoji opasnost za pacijenta ili druge osobe te kada sve druge mogućnosti liječenja iscrpljene. Ove mjere su posljednja opcija i primjenjuju se samo u iznimno rijetkim slučajevima, kao što su primijenjene kod ranije opisana dva slučaja. Psihički poremećaji očituju se kroz simptome kao što su deluzije, halucinacije, agitacija, nasilno ponašanje, samoozljeđivanje ili suicidalne tendencije. U takvim situacijama, pacijenti mogu predstavljati opasnost za samog sebe ili za druge. Sputavanje pacijenta u tim slučajevima može se smatrati kao sredstvo zaštite pacijenta i osoba u njegovoj okolini.

S obzirom na obrađene slučajeve, uočava se da su više hospitalizirane osobe muškog spola, od osoba ženskog spola (Tablica 1.). Najmanja dob hospitalizirane osobe je 47, a najstarija je dobi 70 godina. Prosječna dob žena i muškaraca razlikuje se za samo jedan broj. Dvojica hospitaliziranih osoba muškog spola bili su stariji od 60 godina, dok je samo jedan imao 48 godina.

Tablica 4.1. Udio hospitaliziranih osoba prema spolu

	N	Prosječna dob
ŽENE	2	58
MUŠKARCI	3	59

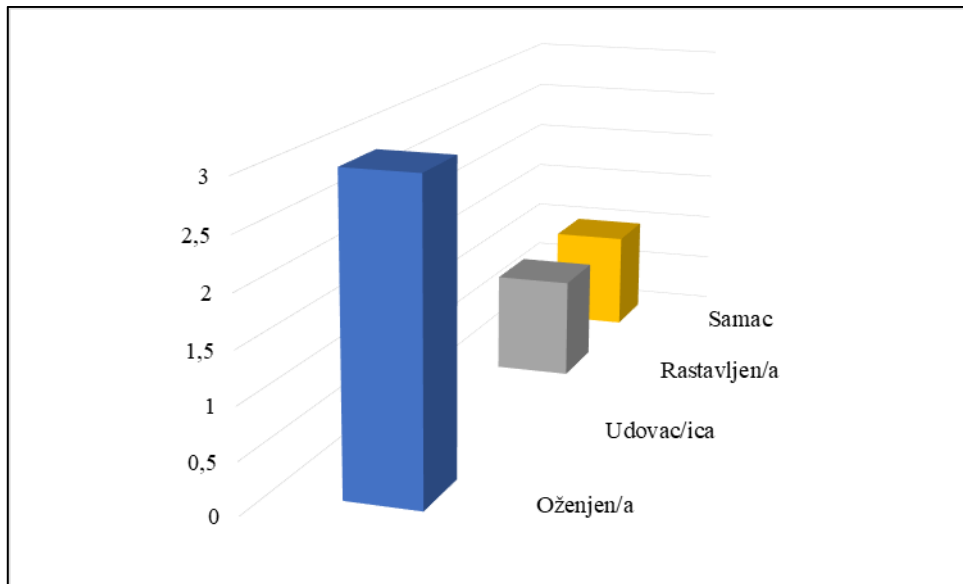
Gledajući stupanj obrazovanja, dvoje ispitanika ima završen fakultet, dok za ostalih troje ti podatci nisu dostupni (Slika 4.1.).



Slika 4.1. Stupanj obrazovanja pacijenata (13)

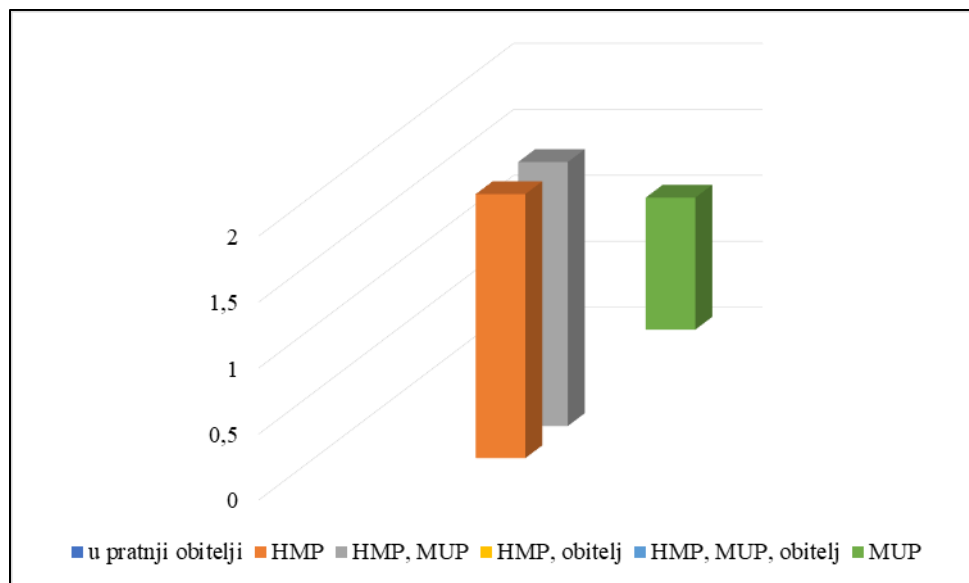
Što se tiče bračnog statusa, troje pacijenata su u bračnoj zajednici, jedna je pacijentica rastavljena, te je jedan pacijent samac (Slika 4.2.).

