

Sestrinski aspekti prisilnog liječenja duševnih bolesnika

Grbić, Ozren

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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:144:740841>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-28**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**SESTRINSKI ASPEKTI PRISILNOG LIJEČENJA
DUŠEVNIH BOLESNIKA**

Završni rad br. 76/SES/2018

Ozren Grbić

Bjelovar, listopad, 2018.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Grbić Ozren**

Datum: 24.09.2018.

Matični broj: 000922

JMBAG: 0314009053

Kolegij: **KLINIČKA MEDICINA 4**

Naslov rada (tema): **Sestrinski aspekti prisilnog liječenja duševnih bolesnika**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Psihijatrija**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Tamara Salaj, dipl.med.techn., predsjednik
2. dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor
3. Goranka Rafaj, mag.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 76/SES/2018

Cilj rada je prikazati sestrinske aspekte primjene prisile u tretmanu duševnih bolesnika.

Primjena prisilnih tretmana u psihijatriji zadiru u osnovno pravo na slobodu kao temeljno ljudsko pravo, a u kliničkom radu predstavljaju etičko moralne i legalne izazove za svo medicinsko osoblje koje sudjeluje u takovim postupcima.

U radu će biti prikazani kliničke indikacije, zakonski okvir te dileme u sestrinskom pristupu i zbrinjavanje takovih pacijenata.

Zadatak uručen: 24.09.2018.

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



ZAHVALE

Zahvaljujem se svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju i poučavanju tijekom ovih godina.

Posebnu zahvalu upućujem svojoj mentorici prim. dr. sc. Mariji Kudumiji Slijepčević na stručnoj pomoći, strpljenju i motivirajućem pristupu prilikom izrade ovog rada.

Najsrdahnije se zahvaljujem svojoj obitelji, prijateljima i zaručnici na podršci i razumijevanju koje su mi ukazali za vrijeme studiranja.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA	2
3. ZAKONSKI OKVIRI PRISILNOG LIJEČENJA DUŠEVNOG BOLESNIKA.	3
4. PRISILNO LIJEČENJE DUŠEVNOG BOLESNIKA.....	5
4.1. Smještaj bez pristanka	5
4.2. Prsilno zadržavanje.....	6
4.2. Prsilni smještaj.....	6
4.4. Neubrojivost, duševna smetnja i teža duševna smetnja.....	7
5. PRIMJERI IZ EUROPE I SVIJETA ZA USPOREDBU.....	8
5.1. Ujedinjeno Kraljevstvo (Engleska i Wales)	8
5.2. SR Njemačka (Bavarska)	8
5.3. SAD (District of Columbia)	9
5.4. Italija.....	10
6. KLINIČKE INDIKACIJE ZA PRISILNO LIJEČENJE DUŠEVNOG BOLESNIKA	13
6.1. Suicidalnost	13
6.2. Rizični čimbenici	14
6.3. Prevencija suicida	14
6.4. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju suicidalnog bolesnika.....	15
6.5. Sestrinske dijagnoze vezane uz zbrinjavanje suicidalnog bolesnika	15
6.6. Agresija i nasilničko ponašanje	17
6.7. Pristup agresivnom pacijentu	17
6.8. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju agresivnog bolesnika	18
6.9. Sestrinske dijagnoze vezane uz zbrinjavanje agresivnog bolesnika	18
6.10. Fizičko sputavanje.....	19
6.11. Prsilna primjena farmakološke terapije	21
6.12. Izdvajanje u posebnu prostoriju	21
7. ETIČKI I MORALNI IZAZOVI ZA OSOBLJE KOJE SUDJELUJE U POSTUPCIMA PRISILE KOD DUŠEVNIH BOLESNIKA	23
7.1. Reakcije članova terapijskog tima na primjenu mjera prisile kod duševnog bolesnika.....	23
7.2. Traumatske posljedice primjene mjera prisile kod članova terapijskog tima	25
8. ZAKLJUČCI.....	27
9. LITERATURA.....	28

10. OZNAKE I KRATICE	29
11. SAŽETAK	30
12. SUMMARY	31

1. UVOD

Jedno od temeljnih ljudskih prava jest pravo na slobodu, koje svakako uključuje u sebi i pravo na slobodu kretanja (1). Stanje slobode je prirodeno čovjeku radi činjenice da posjeduje dušu i svijest, iako svaki odnos s društvom podrazumijeva donekle gubitak slobode. Sloboda se ne može točno definirati i svatko ju drugačije zamišlja. Ono što psihijatriju razlikuje od ostalih grana medicine je to što ona jedina primjenjuje prisilne terapijske postupke što znači ograničavanje ili oduzimanje slobode izbora i kretanja drugom ljudskom biću. Kada govorimo o prisilnim terapijskim postupcima podrazumijeva se primjena psiholoških, fizičkih i strukturnih instrumenata moći kako bi se ostvario cilj koji se ne može postići putem komunikacije pa se stoga provodi protiv pacijentove volje (2). Intervencije koje se provode uvijek moraju imati jasno definirane indikacije i ciljeve, u protivnom svaka mjera prisile koja se primjenjuje bez odgovarajuće indikacije s neprimjerenim metodama smatra se stručno i zakonski neopravdanom i uvjetuje preispitivanje odgovornosti zdravstvenih djelatnika. Rizična skupina pacijenata kod kojih se mogu provesti postupci prisile su osobe s težim duševnim smetnjama koje ugrožavaju vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost (3). Izabrana metoda liječenja ne bi smjela zadirati u integritet pacijentove ličnosti odnosno ne bi smjela rezultirati takvom promjenom ličnosti pacijenta kojom bi bio izmijenjen ili deformiran njegov identitet ili integritet (1). Primjena prisilnih terapijskih postupaka za posljedicu često izaziva određenu količinu stresa kako u pacijenta nad kojim se takvi postupci provode, tako i za terapijski tim koji iste postupke provodi nad pacijentom. Izborom drugih metoda intervencije kao što su tehnike komunikacije u kriznim situacijama umjesto fizičkog sputavanja ili prisilne primjene farmakološke terapije možemo znatno prevenirati traumatske posljedice za pacijenta i za cjelokupni terapijski tim. Uvijek treba imati na umu da primjena metoda fizičkog sputavanja treba biti zadnja opcija nakon što su iskušane sve ostale deeskalacijske metode. Zdravstveni djelatnik u skladu sa zakonom i svojim kompetencijama mora holistički pristupiti pacijentu te smanjiti osjećaj ugroženosti i straha kod pacijenta.

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati sestriinske aspekte primjene prisile u tretmanu duševnih bolesnika. Primjena prisilnih tretmana u psihijatriji zadiru u osnovno pravo na slobodu kao temeljno ljudsko pravo, a u kliničkom radu predstavljaju etičko moralne i legalne izazove za svo medicinsko osoblje koje sudjeluje u takvim postupcima. U radu će biti prikazane kliničke indikacije, zakonski okviri te dileme u sestriinskom pristupu i zbrinjavanju takvih pacijenata.

