

Prisilna hospitalizacija duševnih bolesnika

Popović, Sanda

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:836910>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-21**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet
Preddiplomski stručni studij
Sestrinstvo

SANDA POPOVIĆ

PRISILNA HOSPITALIZACIJA DUŠEVNIH BOLESNIKA

Završni rad

Pula, lipanj, 2024. godine

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet
Preddiplomski stručni studij
Sestrinstvo

SANDA POPOVIĆ

PRISILNA HOSPITALIZACIJA DUŠEVNIH BOLESNIKA

Završni rad

JMBAG: 0303080296, izvanredni student

Studijski smjer: Sestrinstvo

Predmet: Psihijatrija

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: Ivica Šain, dr. med. specijalist psihijatrije, uži specijalist dječje i adolescentne psihijatrije

Pula, lipanj, 2024. godine

ZAHVALA

Mentoru, Ivici Šainu, dr. med., specijalistu psihijatru, užem specijalistu dječje i adolescentne psihijatrije, zahvaljujem u nesebičnom davanju svojih stručnih znanja i iskustava kao i vodstvu pri izradi ovog rada.

Posebno se zahvaljujem mom suprugu i obitelji na razumijevanju i pruženoj podršci tijekom mog studiranja.

Također, veliko hvala mojim prijateljima, kolegama i kolegicama s posla i fakulteta na razumijevanju, suradnji i pomoći.



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisani SANDA POPOVIĆ, kandidat za prvostupnika SESTRINSTVA (bacc.med.techn.) ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljeni način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

Popović Sandra

U Puli, 10.06.2024.



IZJAVA O KORIŠTENJU AUTORSKOG DJELA

Ja, SANDA POPović dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj Završni rad pod nazivom

PRISILNA HOSPITALIZACIJA DUŠEVNIH BOLESNIKA

koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, 10.06.2024.

Potpis

Popović Sandra

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Definicija problema.....	1
1.2. Predmet rada	2
1.3. Cilj rada.....	2
2. PRISILNA HOSPITALIZACIJA	3
2.1. Povijest prisilne hospitalizacije	3
2.2. Napredak razvoja prisilne hospitalizacije	5
2.3. Zakonski značaj prisilne hospitalizacije.....	7
2.4. Zakonska regulativa Hrvatske.....	8
3. PRISILNA HOSPITALIZACIJA U HRVATSKOJ	11
3.1. Definiranje opsega „prisilne hospitalizacije“	11
3.2. Kategorija prisilnog smještaja u Hrvatskoj.....	13
3.3. Kategorija mjera prisile u Hrvatskoj.....	16
4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PRISILNOJ HOSPITALIZACIJI U PSIHIJATRIJI	19
4.1. Kompetencije medicinske sestre.....	20
4.2. Načela sestrinske psihijatrijske prakse i etika	21
4.3. Procjena medicinske sestre i sestrinska dijagnoza pri prisilnoj hospitalizaciji u psihijatriji	23
5. ZAKLJUČAK	28
LITERATURA	30
POPIS SLIKA.....	34
POPIS TABLICA	35
SUMMARY	37

1. UVOD

1.1. Definicija problema

Prisilna hospitalizacija (skr. PHOSP) duševnih bolesnika u Hrvatskoj je legalan i legitiman proces koji je uređen „Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama“ („Narodne novine“ br. 76/14; skr. ZZODS). Svakako su izrazi poput prisile, hospitalizacije i prisilne hospitalizacije temelji za razumijevanje ovog rada.

Izraz „prisila“, iako postoje razne kategorije prisile, podrazumijeva navođenje nekoga uporabom fizičke sile ili prijetnjom da učini ili ne učini nešto protiv svoje volje (enciklopedija.hr).

Hospitalizacija pak s druge strane podrazumijeva fazu u liječenju i socijalizaciji duševnih bolesnika kao interakcijski proces. U njemu sudjeluje pregršt faktora koji utječu na sam tijek bolesti, u pozitivnom ili negativnom pravcu. Iz tog razloga je hospitalizacija dinamičan i multidimenzionalan proces (Škegro i Babić, 2022).

PHOSP je medicinski, etički i pravno vrlo složen problem jer se o tome još uvijek raspravlja. Njene svrhe su, s jedne strane poboljšanje zdravstvenog stanja osoba koje boluju od težih duševnih smetnji, dok s druge strane zaštita društva od takvih osoba, no i zaštita samih takvih osoba od njihovog ponašanja (Čizmić, 2013). Uzimajući u obzir medicinski aspekt, osobama koje boluju od težih duševnih smetnji nužno je da se osigura liječenje jer pretežito nisu svjesne svoje bolesti. Nadalje, s pravne strane, ipak treba povesti računa da se takvoj osobi ne oduzme neopravdano sloboda. Primjerice, konvencija Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom tako specificira da se pri liječenju koristi informirani pristanak. Naime, za duševnog bolesnika će PHOSP biti legalna i etična samo u onom slučaju kada nije svjestan svoje bolesti, zatim kada je opasan za okolinu i kada dovodi sebe u opasnost (Petrović i dr., 2013). Dodatno, ključno je da se osobama koje se prisilno hospitaliziraju osiguraju uvjeti za život i primjeren smještaj uz poštivanje ljudskih prava i adekvatnog medicinskog tretmana.

Iako PHOSP predstavlja kontroverzan, kompleksan, medicinski, etički, socijalni i pravni problem, ona nije ukinuta niti u jednoj zemlji. U konačnici, metoda prisilne hospitalizacije je danas opravdan instrument društvene kontrole osoba s mentalnim poremećajem i kao takva se koristi jedino u disciplini psihijatrije.