Slika 4.2. Bračni status pacijenata (13)



S obzirom na okolnosti hospitalizacije, dvoje je zaprimljeno u pratnji HMP-a, dvoje u pratnji HMP-a i MUP-a, te jedna osoba u pratnji MUP-a (Slika 4.3.).

Slika 4.3. Okolnosti dolaska (13)



Prisilna hospitalizacija je postupak koji se primjenjuje u slučajevima kada se procijeni da je pojedinac potencijalno opasan za sebe ili za druge. To je složen i delikatan postupak koji zahtijeva pažljivo razmatranje svih relevantnih medicinskih i pravnih okvira. U Hrvatskoj, Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN br. 76/14) propisana je procedura prisilne hospitalizacije. Prema ovom zakonu, prisilna hospitalizacija je moguća samo u slučajevima kada je to nužno radi zaštite pacijenta i/ili drugih osoba, a kada se pacijent ne može ili ne želi samoinicijativno podvrgnuti liječenju.

Postupak prisilne hospitalizacije može započeti na temelju prijave liječnika ili drugih osoba koje su upoznate s okolnostima slučaja. Nakon prijave, stručni tim obavlja procjenu i donosi odluku o mogućnosti prisilne hospitalizacije.

Prisilna hospitalizacija je složen postupak koji zahtijeva pažljivo razmatranje svih relevantnih medicinskih i pravnih okvira. U slučajevima kada je to nužno radi zaštite pacijenta i/ili drugih osoba, prisilna hospitalizacija može biti jedina mogućnost. Međutim, važno je osigurati da se postupak provodi u skladu s propisima i uz poštivanje prava i dostojanstva pacijenta.

Zakonodavni okviri igraju ključnu ulogu u oblikovanju i reguliranju medicinske prakse i zdravstvenog sustava u cjelini. Kako bi se osigurala kvaliteta skrbi i zaštitili interesi pacijenata, medicinska praksa mora biti u skladu s relevantnim zakonima i pravilima, dok se istovremeno mora paziti da se zakoni ne koriste kao prepreke za inovacije i poboljšanja u medicini.

6. ZAKLJUČAK

Prisilna hospitalizacija je postupak koji se primjenjuje u slučajevima kada se procijeni da je pojedinac potencijalno opasan za sebe ili za druge. To je složen i delikatan postupak koji zahtijeva pažljivo razmatranje svih relevantnih medicinskih i pravnih okvira. U Hrvatskoj Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN br. 76/14) propisana je procedura prisilne hospitalizacije. Prema ovom zakonu, prisilna hospitalizacija je moguća samo u slučajevima kada je to nužno radi zaštite pacijenta i/ili drugih osoba, a kada se pacijent ne može ili ne želi samoinicijativno podvrgnuti liječenju.

Postupak prisilne hospitalizacije može započeti na temelju prijave liječnika ili drugih osoba koje su upoznate s okolnostima slučaja. Nakon prijave, stručni tim obavlja procjenu i donosi odluku o mogućnosti prisilne hospitalizacije.

Prisilna hospitalizacija je složen postupak koji zahtijeva pažljivo razmatranje svih relevantnih medicinskih i pravnih okvira. U slučajevima kada je to nužno radi zaštite pacijenta i/ili drugih osoba, prisilna hospitalizacija može biti jedina mogućnost. Međutim, važno je osigurati da se postupak provodi u skladu s propisima i uz poštivanje prava i dostojanstva pacijenta.