3. ZAKONSKI OKVIRI PRISILNOG LIJEČENJA DUŠEVNOG BOLESNIKA.

Sva prava duševnih bolesnika određena su Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama kojim su propisana temeljna načela, zaštita prava te uvjeti za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama. Ovaj zakon donio je Hrvatski sabor na sjednici 13. Lipnja 2014. godine te se primjenjuje na području Republike Hrvatske (3). Prema tom zakonu, svaka osoba s duševnim smetnjama ima pravo na samoodređenje o vlastitom liječenju, o izboru lijekova, liječnika i ustanove gdje će se liječenje odvijati. Također svaka osoba ima pravo odbiti liječenje ako smatra da joj je ono nepotrebno. Osobe s duševnim smetnjama često nisu u stanju prosuditi stupanj vlastitog fizičkog i psihičkog zdravlja zbog čega se ponekad kada postoje opravdane indikacije pribjegava uporabi mjera prisilnog liječenja s ciljem unaprjeđenja njihova zdravlja uzimajući u obzir njihovo dostojanstvo kao pojedinca i osobe. Što se tiče mjera prisilnog liječenja, ali i liječenja duševnog bolesnika u općem smislu treba razlikovati nekoliko pojmova kao što su: dobrovoljni smještaj, pristanak na liječenje, prisilni smještaj, prisilno zadržavanje, duševna smetnja, teža duševna smetnja, neubrojivost. Običnom laiku većina tih pojmova može izgledati potpuno jednako, no ipak oni se razlikuju po pravnom aspektu te svaki od njih ima vlastitu definiciju i značenje. Kao što je već napisano u ovom tekstu, kod liječenja duševnih bolesnika veliku pažnju treba pridavati dostojanstvu osobe jer svaki čovjek bio on duševno bolestan ili ne je individua za sebe sa svojim ponosom, emocijama i integritetom. Uvjeti liječenja duševnog bolesnika ne smiju se razlikovati od uvjeta i standarda liječenja osoba u drugim ustanovama, duševni bolesnik mora biti zaštićen od svih oblika zlostavljanja, iskorištavanja, ponižavanja ili nehumanog postupanja svake vrste. Svaka psihijatrijska dijagnoza mora biti temeljena na međunarodnoj klasifikaciji mentalnih poremećaja (3). Dakle ukratko sažeto sve prethodno napisano značilo bi da se duševni bolesnik ni po čemu ne bi trebao razlikovati od ostalih bolesnika čije tegobe nisu duševne već tjelesne prirode te da ne treba praviti razlike u važnosti između psihijatrijskih i ostalih dijagnoza u medicini. Duševni bolesnici zbog same prirode svojih bolesti često su zanemareni i diskriminirani ne samo od strane javnosti koja nije upućena u medicinu već i od strane stručnjaka, liječnika, ustanova u kojima su smješteni, ali i državnih institucija koje bi trebale biti prve koje će zaštititi dostojanstvo ljudskog bića.

Prema izvješću „MDAC“ (*The Mental Disability Advocacy Center*) u Republici Hrvatskoj nije bilo smjernica za uporabu mehaničkog ili kemijskog sputavanja u psihijatrijskim niti socijalnim ustanovama, niti su zdravstveni djelatnici educirani za primjenu istoga (4). Naknadno je donesen pravilnik samo za psihijatrijske ustanove koji se ne može provoditi zbog nedostatka osoblja. Čest je slučaj da se duševni bolesnici zatiču u psihijatrijskim i socijalnim institucijama u neljudskim uvjetima neprihvatljivim za jednu europsku državu 21. stoljeća (4). Psihijatrijski odjeli u bolnicama često su smješteni u podrumima bez dovoljno sunčeva svjetla koji više podsjećaju na tamnice nego na bolničke odjele, u vlažnim i starim zgradama koje vane za obnovom, a kada i dođe do obnove, tada su odjeli psihijatrije uglavnom posljednji na redu. Također nije rijedak slučaj da zdravstveno osoblje koje radi u takvim ustanovama ili na odjelima nema osnovnu opremu za rad s takvim bolesnicima te su prepušteni sami sebi u osiguravanju potrebne opreme i sredstava. Na žalost takva je stvarnost psihijatrije ne samo u Republici Hrvatskoj nego i u mnogim europskim, ali i svjetskim zemljama, no međutim postoje i pozitivni primjeri koji ulijevaju nadu da će u budućnosti stanje krenuti na bolje. Promjene u pristupu i odnosu prema duševnom bolesniku dešavaju se sporo i s otporom stoga je potrebna stroga implementacija ZZODS-a (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama), a svaki neprofesionalan i diskriminirajući odnos prema duševnom bolesniku sankcionirati. Primjena zakona i poštivanje osnovnih ljudskih prava temelj su razvitka zdravog odnosa prema duševnim bolesnicima.

4. PRISILNO LIJEČENJE DUŠEVNOG BOLESNIKA

Pod pojmom prisilno liječenje duševnog bolesnika označava se liječenje takvog bolesnika protiv njegove volje i želje za liječenjem pod uvjetom da je u takvom teškom duševnom stanju da ne može samostalno razlučiti što je korisno za njega. Prisilno liječenje znači ograničavanje slobode i prava čovjeka na kretanje i samoodlučivanje što su temeljna ljudska prava. Također prema Ustavu RH čovjekova sloboda je nepovrediva i nikome se ne smije oduzeti niti ograničiti osim kada je to određeno zakonom (5). ZZODS određeno je tko, kada, koliko i na koji način može biti liječen protiv svoje volje odnosno prisilno liječen. Preporuku o prisilnom liječenju donosi liječnik psihijatar na temelju pregleda bolesnika, a odluku o prisilnom liječenju donosi nadležni sud na temelju vještačenja liječnika psihijatra koji ne smije biti zaposlen u ustanovi gdje je pacijent smješten. Oblici prisilnog liječenja su: smještaj bez pristanka, prisilno zadržavanje i prisilni smještaj. O prisilnom liječenju ne možemo govoriti bez da ne spomenemo primjenu fizičke sile prilikom savladavanja agresivnog pacijenta i prisilnu primjenu farmakološke terapije, ali tome će biti riječi kasnije u ovom radu.

4.1. Smještaj bez pristanka

Za razliku od dobrovoljnog smještaja duševne osobe koja je sposobna dati informirani i potpisani pristanak za liječenje, smještaj bez pristanka znači upravo suprotno tome tj. smještaj teže duševno bolesne osobe u psihijatrijsku ustanovu ili odjel koja nije sposobna dati pristanak za dobrovoljno liječenje. U tom slučaju njen zakonski skrbnik je taj koji daje pristanak za liječenje (3). Psihijatrijska ustanova obavezna je u najkasnijem roku od 48 sati od dobivanja pismenog pristanka zakonskog skrbnika duševnog bolesnika, obavijestiti pravobranitelja za osobe s invaliditetom koji odobrava ili ne odobrava smještaj bez pristanka te o tome sastavlja pisanu bilješku koja se ulaže u medicinsku dokumentaciju. U slučaju da se osoba usprotivi pristanku koji je potpisao zakonski skrbnik, psihijatrijska ustanova obavezna je u roku od 12 sati dostaviti nadležnom sudu odluku o prisilnom zadržavanju zajedno sa pripadajućom medicinskom dokumentacijom (3).

4.2. Prsilno zadržavanje

Prsilno zadržavanje podrazumijeva prijem težeg duševnog bolesnika u psihijatrijsku ustanovu na temelju uputnice i nalaza liječnika opće medicine koji je obavio pregled duševnog bolesnika. Bolesnik se može zaprimiti i bez uputnice liječnika opće medicine u iznimno hitnim situacijama kada postoji opasnost od ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti. U takvim slučajevim bolesnik često dolazi u pratnji policijskih službenika koji su također obavezni postupati prema njemu dostojanstveno i s poštovanjem. Liječnik psihijatar koji takvu osobu zaprimi obavezan je u roku od 48 sati utvrditi postoje li opravdani razlozi za daljnje zadržavanje takve osobe u ustanovi (3). Ako postoje razlozi za daljnje zadržavanje, tada psihijatar mora obrazložiti svoju odluku osobi koja je zadržana te je upoznati s njenim pravima i obavezama. Ustanova u kojoj je osoba smještena obavezna je u roku od 12 sati obavijestiti nadležni županijski sud te mu dostaviti svu potrebnu medicinsku dokumentaciju. Rok od 12 sati počinje teći od opoziva dobrovoljno smještene osobe odnosno od protivljenja osobe smještene bez pristanka. Ovaj postupak može se primijeniti i na osobe koje su dale pisani pristanak za liječenje, ali su ga naknadno opozvale (3). Prsilno zadržavanje može trajati najduže 8 dana te u tom roku nadležni sud mora donijeti odluku o prisilnom smještaju ili otpustu pacijenta.