1.2. Predmet rada

Predmet ovog završnog rada je prikaz prisilne hospitalizacije u Hrvatskoj. Prezentirati će se njen razvoj i opseg kao i uloga medicinske sestre te njene potrebne kompetencije.

1.3. Cilj rada

Cilj rada je prikaz prisilne hospitalizacije u Hrvatskoj kroz njen povijesni razvoj uključujući zakonsku regulativu te sumirati kompetencije medicinskih sestara pri prisilnoj hospitalizaciji.

2. PRISILNA HOSPITALIZACIJA

Psihijatrija je grana medicine, određena razvojem duševnih bolesti, njenom dijagnostikom kao i sprječavanjem te liječenjem, ali i rehabilitacijom takvih (Hrvatska enciklopedija, 2022). Psihijatrija je jedina grana medicine koja u svom liječenju koristi prisilne postupke u terapiji čime se ograničava ili oduzima sloboda izbora (Grbić, 2018). PHOSP duševnih bolesnika je složen medicinski problem, njena realizacija i danas predstavlja etničko-pravnu dilemu i predmet brojnih rasprava (Wolfman i Shaked, 2010).

S gledišta medicinske struke, a da bi se uvažio najbolji interes pacijenta, potrebno je osigurati liječenje onim osobama čija je vlastita prosudba psihičkog kao i fizičkog stanja nemoguća pritom vodeći računa o očuvanju dostojanstva i integriteta pacijentove ličnosti (Wolfman i Shaked, 2010; Žaja, 2014). Ipak, primjena mora biti utemeljena ustavom, određena zakonom, kontroli i sudskoj odluci jer s motrišta osobe na koju se primjenjuje predstavlja ograničavanje ili oduzimanje temeljnih ljudskih prava kao što su pravo na slobodu, kretanje i autonomiju, ali i pravo na pristanak da se podvrgne medicinskim postupcima (Grozđanić i Tripalo, 2013).

Navedene definicije se vežu na povijesni pregled znanstvene discipline psihijatrije koja se dijeli na predznanstvenu i znanstvenu fazu, a čiji se pregledi daju nadalje u tekstu.

2.1. Povijest prisilne hospitalizacije

Opće je poznato da su duševni poremećaji izuzetno stare naravi pa je i njihovo istraživanje prešlo poduži povijesni put. Prema Muku (2014) povijesni se pregled može podijeliti na dvije faze: predznanstvenu i znanstvenu. U predznanstvenu fazu uzima se razdoblje antike i srednjeg vijeka dok znanstvenu 19. i 20. stoljeće.

U predznanstvenoj fazi, u doba antike i srednjeg vijeka korišteni su nehumani oblici poput vezivanja, okivanja, izolacija, bacanja u jame i sl. Znanstvena ozbiljnija faza, 19. i 20. stoljeća zauzima temelje moderne psihijatrije. Temelji moderne psihijatrije su izučavanja mehanizama nastanka i prepoznavanje simptoma, zatim nešto kasnije otkrića psihofarmatika. Dodatno uvođenjem psihofarmatika u liječenje postavljeno je temelje za psihijatriju u zajednici i socijalnu psihijatriju (Muk, 2014).

Od samog početka civilizacije, duševna bolest pobuđuje strah kod ljudi koji se uglavnom temelji na neznanju ili primitivnom vjerovanju prema kojem su uzrok duševnih poremećaja nadnaravne sile, a simptomi bolesti posljedica zlih duhova. Liječenje duševnih bolesnika zabilježeno je 5000 godina pr. Krista. Pronađene su lubanje na kojima su se nalazile rupe dok je postupak liječenja rađen u svrhu „otpuštanja“ zlih duhova. Glavnu ulogu su imali čarobnjaci i vračevi služeći se magijskim postupcima. Osim njih, kasnije su sudjelovali i svećenici dok liječnika nije bilo. Nadalje, kroz iskustva čovjeka s ljekovitim biljem, postupci liječenja sezali su upravo njenim korištenjem u svrhu smirivanja i poticanja raspoloženja praćene molitvama, ali i podnošenjem žrtve. Pretežito su korišteni hašiš, opijum i ricinus (Muk, 2014).

Ipak, medicina biva znanost učenjem Hipokrata (460.-377. g. pr. Krista), grčkog liječnika koji je odvojio magiju i praznovjerje stvaranjem teorije nastanka bolesti. Teorija nastanka bolesti prilog je tezi poremećaja sokova u organizmu“. Duševne bolesti je interpretirao kao rezultat oboljelog mozga nazivajući „sumanutog čovjeka“ bolesnim čovjekom. Tako je Hipokrat začetnik prve klasifikacije duševnih bolesti poput epilepsije, melankolije, manije, paranoje i histerije. U svom liječenju koristio je biljne pripravke s obveznim preporukama odmora, higijene tijela, masaža i gimnastike smatrajući ih prirodnim lijekom za čovjeka. U tom razdoblju iznjedrene su teorije o liječenju duševnih bolesti, teoriji o lijekovima i pristupu u psihoterapiji, važnosti angažmana u liječenju i važnosti nasljeđa (Muk, 2014). Teorije toga razdoblja imaju izuzetnu važnost jer su utjecale i na današnje pristupe.