Zakonodavni okviri igraju ključnu ulogu u oblikovanju i reguliranju medicinske prakse i zdravstvenog sustava u cjelini. Kako bi se osigurala kvaliteta skrbi i zaštitili interesi pacijenata, medicinska praksa mora biti u skladu s relevantnim zakonima i pravilima, dok se istovremeno mora paziti da se zakoni ne koriste kao prepreke za inovacije i poboljšanja u medicini.

7. LITERATURA

1. Šimić G, Petranović O, Jukić V. Psihijatrija i zakon. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
2. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Narodne novine. Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr> (21.05.2023.)
3. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine. 2004;169(12):2953-2960. Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr> (27.12.2022.)
4. Kisely S, Campbell LA, Preston C. Compulsory admission to hospital for mental disorder: A review of the literature. Nord J Psychiatry. 2017;71(4):250-258.
5. Brečić P, Kuzman MR, Tomljanović T. Compulsory hospitalization in psychiatric patients in Croatia: The results of a 2-year national study. Psychiatria Danubina. 2016;28(4):375-383.
6. Previšić V, Gajski M, Rončević Zubković B, Jurišić Eržen D, Martinac Dorčić T. Medical and legal aspects of involuntary hospitalization in Croatia. Psychiatria Danubina, 2019;31(3), 322-329.
7. Fizičko sputavanje pacijenta. Dostupno na: <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals/chapter/5-7-restraints/>
8. Skodol A. Paranoidni poremećaj ličnosti. U: Franić TP, ur. Hrvatski medicinski portal [Internet]. Zagreb: Hrvatsko društvo medicinskih novinara. Dostupno na: <https://www.hemed.hr> (24.1.2023.)
9. Tamminga C. Akutni i prolazni psihotični poremećaj. U: Franić TP, ur. Hrvatski medicinski portal [Internet]. Zagreb: Hrvatsko društvo medicinskih novinara. Dostupno na: <https://www.hemed.hr> (24.1.2023.)
10. Tamminga C. Sumanuti poremećaj. U: Franić TP, ur. Hrvatski medicinski portal [Internet]. Zagreb: Hrvatsko društvo medicinskih novinara. Dostupno na: <https://www.hemed.hr> (24.1.2023.)
11. Podgornjak M, Hrvat Matić L, Stanišić A, Gutić E, Salopek I. Informirani pristanak u psihotičnoj dekompenzaciji. Jahor [Internet]. 2022 [pristupljeno 27.05.2023.];13(2):359-367. <https://doi.org/10.21860/j.13.2.8>

12. Tamminga C. Shizoafektivni poremećaj. U: Franić TP, ur. Hrvatski medicinski portal [Internet]. Zagreb: Hrvatsko društvo medicinskih novinara. Dostupno na: <https://www.hemed.hr> (2.2.2023.)
13. Tamminga C. Shizofrenija. U: Franić TP, ur. Hrvatski medicinski portal [Internet]. Zagreb: Hrvatsko društvo medicinskih novinara. Dostupno na: <https://www.hemed.hr> (2.2.2023.)
14. Mihaljević-Peješ A, Šagud M, Bajs Janović M. Psihoterapijski pristup bipolarnom afektivnom poremećaju. Psychiatr Danub. 2016;28(Suppl 1):23-9
15. Microsoft. Excel for Office 365, Excel 2016. Redmond, WA: Microsoft; 2016.

8. SAŽETAK

U Hrvatskoj Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama propisuje postupak prisilne hospitalizacije samo kao krajnje sredstvo u slučajevima kada nema drugih načina zaštite osobe ili drugih osoba od opasnosti. Prema podacima iz 2019. godine, oko jedne četvrtine hospitalizacija u psihijatrijskim ustanovama u Hrvatskoj bila je prisilna. Važno je naglasiti da se prisilna hospitalizacija ne smije koristiti kao rutinska mjera već samo kao krajnje sredstvo. Medicinska sestra ima ključnu ulogu u procesu prisilne hospitalizacije pacijenta, što uključuje procjenu psihijatrijskog statusa pacijenta, praćenje njegovog zdravstvenog stanja tijekom hospitalizacije, provođenje terapijskih postupaka, pripremu pacijenta za otpust i poučavanje pacijenta i obitelji o daljnjem liječenju. Medicinska sestra također prati pacijentovo ponašanje i komunikaciju te radi u suradnji s liječnicima u donošenju odluka o daljnjem tijeku liječenja pacijenta i pruža podršku obitelji pacijenta i poučava ih o poremećaju zbog kojeg je pacijent hospitaliziran. Važno je da osoba koja je prisilno hospitalizirana ima pravo na pravnu zaštitu i mogućnost osporavanja odluke o hospitalizaciji. U SAD-u je učestalost prisilne hospitalizacije nešto veća nego u Hrvatskoj, oko 1,5 milijuna ljudi godišnje bude prisilno hospitalizirano zbog mentalnih bolesti ili poremećaja, što čini otprilike 0,5% populacije SAD-a. Od analiziranih slučajeva u ovom radu, može se utvrditi da je svaka prisilna hospitalizacija obavljena prema zakonskim propisima i s poštivanjem svih prava pacijenata.