4.2. Prsilni smještaj

Prsilni smještaj je postupak smještaja duševnog bolesnika u psihijatrijsku ustanovu o kojem odlučuje sudac nadležnog suda. Postupak odluke o prisilnom smještaju je izvanparnički postupak i javnost je iz njega isključena. Nadležni sud kada primi obavijest o prisilnom zadržavanju donosi rješenje o pokretanju postupka te prisilno zadržanoj osobi dodjeljuje odvjetnika po službenoj dužnosti ako ga osoba već od prije nema (3). Sudac je obavezan u roku od 72 sata od primitka obavijesti posjetiti prisilno zadržanu osobu te ju obavijestiti o svrsi i razlozima postupka te ju saslušati. Saslušanju prisilno zadržane osobe također je obavezan prisustvovati njen odvjetnik, a može biti prisutan i psihijatar sa liste stalnih sudskih vještaka koji nije zaposlenik ustanove u kojoj je osoba zadržana kojeg sudac sluša u vezi potrebe o nastavku zadržavanja osobe ili o njenom otpustu iz ustanove. Nakon saslušanja sudac mora donesti odluku o daljnjem prisilnom smještaju ili o otpustu bolesnika iz ustanove (3).

4.4. Neubrojivost, duševna smetnja i teža duševna smetnja

Prethodno u ovom radu spomenuto je da ljudi laici koji nemaju veze s medicinom, a ponekad i medicinsko osoblje ima problema s raspoznavanjem pojmova koji su navedeni u ovom podnaslovu. Neubrojivost je stupanj duševnog poremećaja koji onemogućuje postojanje pravne odgovornosti ili pravne sposobnosti osobe, takva osoba pravno ne može biti kriva niti joj se kazna može izreći (6). Duševna smetnja označava mentalni poremećaj iz međunarodne klasifikacije mentalnih poremećaja, a teža duševna smetnja mentalni poremećaj koji zbog svoje naravi i težine ograničava osobu do te mjere da joj je neophodno psihijatrijsko liječenje (3).

5. PRIMJERI IZ EUROPE I SVIJETA ZA USPOREDBU

U ovom dijelu rada bit će prikazani primjeri nekih od zemalja čija rješenja treba uzeti za usporedbu s rješenjima RH.

5.1. Ujedinjeno Kraljevstvo (Engleska i Wales)

Pri spomenu na Ujedinjeno Kraljevstvo u kontekstu zakonodavstva uglavnom se referira na Englesku i Wales pošto Škotska i Sjeverna Irska imaju posebne vlastite zakonske okvire i odredbe koje se tiču prisilnog liječenja duševnog bolesnika. U Engleskoj i Walesu prisilni smještaj uređuje *Mental Health Act* iz 1983. godine. Po tom zakonu pacijent u hitnim slučajevima može biti primljen u zakonskom vremenu od 72 sata prema preporuci liječnika. Za zadržavanje pacijenta radi opservacije potrebna je preporuka dvaju liječnika od kojih jedan mora imati iskustva u liječenju duševnih bolesnika. Takav oblik zadržavanja može biti produžen još šest mjeseci, a naknadna produženja smiju biti od po godinu dana i ovisе o stavu mjerodavnog medicinskog tijela (1). Jedna od mana ovog sustava je nedovoljno uključivanje pravosudnih tijela prilikom prijema pacijenta. Takav stav je prihvatljiv u hitnim slučajevima, no ipak za trajnije zadržavanje pacijenta potrebno je mnogo više od mišljenja dvaju liječnika koji u ovom slučaju postaju policija i sudac duševnom bolesniku.

5.2. SR Njemačka (Bavarska)

Savezna republika Njemačka u svom sastavu ima šesnaest republika i svaka od njih ima zaseban zakonski okvir primjene prisilnog liječenja duševnog bolesnika. U većini saveznih republika ti zakoni se ne razlikuju u velikoj mjeri, no ipak u nekim republikama ti zakoni mogu biti u potpunosti drugačiji od ostalih, stoga će u ovom radu biti ukratko opisan primjer SR Bavarske. Prema bavarskom zakonu o zadržavanju iz 1982. godine, duševnog bolesnika moguće je bez njegove volje ili suglasnosti zadržati u psihijatrijskoj bolnici ako on ugrožava javnu sigurnost, red, vlastiti ili tuđi život. U postupku prisilnog zadržavanja primjenjuju se odredbe o izvanparničkom postupku. Zadržavanje određuje prvostupanjski sud na prijedlog okružnog upravnog suda. Ako postoje opravdani razlozi za zadržavanje duševnog bolesnika tada sud ima mogućnost odrediti najviše tri mjeseca prisilnog privremenoog zadržavanja.

Ako nakon isteka zakonskog roka nadležni sud ne donese odluku o daljnjem zadržavanju, pacijent se mora otpustiti iz psihijatrijske ustanove. Što se tiče pacijenata koji su zadržani na daljnjem liječenju, oni imaju pravo da ih se tretira kao bolesnike te s njima treba postupati s minimalnim zadiranjem u osobnu slobodu. Zadržanim pacijentima treba omogućiti zaposlenje u skladu s njihovim granicama i mogućnostima. Zadržani pacijent ima dužnost podvrgavati se liječenju njegove duševne bolesti te mjerama za postizanje sigurnosti. Kada više ne postoje razlozi za zadržavanje bolesnika u psihijatrijskoj ustanovi, tada predstojnik te ustanove podnosi prijedlog za njegovo otpuštanje nadležnom sudu koji dalje odlučuje o opravdanosti tog prijedloga (1). Ovaj zakonski model zbrinjavanja duševnih bolesnika je u mnogočemu reguliraniji od modela Engleske i Walesa iz razloga što u provedbi mjera prisilnog liječenja nisu uključeni samo liječnici već i cjelokupni pravosudni i socijalni sustav.

5.3. SAD (District of Columbia)

Kao i SR Njemačka, Sjedinjene američke države također su sastavljene od mnogih saveznih republika, u ovom slučaju njih 50 te svaka od njih ima vlastite zakone i odredbe. U SAD-u zakonski okviri u nekoj saveznoj državi ili gradu mogu se u potpunosti razlikovati od druge savezne države ili grada što se nama u Europi može činiti izrazito kaotično. Pošto bi obrađivanje zakona o prisilnom zadržavanju duševnog bolesnika za svaku saveznu republiku iziskivao previše vremena, u ovom radu bit će prikazan zakonski okvir Distrikta Kolumije tj. glavnog grada SAD-a. On je uređen prema zakonodavnoj reformi iz 1966. godine. Prema tom zakonu obiteljski liječnik ili ovlaštena osoba mogu duševnog bolesnika ili osobu za koju se vjeruje da je opasna za sebe ili druge bez posebnog naloga odvesti u bolnicu i zatražiti prijem radi hitnog pregleda. Upravitelj bolnice mora zadržati takvu osobu ako za to u psihijatrijskom nalazu postoje jasne indikacije. O zadržavanju osobe najkasnije u roku od 24 sata potrebno je obavijestiti zakonskog skrbnika, bračnog druga ili roditelja te komisiju za duševno zdravlje. Zadržavanje pacijenta smije trajati najduže 48 sati ukoliko upravitelj bolnice ne zatraži od suda odobrenje za daljnu hospitalizaciju. U suprotnom zadržana osoba mora biti otpuštena iz bolnice. Sud u roku 24 sata odlučuje da li će zadržanoj osobi biti produžena hospitalizacija ili će trenutno biti otpušten. Postupak prisilne hospitalizacije pokreće sud na prijedlog roditelja, zakonskog skrbnika, bračnog druga ili osobe ovlaštene za nužnu hospitalizaciju. Tome prijedlogu mora biti priložen nalaz liječnik psihijatra koji smatra da je osoba duševno bolesna.

Nakon toga komisija za duševno zdravlje raspravlja o prijedlogu i prikuplja osnovne informacije na temelju saslušanja svjedoka. Također treba napomenuti da osobi protiv koje se vodi ovaj postupak treba osigurati odvjetnika ako ga već nema. U slučaju da komisija donese odluku da je osoba duševno bolesna, o toj odluci mora sudu bez odgode poslati izvještaj te ako sud utvrdi da postoje razlozi za hospitalizaciju, osobi se određuje hospitalizacija na neodređeno vrijeme ili neki drugi oblik liječenja u interesu duševnog bolesnika. Ako je određena hospitalizacija na neodređeno vrijeme, tada se provode povremene provjere kako bi se utvrdilo dali i dalje postoje razlozi za hospitalizaciju. U slučaju da više nema razloga za prisilnu hospitalizaciju, osoba se istog trenutka otpušta iz ustanove (1). Za ovakav model prisilne hospitalizacije moglo bi se reći da je spoj Bavarskog i Engleskog modela s tim da za manu možemo istaknuti preveliku ulogu pravosudnih tijela u samoj odluci da li je osoba duševno bolesna ili ne. Prevelika uloga sudstva u ovakvom procesu često za posljedicu ima dugotrajno raspravljanje o raznim odlukama komisija i liječnika što može rezultirati pogoršanjem psihičkog stanja duševnog bolesnika u tom periodu.