Srednji vijek se naziva „mračno doba“. Naime, u tom razdoblju dolazi ponovo do poveznice duševnih poremećaja s bogovima i zlim duhovima kada su glavnu ulogu u liječenju imali svećenici, a već gore spomenuto. Takvi bolesnici bili su opasni, stoga i zatvarani te čuvani dok ostali ipak prepušteni samome sebi. Upravo zbog uloge svećenika, imenovana je zaštitnica psihičkih bolesnika Sveta Dimfna 620. godine. Valja istaknuti da se u tom razdoblju također izrazito štitilo društvo od duševnih bolesnika. Tomu svjedoče osnivani azili kao utočišta za duševno bolesne osobe. Tada je iznikla ideja o osnivanju „duhovnih prijatelja“ duševno bolesnoj osobi kada nastaje „duhovna zajednica“. Primarni cilj bio je podržavanje melankoličnih i duševno bolesnih osoba. Zanimljiva je izreka da su takvi „dušebrižnici“ zapravo danas medicinske sestre (Muk, 2014).

Temelji razvoja današnjih prisilnih hospitalizacija ipak počivaju na znanstvenoj fazi koja se opisuje u narednom potpoglavlju.

2.2. Napredak razvoja prisilne hospitalizacije

PHOSP temeljena na razvoju znanosti označena je kao znanstvena faza koja je obuhvatila razdoblje 19. i 20. stoljeća. Njen važan napredak temeljen na znanosti obilježen je s dva događaja.

Jedan od događaja je osnivanje prve duševne bolnice u 15. stoljeću u Bethlemu u Engleskoj. Međutim, znanstvenik Paracelsus (1494.-1541.) koristio je nehumana ponašanja prema tim duševnim bolesnicima. Skrb za duševnog bolesnika razvojem psihijatrije provodilo se u ustanovama za čuvanje i trajno izoliranje bolesnika smještenim u kaveze i okovanim lancima s ograničenim kretanjem, odvojenih od obitelji lišeni ljudskog dostojanstva i mogućnosti odlučivanja o postupcima liječenja (Spajić, 2015). Drugi, najznačajniji događaj je Francuska revolucija 1789. godine koja je dovela do značajnih promjena posebice odvajanjem crkve i države koje su utjecale na razvoj kliničke psihijatrije. Glavnu ulogu imao je Phillipe Pinel (1745.-1826.) koji je bio osloboditelj duševnih bolesnika iz „lanaca“ i osnovao prvu kliniku i katedru psihijatrije. Zapravo Pinel započinje novu eru u psihijatriji otvarajući vrata spoznaji o poštovanju ljudskih prava i humanijem odnosu prema duševnim bolesnicima oslobađajući ih okova (Sedić, 2007). Napredak u psihijatriji i humanom pristupu prema duševnim bolesnicima rezultiralo je otvaranjem posebnih ustanova i otvorenih odjela psihijatrijskih bolnica. Taj revolucionarni skok obilježava prelazak iz predznanstvene faze u znanstvenu fazu.

Znanstvenim pristupom prepoznata je i primjenjivana edukacija osoba koje brinu o duševno oboljelim osobama i tada službeno započinje začetak sestrinstva u psihijatriji. Veliki doprinos dao je dr. William Ellis zagovaranjem sestrinstva u domeni duševnog zdravlja pa je tako zajedno s prvom diplomiranom medicinskom sestrom Lindom Richards kao osobom-vođom u psihijatriji specijalizaciju završilo oko 30-tak medicinskih sestra (Muk, 2014).

U 19. stoljeću došlo je do bitnog napretka u psihijatriji u organizacijskom i znanstvenom pogledu uvođenjem sustava „no restraint“ gotovo u svim zemljama što je

kasnije rezultiralo poluotvorenim i na kraju „open door“ sustavu. „Open door“ sustav omogućio je psihičkim bolesnicima slobodno kretanje i zapošljavanje na jednostavnijim zanimanjima (Sedić, 2007). Tako je 19. stoljeće obilježeno osnivanjima prvih bolnica i azila za duševne bolesnike kao i organiziranim edukacijama medicinskog osoblja s kliničkim slikama pojedinih duševnih bolesti.

Povijest Drugog svjetskog rata ukazuje na zloupotrebe psihijatrije, posebice pri opravdanosti mučenja ili pak smrti ljudi koji su nedužni. Primjerice, u nacističkoj Njemačkoj, u tadašnjim nacističkim logorima smrti su duševni bolesnici bili žrtve medicinskih eksperimenata uključujući eutanaziju i sterilizaciju u cilju „čistoće rase“. Nadalje, za vrijeme Staljinovog režima u Sovjetskom Savezu politički aktivisti, vjernici i osobe koje su smatrali neprihvatljivima zbog društvenog ponašanja bili su žrtve s dijagnozama lažnih duševnih bolesti s ciljem smještaja u zatvorske ustanove. Pod krinkom zatvorskih ustanova bili su psihijatrijski zatvori gdje su optuženi bili podvrgnuti snažnim lijekovima i psihijatrijskom ispitivanju u svrhu provođenja kazne, a ne liječenja (Kozumplik, 2005). Dodatan primjer je i Japan gdje su bolnice iza II. svjetskog rata bile u privatne jer je politika vlade pružala otpor razvoju bolnica u državnom vlasništvu što je rezultiralo zloupotrebom prisilnih hospitalizacija motiviranih ekonomskim razlozima. U skrbi duševnim bolesnicima nisu zadovoljeni standardi minimalne zdravstvene skrbi jer su bili tučeni, zlostavljani, zatvarani u teškim uvjetima bez poštivanja zakonske zaštite ljudskih prava (Habibović, 2018; Peitl i Habibović, 2019).

Primjerima iz prošlosti prikazana je zloupotreba psihijatrije kao sredstvima za izgovor neprimjerenog kršenja temeljnih ljudskih prava u svrhu postizanja osobnih ciljeva ili interesa političkog sustava. Razdoblje nakon Drugog svjetskog rata, suđenjima za ratne zločine protiv čovječnosti ukazalo je na problematiku kršenja ljudskih prava i samim time potrebu za njenim razvojem i zakonskom regulativom kao obavezu cjelokupne svjetske zajednice (Grubišić, 2016).