Ključne riječi: prisilna hospitalizacija, duševni bolesnici, Zakon o zaštiti duševnih bolesnika

9. SUMMARY

In Croatia, the Law on the Protection of Persons with Mental Disorders prescribes the procedure of forced hospitalization only as a last resort in cases when there are no other means of protecting the person or others from danger. According to data from 2019, about one-quarter of hospitalizations in psychiatric institutions in Croatia were forced. It is important to emphasize that forced hospitalization should not be used as a routine measure, but only as a last resort. Nurses have a key role in the process of forced patient hospitalization, which includes assessing the patient's psychiatric status, monitoring their health during hospitalization, conducting therapeutic procedures, preparing the patient for discharge, and educating the patient and family about further treatment. Nurses also monitor the patient's behavior and communication and work in collaboration with doctors to make decisions about the patient's further treatment course and provide support to the patient's family and educate them about the disorder for which the patient is hospitalized. It is important that a person who is forcibly hospitalized has the right to legal protection and the possibility of challenging the decision to hospitalize. In the United States, the frequency of forced hospitalization is slightly higher than in Croatia, with about 1.5 million people per year being forcibly hospitalized for mental illness or disorders, which is roughly 0.5% of the US population. From the analyzed cases in this paper, it can be determined that each forced hospitalization was carried out in accordance with legal regulations and with respect for all patients' rights.

Keywords: forced hospitalization, persons with mental disorders, law on the protection of persons with mental disorders

10. OZNAKE I KRATICE

KBC	Klinički bolnički centar
F22	paranoidna psihoza,
F23.9; F06.2	organski sumanutni poremećaj; akutni i prolazni psihotični poremećaj,
F20; F25.9	shizofrenija; shizoafektivni poremećaj,
F10.5/2	mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola – akutno trovanje, psihotični poremećaj/sindrom ovisnosti,
F31.2. psihoze	bipolarni afektivni poremećaj, manijska epizoda sa simptomima
N.N.	lat. <i>Nomen Nescio</i> , anonimna osoba
HMP	hitna medicinska pomoć
MUP	Ministarstvo unutarnjih poslova
Čl.	članak
BAP	bipolarni afektivni poremećaj

11. POPIS SLIKA

Slika 1.1. Temeljna načela zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama

12. POPIS TABLICA

Tablica 4.1. Udio hospitaliziranih osoba prema spolu

13. PRILOZI

Završnom radu prilažem:

1. Suglasnost za provođenje istraživanja u Klinici za psihijatriju, KBC-a Osijek



Klinički bolnički centar Osijek

Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu
Broj: RI-3907-3/2022.

Osijek, 25.03.2022.

Temeljem točke III Odluke o imenovanju Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek na svojoj 8. sjednici održanoj 25.03.2022. godine pod točkom 3 dnevnog reda donijelo je sljedeću

ODLUKU

I.

Odobrava se Mariji Jurkić studentici Stručnog studija Sestrinstvo na Veleučilištu u Bjelovaru, istraživanje u Kliničkom bolničkom centru Osijek u Klinici za psihijatriju pod nazivom: „**Medicinski i zakonodavni okvir prisilne hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika**“.

Mentor rada: dr. sc. Ina Stašević, v. predavač

II.

Ova odluka stupa na snagu danom donošenja.

Predsjednica Povjerenstva za etička i staleška pitanja
medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu:
Nikolina Farčić, mag. med. techn.

N. Farčić

O tome obavijest:

1. Marija Jurkić
2. Pismohrana Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara

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>14.06.2023.</u>	MARIJA JURKID	Marija Jurkid

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

MARIJA JURKID

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon _____ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 14. 06. 2023.

Marija Jurkid
potpis studenta/ice