5.4. Italija

Od svih navedenih država Italija je zemlja sa najjednostavnijim zakonom o prisilnoj hospitalizaciji duševnih bolesnika. Postupci prisilnog liječenja u toj zemlji uređeni su zakonom o dobrovoljnim i prisilnim medicinskim pregledima i mjerama iz 1978. godine. Prema tom zakonu svi medicinski pregledi i liječenja su na dobrovoljnoj bazi, a uvjet da netko bude prisilno liječen je sličan kao i u većini ostalih zemalja. Odluku o prisilnom liječenju na temelju prijedloga liječnika psihijatra donosi gradonačelnik koji je ujedno i nosilac lokalne sanitarne vlasti. U zakonskom roku od 48 sati on mora donijeti odluku o mjerama za nečije prisilno liječenje te ponovo u roku od 48 sati obavijestiti osobu protiv koje su takve mjere poduzete i o tome obavijestiti suca za poslove skrbništva koji također ima rok od 48 sati da donese svoju odluku da li odobrava ili ne odobrava provedbu mjera prisilnog liječenja te o tome obavještava gradonačelnika. Takvo prisilno liječenje smije trajati 7 dana, a u slučaju da postoje indikacije za produljenje liječenja tada odgovorni liječnik iz ustanove u kojoj je osoba smještena mora poslati prijedlog o daljnjem zadržavanju gradonačelniku. U takvoj situaciji gradonačelnik ponovo ima rok od 48 sati da obavijesti nadležnog suca koji opet odlučuje o opravdanosti tog prijedloga (1).

Model ovog zakona kao i u Engleskoj isto se uvelike oslanja na sudstvo no zanimljivost ovog primjera je u tome što značajnu ulogu u procesu odlučivanja ima gradonačelnik koji je u ovom slučaju nositelj lokalnog zdravstva što u prethodnim modelima nije bio slučaj, no takav scenarij ipak nije rijetkost u Europi. Neki primjeri država u kojima nosioci gradske vlasti također imaju ulogu u prisilnom zadržavanju duševnih bolesnika su Nizozemska i Francuska.

Tablica 1. Primjeri postupaka prisilnog zadržavanja u 5 država članica EU, među kojima su: Hrvatska, Ujedinjeno Kraljevstvo, Njemačka, Španjolska i Švedska (7).

Država	Tko inicira prisilno zadržavanje	Vrijeme prisilnog zadržavanja	Trajanje prisilnog liječenja	Angažman sudstva	Pacijentovo pravo na žalbu
RH	Obiteljski liječnik/ MUP/psihijatar	48 sata	1 mjesec + procjena svakih 6 mjeseci	12 sati nakon odluke o prisilnom zadržavanju	odmah
UK	Djelatnik za mentalno zdravlje/kliničar/ obitelj/MUP	72 sata	28 dana + procjena svakih 6 mjeseci	Nakon odluke šestomjesečnom liječenju i ranije ako se pacijent žali unutar 28 dana prisilnog smještaja	Nema pravo kod kratkog liječenja, kod duljeg liječenja u upravi ustanove
DE	Obiteljski liječnik/psihijatar	24-72 sata (ovisi o regiji)	Varijabilno + procjena svakih 6 tjedana	Unutar 24 sata	odmah
ESP	Zakonski zastupnik/MUP/ liječnik/psihijatar	72 sata	6 mjeseci + procjena svakih 6 mjeseci	24-72 sata	Nakon sudske odluke
SWE	Liječnik/ psihijatar	24 sata	4 tjedna + 4 mjeseca + procjena svakih 6 mjeseci	Nakon prva 4 tjedna i ranije ako pacijent podnese žalbu	Nakon 24 sata

6. KLINIČKE INDIKACIJE ZA PRISILNO LIJEČENJE DUŠEVNOG BOLESNIKA

Indikacije za prisilno liječenje duševnog bolesnika najčešće su vezane uz hitna i akutna stanja u psihijatriji. Takva stanja podrazumijevaju teško duševnu bolesnu osobu koja direktno ugrožava vlastito zdravlje, sigurnost ili život ili ugrožava sigurnost i život druge osobe. Ispadi u ponašanju, promjene raspoloženja također mogu biti opasne po život bolesnika, ali i po živote ljudi u njegovoj okolini te variraju od agresije prema drugim osobama, predmetima ili prema samome sebi. Suicidalnost i heteroagresivno ponašanje najčešće su indikacije za prisilno liječenje duševnih bolesnika i one će biti obrađene u ovom dijelu rada.

6.1. Suicidalnost

Postoje nekoliko oblika depresivnog raspoloženja od koji teži oblici zahtijevaju prisilno liječenje. Uslijed takvih teških depresivnih stanja kada bolesnik zbog svog duševnog poremećaja ima samoubilačke nagone potrebno je poduzeti mjere prisilnog liječenja kako bi ga se zaštitilo prvenstveno od samoga sebe, tj. da ne pokuša počiniti samoubojstvo. Raspoloženje kod takvih bolesnika je izrazito sniženo, što znači da je praćeno potištenošću, pesimizmom i općenitim gubitkom volje (8). Suicid ili samoubojstvo je čin autoagresivnosti koji završava smrtnim ishodom. Ovdje je potrebno razjasniti i pojam parasuicida koji se razlikuje od samog suicida po tome što želja za samoubojstvom nije ostvarena, a sudski vještak ovisno o svojoj procjeni ne mora indicirati prisilno liječenje kod parasuicidalnosti. Motiv za suicid ne mora uvijek biti uzrokovan duševnim poremećajem već ponekad može biti svjesna odluka čovjeka da više ne želi živjeti ako smatra da je dovoljno dugo živio. Moglo bi se reći da je takva odluka pojedinca da doslovno prekine Boga u pola rečenice i odluči kako više ne želi živjeti jedna od krucijalnih razlika između ljudi i životinja iz razloga što je kod životinja nagon za preživljavanjem i samoodržavanjem vrhonaravni nagon. Sposobnost čovjeka da zanemari svoje nagone za samoodržavanjem ravna je čudu i jedan je od pokazatelja koliko su ljudski mozak i duh zapravo razvijeni, no kako ovo nije tema ovog rada više tome neće biti riječi, iako bi u budućnosti trebalo posvetiti više pažnje i istraživanja upravo u tom smjeru.

6.2. Rizični čimbenici

Na temu suicidalnosti napravljena su brojna istraživanja i napisane brojne knjige koje nam daju sliku o tome kako prepoznati osobe koje imaju visok rizik za počinjenje suicida, ali nam također pokazuju kako takvim osobama pomoći. Osobe koje najčešće počine pokušaj suicida su stariji muškarci uz već jedan ili nekoliko prethodnih pokušaja samoubojstva koji nerijetko imaju dovršene suicide u obiteljskoj anamnezi. Takve osobe često imaju novčane poteškoće i osjećaj društvenog izopćenja. Rizične su i one osobe koje su se nedavno suočile s gubitkom voljene osobe, bila to smrt, prekid ljubavne veze ili rastava braka. Pažnju na takve osobe treba obratiti na godišnjice takvih događaja. Neki od klinički znakova po kojima možemo prepoznati suicidalnu osobu su: depresija, heteroagresivnost i impulzivnost, alkoholizam kod kojeg treba napomenuti da osoba i u trijeznom stanju može počinuti suicid, zlouporaba narkotika, halucinacije, duga i iscrpljujuća tjelesna bolest ili kronična bol (9).