Psihofarmakološka revolucija započela je 1952. godine kada su Delay i Deniker otkrili neuroepileptik i antipsihotik klorpromazin. Tako 1960. godine počinje razvoj socijalne psihijatrije. Tada, društveni konstrukt duševnih bolesnika dobiva na značaju kada se povezuju postojanost veza između pojavnosti simptoma i pojavnosti sredine kao uzročnika bolesti. Utjelovljenje suvremenog pristupa u psihijatriji dao je Sigmund Freud

(1856.-1939.) posvećenosti razumijevanju ljudskog uma duševnih poremećaja. Nazivajući ga „ocem psihoanalize“, njegovi postavljene temelji psihoterapije primjenjuju se i dan danas. Taj pristup omogućio je razvoj zdravstvene njege i skrbi o psihijatrijskim bolesnicima. Osim toga, prepoznata je potreba za specijaliziranim medicinskim osobljem posjedujući vještine, znanja i sposobnosti utemeljene u znanstvenom pristupu (Muk, 2014).

Daljnji razvoj prisilne hospitalizacije je kontinuiran kroz 20. i 21. stoljeće ukazujući na činjenicu kontinuirane izmjene zakonskih regulativa na svjetskoj razini pa tako i u Hrvatskoj .

2.3. Zakonski značaj prisilne hospitalizacije

Značaj prisilne hospitalizacije u društvenoj zajednici pridodan je zakonskom regulativom. Predstavljeni povijesni pregled, od samih začetaka razvoja civilizacije kada su počinjene greške prema osobama koje posjeduju duševne smetnje, od progona i mučenja u srednjem vijeku do masovnih zločina za vrijeme nacističkog režima u Drugom svjetskom ratu, ukazala se potreba za iznimno osjetljive skupine ljudi zakonodavnim uređenjem. Postavljanjem temelja u zaštiti ljudskih prava i njihovom primjenom usvajanjem „Opće deklaracije o ljudskim pravima“ 1948. i „Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda“ 1949. godine, ukazala se potreba za reguliranjem zaštite osoba koje pate od duševnih smetnji (Grubišić, 2016). S pravne strane, prema Škegru i Babiću (2022) jedina pravna osnova za prisilni smještaj i zadržavanje osobe na PHOSP-u je samo onda kada je PHOSP jedini mogući postupak i to onda kada njihova duševna bolest karakterizira opasnost za njih i okolinu, a u cilju zaštite duševnog bolesnika, njihove obitelji i okoline.

S medicinske strane gledano, temeljni uvjet za PHOSP određuje se opasnošću ugroze same osobe i okoline koja mora biti visokog intenziteta i aktualna u cilju izbjegavanja bilo kakve zlouporabe. Zakonom je posebno naglašena opravdanost takvih hospitalizacija s medicinske strane s izričitim naglaskom da izostanak liječenja može odvesti u ozbiljno ugrožavanje zdravstvenog stanja pacijenta. Većina znanstvenika se slaže da je PHOSP složen društveni fenomen s brojnim problemima etičke, medicinske,

pravne, ekonomske i političke prirode. U Republici Hrvatskoj donošenjem ZZODS-a utvrđen je cijeli niz prava osoba s duševnim smetnjama (skr. OSDS). Cilj zakona je svakoj OSDS zajamčiti fundamentalna prava kao i slobodu, dostojanstvo i integritet, ali je obveza isto tako i zaštititi društvo (Kozumpli, 2005).

U Hrvatskoj, jedan od prioritarnih javno-zdravstvenih problema je poremećaj mentalno-duševnog zdravlja zbog početka u mlađoj dobi i adolescenciji, visoke prevalencije i najčešće kroničnog tijeka. Stigmatizacija duševnih bolesnika u društvu smanjuje njihovu kvalitetu života i izazivaju subjektivnu patnju bolesnika (Radić i dr., 2004). OSDS zbog prirode svoje bolesti često imaju oslabljenu sposobnost odgovornog postupanja i razmišljanja te sukladno tome potrebno im je omogućiti posebnu zaštitu poštujući zakonom propisane odredbe, a pritom sačuvati jedan od fundamentalnih ljudskih prava-slobodu. Postupak kojim se osobi uskraćuje pravo na slobodu kao jednim od temeljnih ljudskih prava je određivanje prisilnog zadržavanja i smještaja i to u onom u trenutku kada ipak osoba s težim duševnim smetnjama (skr. OSTDS) narušava osobni ili nečiji tuđi život, sigurnost i zdravlje (Tušek, 2022).

2.4. Zakonska regulativa Hrvatske

U Hrvatskoj prvi propisi vezani za skrb OSDS-a datiraju iz davne 1856. godine kada je usvojen „Pravilnik o primanju duševnih bolesnika u psihijatrijske ustanove“. Statut današnje Kliničke Psihijatrijske bolnice Vrapče donesen je 1880. godine koji je u to vrijeme predstavljao iznimno važan i napredan dokument (Habibović, 2018).