6.3. Prevencija suicida

Da bi uspješno prevenirali pokušaj suicida potrebno je na vrijeme prepoznati rizične čimbenike koji dovode do takvog ponašanja i osobu odvesti na liječenje u što kraćem vremenu. Kod prevencije samoubojstva veliku ulogu ima kvalitetno uzimanje osobne anamneze bolesnika koje može dati detaljniju sliku o osobi. Obavezno treba svakog depresivnog bolesnika pitati da li ima samoubilačke misli ili ideje te dali je već imao pokušaj suicida ranije. Najveća opasnost od pokušaja suicida je u najranijem i završnom stadiju depresije zbog čega posebnu pozornost treba obratiti na bolesnike u ta dva stadija. Svaka osoba, čak i ona koja neposredno prijeti samoubojstvom ima određenu želju za životom, stoga je potrebno tu želju osvijestiti i podržavati je. Uspostavom kvalitetne terapijske komunikacije, ohrabrivanjem i pružanjem pomoći i podrške zdravstveno osoblje može uvelike smanjiti osjećaj beznađa i vratiti osobi želju za životom.

6.4. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju suicidalnog bolesnika

Jedan od glavnih ciljeva u zbrinjavanju suicidalnih bolesnika je njegova zaštita od samoubilačkih nagona. Suicidalnost se može pojaviti u bilo kojoj fazi depresije i ne možemo je sa sigurnošću predvidjeti stoga nikako ne smije izgubiti iz vida mogućnost da će bolesnik pokušati suicid za vrijeme hospitalizacije. Glavni zadatak medicinske sestre kod takvih bolesnika je smanjiti osjećaj bezvrijednosti i beznada. Pacijenta ne smije biti osuđivan već ga treba prihvatiti i podržavati njegovu samopoštovanje i primjereno reagirati na njegove izjave. Takvi bolesnici su često negativistični te im je potrebno preusmjeriti misli prema pozitivnom stvarima i aktivnostima te spriječiti izolaciju i otuđenje. Zbog svega navedenog potrebno je pomno pratiti bolesnikovo ponašanje kako bi u što kraćem vremenu otkrili pacijentove namjere. Također jedna od najbitnijih stavki prilikom zbrinjavanja suicidalnog bolesnika je uključivanje obitelji u proces liječenja (9).

6.5. Sestrinske dijagnoze vezane uz zbrinjavanje suicidalnog bolesnika

U ovom dijelu rada bit će prikazane neke od sestrinskih dijagnoza s ciljevima, intervencijama i mogućim evaluacijama, koje su važne kod zbrinjavanja suicidalnog bolesnika.

1. Anksioznost – osjećaj neugode ili straha praćen psihomotornom napetošću.

Ciljevi: pacijent neće ozlijediti sebe, pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznošću, tokom hospitalizacije razina pacijentove anksioznosti će se smanjiti.

Intervencije: stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja, pacijenta upoznati s okolinom, redovito informirati pacijenta o svim terapijskim postupcima, opažati neverbalne znakove anksioznosti, omogućiti pacijentu sudjelovanje u donošenju odluka, poticati pacijenta na izražavanje osjećaja, podučiti pacijenta pravilnom uzimanju terapije, potaknuti pacijenta da potraži pomoć ako osjeti simptome anksioznosti.

Moguće evaluacije: tokom hospitalizacije nije došlo do samoozljeđivanja pacijenta, pacijent verbalizira simptome anksioznosti i zna ih prepoznati, pacijent opisuje povećanu razinu anksioznosti (10).

2. Socijalna izolacija – stanje u kojem osoba ima osjećaj usamljenosti i želju za povezanosti s drugim ljudima, ali ju nije sam sposoban ostvariti.

Ciljevi: Pacijent će tokom hospitalizacije razviti pozitivan osjećaj prema drugima i aktivno provoditi vrijeme s ostalim pacijentima, pacijent će znati verbalizirati razloge osjećaja usamljenosti.

Intervencije: poticati pacijenta na izražavanje osjećaja, poticati ga na uspostavljanje međuljudskih odnosa i dijeljenje iskustava s ostalim pacijentima, uključiti pacijenta u radno okupacionu terapiju, upoznati ga sa suportivnim grupama.

Moguće evaluacije: pacijent za vrijeme hospitalizacije aktivno provodi vrijeme s drugim pacijentima, pacijent se povlači u sebe, pacijent verbalizira razloge zbog kojih se osjeća usamljenim (10).

3. Visok rizik za samoozljeđivanje – prijetuća opasnost od samoozljeđivanja kod suicidalnih bolesnika.

Ciljevi: tokom hospitalizacije neće doći do samoozljeđivanja pacijenta, pacijent će znati opisati i verbalizirati osjećaje i situacije koji ga navode na samoozljeđivanje.

Intervencije: uključiti pacijenta u suportivne grupe, odvojiti dodatno vrijeme za pacijenta, stvoriti osjeća sigurnosti i povjerenja, spriječiti izolaciju i otuđenje, pratiti pacijentovo ponašanje.

Moguće evaluacije: tokom hospitalizacije nije došlo do samoozljeđivanja pacijenta, pacijent se uspješno uključio u suportivnu grupu, pacijent uspješno verbalizira osjećaje i situacije koji ga navode na samoozljeđivanje, tokom hospitalizacije došlo je do samoozljeđivanja pacijenta (10).

6.6. Agresija i nasilničko ponašanje

Agresija je oblik ponašanja koji se očituje neprijateljskom akcijom prema drugim osobama ili predmetima. Agresivno ponašanje je duboko ukorijenjeno u povijesti ljudske evolucije te je jedan od najprimitivnijih oblika ponašanja koji se vjerojatno izrodio iz potrebe za očuvanjem privatnog vlasništva još kod praljudi. Danas su poznate teorije da se svatko od nas rađa s određenom dozom agresije u sebi još kao maleno dijete, ali i da ona može biti naučeni oblik ponašanja. Također je poznato da je agresivno ponašanje zastupljenije kod pripadnika muškog spola te da je povezano s razinom hormona anabolika koji su odgovorni za rast mišićne mase (9). Agresija je usko povezana s ljutnjom te je možemo proučavati već i kod male djece. Ako pogledamo djecu u vrtiću možemo vidjeti kako ondje većinu stvari uče iz vlastitog iskustva i iz interakcije s drugom djecom. Ako proučavamo takav proces učenja, možemo zaključiti da se agresija pojavljuje veoma rano u razvoju ljudskog bića. Agresija i nasilničko ponašanje jedna je od indikacija za prisilno liječenje duševnog bolesnika kod koje za razliku od suicidalnosti gdje bolesnik rijetko kada predstavlja opasnost za osobe i predmete u svojoj okolini, predstavlja opasnost za cjelokupni terapijski tim te mu je potrebno pristupiti s oprezom kako nebi dodatno potaknuli agresivno ponašanje.

6.7. Pristup agresivnom pacijentu

Jedan od glavnih ciljeva prilikom zbrinjavanja agresivnog pacijenta jest ponovno uspostavljanje odnosa s drugim ljudima kako bi se mogao uključiti u zajednicu i biti njen koristan pripadnik. Kada pristupamo agresivnom pacijentu ponajprije je potrebno utvrditi postoji li rizik za zdravstveno osoblje, zatim treba pronaći uzroke takvog ponašanja (9). Ako uspješno pronađemo uzroke agresije, možemo znatno umanjiti pacijentov otpor ne koristeći se mjerama fizičkog sputavanja ili brze tranquilizacije. Takve mjere u mnogim slučajevima samo produbljuju pacijentov osjećaj ljutnje te mogu znatno otežati daljnju suradnju s pripadnicima terapijskog tima. Za uspješan pristup agresivnom pacijentu potrebno je graditi odnos koji se temelji na povjerenju i empatiji, bez osuđivanja te mu omogućiti da izrazi svoju ljutnju bez nasilničkog ponašanja. Potrebno je poštovati njegovu želju za osobnim prostorom, iz okoline maknuti stvari ili osobe koje ga potiču na agresivno ponašanje i ne pokazivati paniku ili strah (9).

6.8. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju agresivnog bolesnika

U zbrinjavanju agresivnog bolesnika glavni cilj je ublažavanje njegovog antisocijalnog ponašanja. Da bi medicinska sestra postigla taj cilj, s pacijentom mora graditi odnos koji se temelji na iskrenosti, empatiji i prihvaćanju te primjereno komunicirati što znači: ne optuživati pacijenta, ne izazivati ga, ne pokazivati strah ili paniku. No, prije svega mora voditi brigu o vlastitom zdravlju i sigurnosti (9).

6.9. Sestrinske dijagnoze vezane uz zbrinjavanje agresivnog bolesnika

U ovom dijelu rada bit će prikazane neke od sestrinskih dijagnoza s ciljevima, intervencijama i mogućim evaluacijama, koje su važne kod zbrinjavanja agresivnog bolesnika.

1. Strah – osjećaj koji se javlja zbog stvarne ili zamišljene opasnosti

Ciljevi: pacijent će znati prepoznati i verbalizirati činitelje koji ga dovode do osjećaja straha, pacijent će se uspješno suočiti sa strahom, pacijenta neće biti strah.

Intervencije: stvoriti profesionalan empatijski odnos, prepoznati činitelje koji pacijenta dovode do straha, poticati ga da verbalizira osjećaje, stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja, upoznati pacijenta s okolinom i aktivnostima, uključiti ga u suportive grupe, redovito informirati pacijenta o terapijskim i dijagnostičkim postupcima, usmjeravati ga prema pozitivnom razmišljanju.

Moguće evaluacije: tokom hospitalizacije pacijent opisuje smanjenu razinu straha, pacijent uspješno verbalizira i prepoznaje činitelje koji ga dovode do straha, pacijent tokom hospitalizacije opisuje povećanu razinu straha (10).

2. Visok rizik za nasilničko ponašanje – prijeteća opasnost od nasilničkog ponašanja prema drugim osobama ili stvarima.

Ciljevi: tokom hospitalizacije bolesnik se neće nasilnički ponašati, pacijent će znati prepoznati i verbalizirati činitelje koji ga navode na nasilničko ponašanje,

Intervencije: uspostaviti profesionalan empatijski odnos, poticati pacijenta da izrazi ljutnju bez nasilničkog ponašanja, primijeniti individualizirani pristup, stvoriti terapijsko okruženje, smanjiti rizik od ozljeđivanja, primjereno komunicirati s pacijentom.

Moguće evaluacije: Tokom hospitalizacije pacijent se nije nasilnički ponašao, pacijent uspješno prepoznaje i verbalizira činitelje koji ga navode na nasilničko ponašanje, pacijent se tokom hospitalizacije nasilnički ponaša prema drugim osobama i stvarima (10).

6.10. Fizičko sputavanje

U psihijatriji se kao što je već navedeno u uvodu ovog rada koriste mjere prisile kao jedna od metoda savladavanja agresivnog pacijenta. Takve mjere se moraju koristiti isključivo kao zadnja opcija u pokušaju smirivanja agresivne osobe nakon što su isprobane sve druge metode komunikacije u kriznim situacijama. Takvi postupci nikako ne smiju biti oblik kazne za pacijenta i moraju trajati samo onoliko dugo koliko je potrebno da se pacijent umiri. Odgovornost za primjenu mjera fizičkog sputavanje je na liječniku psihijatru koji takve mjere odobrava i nadzire njihovu primjenu. Nije rijetkost da u hitnim slučajevima kada zbog hitnosti situacije medicinske sestre ili tehničari ne mogu čekati dolazak psihijatra i sami privremeno preuzimaju odgovornost za primjenu takvih mjera te o tome u najkraćem mogućem vremenu obavještavaju psihijatra koji provjerava opravdanost poduzetih mjera (2) . Postupci fizičkog sputavanja moraju biti ispravno dokumentirani sa sestrinske, ali i sa liječničke strane. U RH ne postoji jedinstvena dokumentacija za praćenje fizičkog sputavanja na razini države stoga svaka bolnica ima vlastite načine dokumentiranja. Unazad nekoliko godina došlo je do nezatnog pomaka u dokumentiranju primjene mjera sputavanja, tako danas neke bolnice u RH koje gravitiraju gradu Zagrebu koriste uz neke izmjene i dopune dokumentacijski protokol Klinike za psihijatriju Vrapče. Zadatak medicinske sestre je vođenje takve dokumentacije i pravovremeno obavještavanje liječnika o svim bitnim zbivanjima oko pacijenta.

Nakon prestanka indikacija za daljnje fizičko sputavanje, potrebno je obaviti razgovor s pacijentom u kojem će se sagledati sve okolnosti koje su dovele do takve neugodne situacije, te daljnje mogućnosti prevencije takvih događaja (2). Fizičko sputavanje provodi se posebno napravljenim remenjem ili narukvicama koje može biti od raznih materijala, a najčešće su to koža, tkanina ili poliester. O fizičkom sputavanju ne možemo govoriti, a da ne spomenemo pojam humane fiksacije. To je način provođenja fizičkog sputavanja mehaničkim sredstvima koji u najvećoj mogućoj mjeri pridaje pažnju pacijentovom dostojanstvu i sigurnosti, ali i sigurnosti osoblja. Za provedbu takvog oblika sputavanja potreban je tim od 5 ljudi s time da je jedan od njih vođa tima na čiji znak započinje proces sputavanja. Svaki član tima odgovoran je za po jedan od pacijentovih ekstremiteta, a vođa tima preuzima nadzor i kontrolira pacijentove pokrete glave. Na žalost takav oblik fizičkog sputavanja na bolničkim odjelima je rijetkost zbog kroničnog nedostatka osoblja te u većini slučajeva na raspolaganju imamo samo dva ili tri člana tima što nikako ne zadovoljava standarde za humanu fiksaciju.



Slika 1. Najčešće korišteno sredstvo fizičkog sputavanja – magnetni remeni

Izvor: Caremax Co, LTd.

6.11. Prisilna primjena farmakološke terapije

Prisilna primjena farmakološke terapije je postupak kod kojeg pacijent zbog hitnosti svog stanja više nema mogućnost izbora hoće li i na koji način ona biti primijenjena (2). To je jedna od najčešćih prisilnih mjera i upravo zbog toga se često i ne doživljava kao sredstvo prisile te se rijetko kada ispravno dokumentira no ipak, ona jeste sredstvo prisile i kao takva uvijek se mora na ispravan način obilježiti u medicinskoj dokumentaciji (2). Jedna od najčešćih indikacija za primjenu prisilne medikacije je agresivno ponašanje pacijenta, a primjenjuje se prije ili nakon fizičkog sputavanja. Za prisilnu medikaciju kao i za humanu fiksaciju potreban je tim od 5 djelatnika, a prema potrebi i više te je poželjno da bude prisutan i liječnik koji je indicirao takav postupak radi nadzora nad istim (2). Ako pacijent među pripadnicima osoblja ima osobe u koje ima više povjerenja važno je da upravo oni budu u prvom planu, a ostali pozadi (2). Kod takvog pristupa s osobama od pacijentovog povjerenja u velikom broju slučajeva situacija se može umiriti do te mjere da sam pacijent prestane pružati fizički i verbalni otpor te dobrovoljno pristaje na primjenu terapije. Zbog same specifičnosti hitnih situacija kod agresivnih pacijenata, osoblje nema veliki izbor terapije već se on sužava na lijekove s brzim djelovanjem i minimalnim nuspojavama koji su već od prije iskušani u praksi (2). Indikacije za primjenu prisilne farmakološke terapije ne razlikuju se mnogo od indikacija za primjenu fizičkog sputavanja zbog čega se jedan i drugi postupak često nadovezuju. Također kao i kod humane fiksacije problem je manjak stručnog osoblja na odjelima te nije rijetkost da jedna medicinska sestra ili tehničar ostaju sami s agresivnim pacijentom što se može pretvoriti u izrazito opasnu situaciju s ozbiljnim posljedicama kako za medicinsku sestru, tako i za pacijenta.

6.12. Izdvajanje u posebnu prostoriju

Osim fizičkog sputavanja i prisilne primjene farmakološke terapije postoji još jedan oblik kontroliranja agresivnog ponašanja pacijenta, a to je izdvajanje u posebnu prostoriju. Takve prostorije nalaze se na bolničkim odjelima ili u ustanovama u kojima su smješteni duševni bolesnici, a primjenjuje se kao alternativa prethodno navedenim postupcima. Kod izdvajanja pacijent se smještava u posebnu izoliranu prostoriju koja mora biti namještena tako da onemogućuje samoozljeđivanje i da osigurava minimalne životne uvjete. Kao i u prethodnim slučajevima, pacijent mora biti pod konstantnim nadzorom medicinskog osoblja te je potrebno voditi dokumentaciju o važnim zapažanjima za vrijeme pacijentova boravka u prostoriji (2).