Ono što je prethodilo razvoju zakonske regulative u Hrvatskoj bio je otvaranje odjela za duševne bolesnike u Zagrebu 1804. godine s 30 kreveta. Naime, prva psihijatrijska bolnica osnovana je 1879. u Vrapču i slijedom toga donesen je već gore spomenuti Statut. Bolnica je mogla primiti 300 bolesnika. U sklopu bolnice 1932. osnovan je i stacionar koji je omogućavao duševnim bolesnicima da budu uključeni u poljoprivredne radove. Tako se profesionalni i humani pristup bolnice poštujući temeljna ljudskih prava njegovao u pristupu prema bolesnicima. Danas psihijatrijska bolnica Vrapče može zaprimiti 850 bolesnika. Nadalje, u Hrvatskoj je nakon bolnice u Vrapču uslijedilo osnivanje i ostalih psihijatrijskih bolnica. Tako je 1905. godine osnovana u Pakracu gdje

je na raspolaganju bilo 100 kreveta, a nakon Domovinskog rata zatvorena. Isto tako je 1934. godine osnovana Psihijatrijska bolnica dr. Ivan Barbot u Popovači s 900 kreveta dok ih danas broji 650. Neizostavno je osnivanje psihijatrijskih bolnica i na otocima. Ističu se takve bolnice na Rabu i Ugljanu koje su i dan danas aktivne i raspolažu s 450 kreveta. Što se tiče općih bolnica gdje se pružaju takve usluge, osnovani su neuropsihijatrijski odjeli za prisilne hospitalizacije i njihovo liječenje 60.-ih i 70.-ih godina 20. stoljeća (Lukman, 2021).

Prva, ozbiljnija zakonska regulativa u Hrvatskoj donesena je 1997. godine donošenjem „Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama“ (Narodne novine, 111/1997) koji je bio podložan trima izmjenama i to 1998. ispravkom (Narodne novine, 27/1998) te dopunama i izmjenama 1999. godine (Narodne novine, 128/1999) i 2002. godine (Narodne novine, 79/2002). Navedeni zakon bio je jedinstveni zakonski akt kojim je obuhvaćeno reguliranje prakse postupanja i zaštite prema OSDs-a. Ističe se da je do 1997. na snazi bio „Zakon o vanparničnom postupku“ iz 1934. i „Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju“ iz 1980. i 1993. godine (Habibović, 2018). Naime, obzirom na izmjene i dopune, navedeni zakon je u potpunosti zamijenjen novim ZZODS-om donesenog 13. lipnja 2014. i objavljenim u Narodnim novinama br. 76 2014. godine, sa stupanjem na snagu 01. siječnja 2015. godine. Navedeni zakon je na snazi u trenutku pisanja ovog rada.

Potreba za donošenjem današnjeg aktualnog ZZODS-a pokazao se u korištenju terminologije i dodatnih razjašnjavanja u pristupima. Primjerice, sadašnji ZZODS (2014) razlikuje zadržavanje pod prisilom i smještaj pod prisilom. Osim toga, sadašnji zakon rezultirao je razjašnjenju prava psihijatrijskog pacijenta i njegovog položaja. Tako je ZZODS na zakonskoj razini uredio položaj i prava osoba koji pate od duševnih poremećaja kao i u slučaju povrede tih prava osigurao je zaštitne mehanizme (ZZODS, 2014). Zapravo, glavne karike u razvoju zdravog odnosa prema duševnim bolesnicima su poštivanje elementarnih ljudskih prava kao i primjena zakona, a svaki neprofesionalni i diskriminirajući odnos je potrebno sankcionirati (Grbić, 2018).

Osim navedenog zakona, u Hrvatskoj se primjenjuje i „Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama,“ („Narodne novine“ br.

16/2015). Svakako su Zakon i Pravilnik usko povezani, a što će razotkriti slijedeće poglavlje.

3. PRISILNA HOSPITALIZACIJA U HRVATSKOJ

Već spomenuto, u Hrvatskoj je PHOSP regulirana ZZODS-om. Međutim, sama terminologija „prisilne hospitalizacije“ nije korištena u sadašnjem ZZODS-u već je potrebno definirati njen opseg zbog boljeg razumijevanja. Također je prema ZZODS-u moguće kategorizirati prisilnu hospitalizaciju prema tomu na koga se ona primjenjuje kao i na tipove prisilne hospitalizacije.

3.1. Definiranje opsega „prisilne hospitalizacije“

Prema ZZODS-u (NN, 76/2014) duševna smetnja je poremećaj sukladan važećim međunarodnim priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja. Zakon prepoznaje dvije kategorije takvih osoba, međutim one se u radu dijele na tri kategorije: 1) OSDS; 2) OSTDS i 3) neubrojive osobe. S jedne strane, OSDS mogu biti osobe i s težim duševnim smetnjama i isto predstavlja važnu distinkciju ovog rada.

S druge strane, neubrojive osobe su one osobe kojima se potvrdila neubrojivost pri počinjenju popravnog djela u sudskom odnosno kaznenom postupku. Rad je fokusiran na OSTDS koje se povezuju sa prisilnom hospitalizacijom. Kako se pojam prisilne hospitalizacije ne spominje u ZZODS-u, ipak je prepoznat u članku 27. Zakona koji glasi (NN, 76/2014): „Osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, smjestit će se u psihijatrijsku ustanovu po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj propisanim ovim Zakonom.“ Dakle, osobe s duševnim smetnjama mogu biti smještene u bolnicu prema dva tipa smještaja: 1) dobrovoljnim smještajem i 2) prisilnim smještajem, a sve prikazano na slici 1.