Tijekom postupka izdvajanja potrebno je razgovarati s pacijentom u onoj mjeri u kojoj je to moguće, a nakon završetka mjere izdvajanja također je potrebno obaviti razgovor s pacijentom kako bi se razjasnile okolnosti koje su dovele do ovakvog postupka (2).



Slika 2. Soba za izolaciju

Izvor: www.abc.net.au/news/2018-07-31/seclusion-room-rhh/10053528 (Royal Hobart Hospital)

7. ETIČKI I MORALNI IZAZOVI ZA OSOBLJE KOJE SUDJELUJE U POSTUPCIMA PRISILE KOD DUŠEVNIH BOLESNIKA

Mnoga istraživanja su provedena o utjecaju prisilnih postupaka na pacijente i njihove reakcije na sam takav postupak, no u literaturi teško nalazimo primjere istraživanja kako takvi postupci utječu na članove terapijskog tima koji ih provodi. Već je poznata činjenica da prisilni postupci poput fizičkog sputavanja izazivaju stres i osjećaj ugroženosti kod pacijenta, ali što se dešava kod osoba koji su zaduženi za provedbu takvih mjera? Medicinsko osoblje jednako kao i pacijenti u većoj ili manjoj mjeri mogu osjećati jednake simptome stresa, uznemirenosti ili straha. Razlika je u tome što pacijent nakon primjene mjera prisile može o tome s liječnikom porazgovarati i umanjiti posljedice koje nakon takvog postupka nastaju. U drugu ruku, medicinsko osoblje tj. članovi terapijskog time često nakon takvih hitnih i izrazito neugodnih postupanja nastavljaju sa svojim radnim danom tokom kojeg se mogu očekivati slična manje ili više stresna iskustva, a da o tome nemaju s kime razgovarati. Ne smijemo zaboraviti da svaki postupak prisile podrazumijeva oduzimanje slobode drugom čovjeku te da takav čin može biti jednako neugodan i ponižavajući i za onoga koji sudjeluje u takvim postupcima.

7.1. Reakcije članova terapijskog tima na primjenu mjera prisile kod duševnog bolesnika

Reakcije članova terapijskog tima na primjenu mjera prisile su mnogostruke i ne razlikuju se mnogo od reakcija pacijenata. One ponajviše ovisi o njihovom ukupnom profesionalnom iskustvu, educiranost, ali i osobnim stavovima i predrasudama. Tako neki djelatnici takve postupke doživljavaju kao dio rutinskog posla te im ne pridaju preveliki značaj i oni u njima ne izazivaju emocionalne reakcije, dok kod drugih djelatnika postupci prisile mogu izazvati osjećaj anksioznosti te opterećenost krivnjom, preispitivanje vlastitih stavova i uvjerenja što može rezultirati ljutnjom. Također kod dijela djelatnika javljaju se osjećaji poput intenzivnog straha koji može biti praćen agresijom i gubitkom samokontrole. Takvi se osjećaji često prenose na druge članove tima što za posljedicu nerijetko ima sukob između pobornika različitih pristupa. Takva dinamika ako se pravovremeno ne prepozna može dovesti do razaranja tima i daljnjih poteškoća u komunikaciji (2). Jedan od glavnih čimbenika koji utječe na reagiranje zdravstvenih djelatnika u kriznim situacijama je njihovo osobno stajalište tj. uvjerenje.

Prema Goreti, M (2009) takva stajališta djelatnika možemo razvrstati u tri skupine:

1. U prvoj skupini osobnih stajališta su djelatnici koje možemo opisati kao autoritativne. Takve osobe imaju vrlo jasna stajališta o tome kako i kada reagirati i ne oklijevaju mnogo u provedbi mjera prisile. Kada krizna situacija bude riješena oni nemaju potrebe za daljnjim raspravljanjima o mogućim posljedicama ili o razlozima koji su doveli do takve situacije te rijetko sagledavaju moguće preventivne mjere kojima bi se možda krizna situacija stavila pod kontrolu bez uporabe takvih metoda. Oni će vrlo vjerojatno i u budućim sličnim okolnostima jednako reagirati. Zdravstveni djelatnici koji imaju obilježja autoritativnog tipa mnogo bolje se snalaze u akutnoj kriznoj situaciji gdje treba djelovati brzo i blokirati agresivno ponašanje pacijenta dok će biti mnogo lošiji u deeskalacijskoj komunikaciji. Također takvim pristupom onemogućuje se smanjivanje korištenja prisilnih mjera i unošenje promjena u način rada što za posljedicu često ima narušavanje sveukupne kvalitete rada. Autoritativni djelatnici zbog načina djelovanja i učinkovitosti najbolje dolaze do izražaja kao voditelji timova koji određuju postupanje ostalih članova (2).
2. U drugu skupinu pripadaju djelatnici s tzv. demokratskim stilom. Obilježje takvog načina rada je maksimalno zastupanje tuđih prava i sloboda. Kod kriznih situacija oni se zalažu za komunikaciju bez da nameću ideju nasilnog rješavanja konflikata. Jedna od prednosti ovog tipa rješavanja kriza je u razrješavanju konfliktnih situacija koji ne predstavljaju neposrednu prijetnju za pacijenta ili za člana tima. Takvi djelatnici su znatno bolji pregovarači s agresivnim pacijentom, ali upravo zbog svojih osobnih stajališta često osjećaju nesigurnost kada njihov model komunikacije u krizi prestaje biti učinkovit. Takvi djelatnici nerijetko ne mogu prepoznati stvarnu razinu opasnosti i teško procjenjuju ispravan trenutak za odluku o poduzimanju mjera prisile (2).
3. Postoji i treća skupina djelatnika za koju možemo reći da je splet dvaju prethodnih karaktera. Djelatnici koji pripadaju ovoj skupini ne vode se isključivo jednim kriterijem za rješavanje kriznih situacija već sagledavaju sve raspoložive metode za razrješavanje krizne situacije, ali i čimbenike koji su do takve situacije i doveli. Takav pristup nije podložan nikakvim ustaljenim metodama kao prethodna dva već se temelji na individualiziranoj procjeni za trenutnu specifičnu situaciju. Djelatnici ovakvog karaktera nastoje bolje razumjeti sve čimbenike koji su doveli do konfliktne situacije (2).

7.2. Traumatske posljedice primjene mjera prisile kod članova terapijskog tima

Kao što je već prethodno napisano u ovom radu, znamo da se posljedice primjene mjera prisile očituju i na zdravstvenim djelatnicima. Poznato je da je primjena mjera prisile u bilo kojem obliku izrazito stresan postupak koji može biti opasan po život i zdravlje osobe koja je zadužena za njegovu provedbu, a najčešće su to medicinske sestre i tehničari. Kod medicinskog osoblja jednako kao i kod pacijenta javljaju se osjećaji straha, nelagode, anksioznosti ili nalet adrenalina koji se osjete i nakon provedene mjere prisile te ako se pravovremeno ne iskomuniciraju tj. ako se o njima samo šuti i ne porazgovara sa stručnom osobom mogu dovesti do ozbiljnih posljedica za zdravlje. Neke od tih traumatskih posljedica su: osjećaj krivnje, produljeni osjećaj uzbuđenja, razni strahovi, ponovno proživljavanje neugodnog događaja ili izbjegavanje pacijenta koji je bio podvrgnut mjerama prisilnog postupanja. Slično kao i kod PTSP-a takve reakcije mogu se javiti s odgodom. Takvim traumatskim reakcijama rijetko se pridaje potrebna pažnja i često se ne dijagnosticiraju iz nekoliko razloga. U pravilu se od zdravstvenih djelatnika, a naročito onih koji rade na psihijatrijskim odjelima očekuje da su naviknuti na traumatske događaje jer se smatra da su oni jednostavno dio njihovog posla te često bivaju diskriminirani upravo od službi za kvalitetu zdravstvene zaštite koji često ne reagiraju na njihove prijave nasilničkog ponašanja od strane pacijenata. Još jedan od razloga je taj što se postavljanje takvih dijagnoza u njihovoj radnoj okolini smatra kao oblik radne nesposobnosti te i u ovom slučaju bivaju diskriminirani, ali od strane svojih radnih kolega. Voditelj tj. glavna sestra odjela bi trebala biti prva koja će primijetiti dali su se kod nekoga od djelatnika pojavile takve traumatske posljedice te inicirati psihoterapijski tretman ili neki drugi oblik podrške. Veće dimenzije poprimaju situacije kada je psihička trauma praćena tjelesnim ozljeđivanjem što zahtjeva liječenje na više razina, dakle tjelesno i psihološko, a nerijetko dolazi i do utvrđivanja kaznene odgovornosti što za posledicu može imati pogoršanje psihičkog stanja, ali i trajnu ili privremenu nesposobnost za rad. Nužno je da svaki djelatnik koji je doživio nasilan čin prema sebi ima odgovarajuću podršku ostalih djelatnika i članova terapijskog tima kako bi se što brže i uspješnije oporavio te se uspješno nosio sa sličnim situacijama u budućnosti (2) . Iz svega do sada navedenog vezano za traumatske posljedice za zdravstveno osoblje možemo zaključiti nekoliko stvari. To su potrebe za edukacijom zdravstvenih djelatnika o poduzimanju mjera prisile te edukacija ostalih djelatnika kojima prijave za nasilničko ponašanje bivaju upućene.