Slika 1: Prikaz kategorija OSTDS-a i njihovog smještaja u psihijatrijsku ustanovu/odjel



Izvor: autorica prema ZZODS-u (NN, 76/2014)

Dobrovoljni smještaj reguliran je člankom 25. ZZODS-a kada OSDS daje pisani pristanak u želji da se smjesti u psihijatrijsku ustanovu pod uvjetom da se liječenje takve osobe ne može realizirati izvan takve vrste ustanove (NN, 76/2014). Moglo bi se reći da se radi o osobama s lakšim duševnim smetnjama. Naime, prisilni smještaj obuhvaća OSTDS kao i neubrojive osobe /penalni sustav/. U svjetlu „prisilne hospitalizacije“, a zbog ne spominjanja pojma u ZZODS-u, „prisilna hospitalizacija“ se u ovom radu definira na slijedeći način: *Prisilna hospitalizacija je smještanje pod prisilom OSDTS-a u psihijatrijsku ustanovu koje baš zbog takvih smetnji ozbiljno i direktno ugrožavaju osobni ili tuđi život, zdravlje ili pak sigurnost i nad kojima postoji mogućnost upotrebe mjera prisile.*

Dakle, definiran pojam uključuje dvije kategorije: 1) postupak smještaja pod prisilom i 2) mjeru prisile. Na slici 2 se prikazuje kategorizacija definirane prisilne hospitalizacije u radu iz koje je razvidno da se razlikuju dva tipa kategorije prisilnog smještaja i dva postupka mjera prisile. Kategorija prisilnog smještaja tako uključuje dva tipa postupka: 1. postupak prisilnog smještaja i 2. postupak prisilnog zadržavanja. Kategorija mjera prisile uključuje dva tipa postupka: 1. postupak fizičkog sputavanja i 2. postupak odvajanja. Kategorija metode prisile, sukladno čl. 2 „Pravilnika o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s teškim duševnim smetnjama“ (Narodne novine, 162/2015), primjenjuje se u izrazito hitnim slučajevima upravo nad OSTDS-a koje ozbiljno ili direktno ugrožavaju osobno ili nečije tuđe zdravlje. Valja istaknuti da se takve osobe mogu i dobrovoljno smjestiti u psihijatrijsku ustanovu.

Slika 2: PHOSP osoba s težim duševnim smetnjama



Izvor: autorica prema ZZODS-u (NN, 76/2014) i Pravilniku (NN, 16/2015)

3.2. Kategorija prisilnog smještaja u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je prisilni smještaj definiran ZZODS-om čl. 26 te govori u prilog smještaja u ustanovu zbog liječenja, no bez suglasnosti OSTDS-a (OSTDS u ovom daljnjem tekstu: pacijent). Smještaj bez suglasnosti ipak ima svoja pravila i procedure koje obvezuju psihijatra te ustanovu gdje je zaprimljen pacijent. Nadalje, u članku 27. kategorija prisilnog smještaja razlikuje dvije vrste već spomenutih postupaka u prijašnjem potpoglavlju: postupak zadržavanja pod prisilom i postupak prisilnog smještaja. Distinkcija ova dva postupka temeljena je na postupcima zaprimanja u psihijatrijsku ustanovu. Tako je postupak prisilnog zadržavanja zapravo kreiran temeljem vrste primitka u psihijatrijsku ustanovu sukladno čl. 28 Zakona (NN, 76/2014) i to:

- a) primitak s uputnicom liječnika medicine i to onda kada je osobni doktor pregledao i napisao propisanu ispravu gdje su obrazloženi svi razlozi za prisilni smještaj
- b) primitak osoba bez uputnice liječnika medicine i to u izrazito stanjima koja su hitna poput izravnog i ozbiljnog narušavanja njihovog vlastitog odnosno tuđeg zdravlja, života ili sigurnosti.

S druge strane, postupak prisilnog smještaja opisanog u članku 34. (ZZODS, 76/2014) kreiran je temeljem jedne odluke:

a) odluke suca pojedinca nadležnog suda u izvanparničkom postupku gdje je javnost isključena osim ako se radi o zakonskom zastupniku, osobi od povjerenja ili odvjetnika, voditelja odjela iz psihijatrijske ustanove te službene osobe zaposlene u centru za socijalnu skrb.

Postupci zadržavanja i smještaja pod prisilom u Hrvatskoj propisuju obveze psihijatra, psihijatrijske ustanove gdje je pacijent zaprimljen, ali i za službene osobe. Tako psihijatrijska ustanova ima svoje dužnosti pri odobravanju odnosno ne odobravanju smještaja bez suglasnosti ili suglasnosti OSDS-a. Jedna od dužnosti je, pri dobivanju suglasnosti zakonskog zastupnika u slučajevima kada takva osoba ima skrbnika i primjerice kada takva osoba nije dala suglasnost dok je skrbnik ipak dao suglasnost, da obavijesti pravobranitelja koji zastupa osobe s invaliditetom s rokom od najkasnije od 48 sati. Valja istaknuti da postoje dva pravila oko davanja suglasnosti ili pristanka. Prvo pravilo se odnosi na: 1. suglasnost zakonskog zastupnika i drugo na 2. ne davanja suglasnosti osobe bez suglasnosti zakonskog zastupnika. Pri prvom pravilu, dužnosti pravobranitelja su provjera da li je smještaj opravdan bez davanja suglasnosti te nakon provjere napraviti zabilješku u pisanom obliku. Takva se zabilješka bilježi u medicinsku dokumentaciju OSDS-a. U svaku sumnju opravdanosti smještaja bez suglasnosti tada postoji obveza obavještanja nadležnoga suda koji primjenjuje zakonske klauzule ZZODS-a o postupku smještaja pod prisilom. Nadalje, dužnost psihijatrijske ustanove pri prisilnom zadržavanju nastupa i u slučajevima kada se osoba bez suglasnosti/pristanka protivi suglasnosti/pristanku zakonskog zastupnika. Tada je njena dužnost da bez odgode obavijesti sud u nadležnosti s rokom od 12 sati najkasnije predajući pritom i medicinsku dokumentaciju. Obavezno u medicinskoj dokumentaciji mora postojati zabilješka o protivljenju kao i trenutku protivljenja (ZZODS, čl. 24 st. 4; NN 76/14).

Postoje i slučajevi kada službene osobe i to policija postupaju po pozivu te dovode osobe u psihijatrijsku ustanovu. I službene osobe imaju svoje dužnosti koje se prvenstveno odnose na uvažavanje dostojanstva osobe s duševnim smetnjama, njihovo šticeenje kao i postupanja s pažnjom sukladno uputama liječnika i odredbama ZZODS-a. Psihijatar koji zaprima pacijenta ima obvezu procijeniti da li postoje argumenti zadržavanja

pacijenta 48 sati od samog prijema. Dužnosti psihijatra sukladno zakonskim propisima su upoznavanje pacijenta o njegovim pravima poput legitimnog prava na odvjetnika, zatim obavještanje osobe od povjerenja ili osobe koja živi u istom kućanstvu ili pak zakonskog zastupnika o prijemu u ustanovu (NN 76/14). Dužnost je psihijatrijske ustanove pri prisilnom zadržavanju pacijenta, ukoliko dođe do protivljenja dobrovoljno smještene osobe ili osobe bez suglasnosti/pristanka da bez opoziva u roku 12 sati obavijesti nadležni županijski sud s dostavom medicinske dokumentacije osobe. Nakon toga, dužnost je suca da poštuje rok od 72 sata pri zaprimanju obavijesti da obavi posjet osobi koja je prisilno zadržana u psihijatrijsku ustanovu. Pri posjetu su sučeve zadaće upoznati pacijenta koja je svrha posjeta i sudskog postupanja, zatim obaviti saslušanje zadržane osobe kao i voditelja odjela te izvršiti pregled medicinske dokumentacije. Voditelj odjela koji je upoznat s dolaskom suca svakako je dužan voditi brigu da takva osoba bude pri utjecaju manjih doza psihofarmaka. Valja istaknuti da se takva osoba može zadržati u ustanovi najduže 8 dana bez donesenog rješenja suda o određenom prisilnom smještaju. Na koncu, u sudskom rješenju moguće je odrediti smještaj pod prisilom u roku do 30 dana koji se računa od donešene odluke psihijatra o zadržavanju pod prisilom OSDS-a. Naime, ustanova može odlučiti o dodatnom zadržavanju pod prisilom i nakon što proteče rok od tih 30 dana pa je njena dužnost da 7 dana prije nego što istekne taj rok predloži nadležnom sudu izdavanje rješenja o produljenju smještaja pod prisilom. Takvo rješenje sud donosi istovjetno kao kod prvog izdavanja rješenja, po gore već opisanom postupku, vodeći računa da ne istekne prvotni rok već izdanog rješenja. Dakle, rok na koji sud izdaje drugo rješenje o smještaju pod prisilom je na tri mjeseca. Rok izdavanja svakog daljnjeg rješenja o prisilnom smještaju sud donosi na šest mjeseci (ZZOSD - čl.39 i 40, NN, 76/14).

Temeljem opisane kategorije prisilnog smještaja u Hrvatskoj može se zaključiti da su jasno propisane procedure za oba dva tipa postupka. Zapravo se radi o ispunjavanju mnogih etičkih i zakonskih normi. PHOSP u Hrvatskoj također obuhvaća i hitna stanja te bolesti u psihijatriji primjenjujući metode i sredstva kojima se fizički ograničava kretanje i djelovanje pacijenta.

3.3. Kategorija mjera prisile u Hrvatskoj

Na samom početku valja pojasniti što su hitna stanja u psihijatriji. Ističe se da sva stanja u psihijatriji koja zahtijevaju hitnu i neodgodivo pružanje psihijatrijske pomoći smatraju se da su hitna ako sadrže promjenu misaonog i emocionalnog sadržaja te interakciju s okolinom tj. ako su pacijenti opasni po sebe ili okolinu podrazumijevaju jedno od najzahtjevnijih područja rada u medicini (Sedić, 2007). Može se slobodno reći da isto govori u prilog hitno hospitaliziranih pacijenta i o njihovom prisilnom smještaju. Naime, kod hitnih stanja radi se o intenzivnoj psihijatrijskoj skrbi. U liječenju hitnog psihijatrijskog bolesnika primjenjuje se psihofarmakoterapija i suportivna psihoterapija, a ponekad i mjere prisile u slučaju gubitka kapaciteta za samokontrolu (Prološćić i dr., 2013). Upravo je iz toga razloga u ovom radu izdvojena kategorija mjera prisile sa svoja dva tipa postupaka: 1) sputavanja ili tzv. fiksacije tj. fizičkog ograničavanja i 2) odvajanja tj. izolacije.

Prema čl. 4 Pravilnika (Narodne novine, 16/2015) odvajanje i sputavanje predstavljaju postupke kontroliranja agresivnosti te se i kod takvih postupaka podrazumijeva pravilo dobrog postupanja s pacijentom. Pravila dobrog postupanja uključuju odnose poštovanja i dostojanstva prema pacijentu, a zbog cilja sigurnosti i zaštite dostojanstva. U svrhu tih ciljeva pri primjeni mjera prisile, nisu dopušteni diskriminirajući postupci uključujući verbalni ili fizički oblik vrijeđanja ljudskog dostojanstva. Obveza psihijatrijske ustanove jest donošenje detaljnih pisanih uputa o načinu postupanja zaposlenika psihijatrijske ustanove kada nastanu situacije ponašanja agresivnog pacijenta prije primjena mjera prisile, zatim u tijeku primjene i nakon. Takve upute ustanova mora istaknuti u ordinaciji tj. odjelu ustanove. Svi zaposlenici moraju iste poznavati.