Nikako se ne smije dešavati da izostanu reakcije nadležnih bolničkih tijela koji takve prijave zaprimaju te se ne smije dozvoliti da osoblje trpi bilo kakav oblik diskriminacije vezan uz takve prijave. Samo otvorena diskusija o uzrocima i posljedicama traumatskih događaja može biti stup zdravog odnosa pacijenata i zdravstvenog osoblja iz čega se rađaju nove spoznaje budućim prevencijama štete koje mogu nastati u sličnim kriznim događajima.

8. ZAKLJUČCI

1. Na temelju usporedbe zakonskih okvira RH i drugih zemalja koje su navedene kao primjeri u ovom radu može se zaključiti da hrvatski zakon ne odskaače mnogo od njih, tj. da je hrvatski Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama uređen prema svim bitnim standardima modernog europskog zakonodavstva.
2. Indikacije za prisilno liječenje su jednostavno definirane te ih svatko može jasno razumjeti.
3. Prisilno liječenje duševnog bolesnika je ograničavanje ili oduzimanje temeljnih ljudskih prava i ono utječe na sve sudionike takvog oblika liječenja.
4. Duševni bolesnik, ali i zdravstveno osoblje ne smiju trpjeti bilo kakav oblik nasilničkog, agresivnog ili diskriminirajućeg postupanja.
5. Nadležne institucije, pravosudna i bolnička upravna tijela bi trebala imati više sluha za probleme koji se vežu uz zbrinjavanje duševnih bolesnika, ali i osoblja koje takvim bolesnicima pruža njegu i skrb.

9. LITERATURA

1. 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.
2. Goreta M. Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu, Zagreb, Naklada Zadro, 2009.
3. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama [online]. 2014. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_06_76_1414.html (8.10.2018.)
4. Written submission by the Mental Disability Advocacy Center To the Universal Periodic Review Working Group [online]. 2010. Dostupno na: https://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/HRBodies/UPR/Documents/session9/HR/MDAC_MentalDisabilityAdvocacyCenter.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1 (17.10.2010)
5. Ustav Republike Hrvatske (pročišćeni tekst) [online]. 2010. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_85_2422.html (8.10.2018.)
6. Kazneni zakon [online]. 2011. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_11_125_2498.html (8.10.2018)
7. Slijepčević-Kudumija, M; Jovanović, N; Bilonić, G.; Paštar, Z; Drmić, S; Albaiges, E.C. New Croatian Law On Protection of Persons with Mental Disorders in Comparison with Mental Health Acts Across Europe: Do We Have a Different View On Human Rights?// European Psychiatry. Abstracts of the 23rd European Congress of Psychiatry. 2015.1417-1417.
8. Kozarić-Kovačić D. Grubišić-Ilić M. Grozdanić V. Forenzička psihijatrija 2.izd. Zagreb, Medicinska naklada 2005.
9. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, Zdravstveno Veleučilište Zagreb, 2006.
10. Sestrinske dijagnoze [online]. 2011. Dostupno na: <http://www.hkms.hr/dokumenti-i-propisi/> (15.10.2018.)

10. OZNAKE I KRATICE

BR- broj

ČL- članak

DE-Njemačka

EU- Europska Unija

ESP-Španjolska

MDAC- *The Mental Disability Advocacy Center*

RH- Republika Hrvatska

SAD- Sjedinjenje američke države

SR- Savezna republika

STR- stranica

SWE-Švedska

TJ- to jest

UK-Ujedinjeno Kraljevstvo

ZZODS- Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

11. SAŽETAK

Jedna od temeljnih ljudskih prava su pravo na slobodu kretanja i na slobodu izbora. U psihijatriji nije rijetkost da upravo ta dva prava bivaju uskraćena duševnim bolesnicima tokom procesa prisilnog liječenja. Cilj ovog rada je prikazati zakonske okvire i moralno etičke aspekte primjene takvih mjera u liječenju duševnih bolesnika te sestrinske probleme koji se vežu uz njih. U Republici Hrvatskoj sva prava duševnih bolesnika sadržana su i opisana Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Taj zakon nas obvezuje na odgovorno, profesionalno i dostojanstveno postupanje s takvim bolesnicima čak i kada njihovo stanje zahtjeva određeno ograničavanje ljudskih sloboda kako bi se duševnog bolesnika, ali i društvo u cjelini zaštitilo. Zakoni Republike Hrvatske u tom smislu su veoma jasni i dobro definirani te ih svatko može na ispravan način razumjeti. Kod zbrinjavanja takvih bolesnika moramo se osvrnuti i na moralno etičke aspekte takvih postupaka iz razloga što prisilno liječenje ne ostavlja samo posljedice na bolesnike, već i na zdravstveno osoblje koje je zaduženo za njihovu provedbu. O takvim posljedicama na zdravstveno osoblje nije mnogo napisano niti im se pridaje potrebna pažnja već je ustaljeno mišljenje da su one dio rutinskog posla što je jedan od oblika diskriminacije zdravstvenih djelatnika naročito na odjelima psihijatrije ne samo u Republici Hrvatskoj već i u ostalim zemljama svijeta.

KLJUČNE RIJEČI: sloboda, ljudska prava, Republika Hrvatska, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, duševni bolesnik, psihijatrija, zdravstveni djelatnik, prisilno liječenje, fizičko sputavanje, primjena farmakološke terapije, izdvajanje, etika, moral, rizik, traumatske posljedice.


12. SUMMARY

Some of the fundamental human rights are legitimate to freedom of movement and freedom of choice. In psychiatry, it is not uncommon for these two rights to be deprived of mentally ill patients during the process of involuntary treatment. The aim of this paper is to present legal frameworks and moral ethical aspects of the application of such measures in the treatment of mental patients and the nursing problems associated with them. In the Republic of Croatia, all rights of mental patients are contained and described in the Law on Protection of Persons with Mental Disorders. This law obliges us to responsibly, professionally and dignifiedly treat such patients even when their condition requires a certain limitation of human freedoms in order to protect the mental patient as well as society as a whole. The laws of the Republic of Croatia in that sense are very clear and well defined and can be understood by everyone in the correct way. In administering such patients, we must also look at the moral ethical aspects of such procedures because involuntary treatment not only leaves consequences on the patients but also on the health care staff responsible for their implementation. The consequences for health care staff are not much written or given the necessary attention. The steady view is that they are part of routine work, which is one of the forms of discrimination of health professionals, especially in psychiatric departments, not only in the Republic of Croatia but also in other countries around the world.

KEY WORDS: freedom, human rights, Republic of Croatia, the Law on Protection of Persons with Mental Disorders, mental patient, psychiatry, health care professional, involuntary treatment, physical restraintment, application of pharmacological therapy, seclusion, ethics, morals, risk, traumatic consequences.

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>24.10.2018.</u>	OLREN GABIĆ	

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

OLREN GRBIĆ

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, 24. 10. 2018.

Grbić
potpis studenta/ice