Prema dostupnoj literaturi najčešće se u takvim jedinicama (psihijatrijska ustanova/odjel) liječe osobe s psihičkim poremećajima poput shizofrenije, poremećaja raspoloženja (depresija i manija), poremećaja osobnosti i ponašanja, intoksikacije psihoaktivnim supstancijama, a najčešće one povezane s alkoholom. Od najučestalijih hitnih stanja su auto agresivnost, hetero agresivnost, suicidalnost, panični ataci, krizna stanja, delirantna stanja, akutna opita stanja i raznorazne nuspojave liječenja

psihofarmakoticima poput malignog neuroleptičnog sindroma, akutne diskinezije, akatizije i slično (Prološčić i dr., 2013). Također shizofrenija te ostali psihotični poremećaju poput delirija izazvani apstinencijom uzrokovanu alkoholom i akutnim stanjima pijanstva nalaze se na vrhu popisa faktora koji su u pozitivnoj korelaciji s prisilnom hospitalizacijom pacijenata (Mihanović i dr., 2004). Upravo se na ovim navedenim stanjima mogu primijeniti mjere prisile, a prva dva najčešća stanja i to: agresivnost i suicidalnost interpretiraju se nadalje u tekstu.

Tako je agresija koncept ponašanja koja se manifestira u neprijateljskom ponašanju prema predmetima ili osobama (Sedić, 2007). Frustracije, strah i ljutnja česti su izvori agresije, a ovisno o njihovom intenzitetu ovisiti će i stupanj agresije te nasilničkog ponašanja. Svaki čovjek rođen je s određenom količinom agresije na koju može djelovati stupnjem kulture određene sredine i međuljudskom komunikacijom u zajednici. Sociokulturni čimbenici koji su sastavni dio kulturne antropologije mogu utjecati na mentalno zdravlje na niz načina: formirajući određeni tip osobnosti koji je predisponiran određenom tipu poremećaja, putem edukacijskog modela koji povećava učestalost nekih poremećaja, kritika i sankcija određenog ponašanja (Mihanović i dr., 2005). Zbog povećane količine anabolika hormona koji služi povećanju mišićne mase i istovremeno potiče agresiju muškarci češće reagiraju agresijom od žena (Sedić, 2007). Prilikom zbrinjavanja agresivnog pacijenta jedan od glavnih ciljeva je uspostavljanje odnosa pacijenta s drugima kako bi se omogućilo ponovno uključivanje u socijalnu zajednicu. Kod samog pristupa agresivnom pacijentu mora se prvo otkriti uzrok agresije te ocijeniti mogućnost postojanja rizika za zdravstveni kadar (Sedić, 2007). Najčešća manifestacija agresivnosti je kada postoji stanje sužene svijesti, potencijalno je vrlo opasna jer ne postoji briga o posljedicama za samu osobu niti druge ljude. U slučajevima agresivnosti potrebno je procijeniti opasnost bolesnika i što sigurnije savladati pacijenta postupajući humano sputavajući ga adekvatnim sredstvima i primijeniti odgovarajuću terapiju kojom se ne smiju ugroziti vitalne funkcije niti maskirati možebitni tjelesni simptomi (Ladan, 2020).

Suicidalnost se sastoji od više komponenti. Teška depresivna stanja kod duševnih bolesnika prvi je rizični čimbenik samoubilačkog nagona te zahtijevaju prisilno liječenje u cilju njegove osobne zaštite zbog počinjenja samoubojstva. Pokušaji samoubojstva jače su izraženi kod osoba koje su imala traumatična iskustva u djetinjstvu ili su bili izloženi

fizičkom, psihičkom ili seksualnom zlostavljanju. Kod takvih osoba raspoloženje je izrazito sniženo praćeno pesimizmom, potištenošću i gubitkom volje i interesa za okolinu. Zloporaba droga i alkohola pojaćava impulzivnost i utjeće na promjenu raspoloženja i važni su ćimbenici koji mogu dovesti do suicidalnog ponašanja i suicida. U pojedinim slućajevima pokušaj samoubojstva moće biti prvi od znakova psihijatrijske bolesti osobito kod pacijenta oboljelih od shizofrenije zbog sklonosti depresiji i poremećaja osobnosti kod emocionalno nezrelih osoba. Najćešći naćin pokušaja samoubojstva je trovanje lijekovima (MSD, 2014).

4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PRISLINOJ HOSPITALIZACIJI U PSIHIJATRIJI

Svrha sestrinske djelatnosti jest zaštita zdravlja pojedinca, obitelji i cjelokupnog pučanstva (Zakon o sestrinstvu; Narodne novine 121/03, 117/08, 57/11). Za svaku profesiju, u ovom slučaju profesije medicinske sestre koji se smatra pozivom, a ne vrstom posla, potrebne su kompetencije. Objašnjenje kompetencija moguće je pratiti na tri razine: 1. posjedovanja, 2. provođenja i 3. rezultata. S prve razine gledišta, kompetencije podrazumijevaju posjedovanje znanja, stavova, vještina, prosudbe i sposobnosti. Takva simbioza omogućava medicinskoj sestri meritornu izvedbu zdravstvene njege. S druge razine gledišta, kompetencije podrazumijevaju provođenje upotrebom simbioze elemenata posjedovanja dok treća razina kompetencija je rezultat obrazovanja medicinske sestre. Rezultat sestrinskog obrazovanja zapravo je usmjeren na dva cilja u zdravstvenoj njezi: 1. pružanju učinkovite, sigurne i na etičkim standardima zdravstvene njege i 2. određivanju razine odgovornosti, prava i dužnosti zdravstvene njege (Šepec, 2011).

Okosnica svake profesije je etika pa otuda i naziv za profesionalnu etiku. Ona predstavlja skup vrijednosti i ciljeva, načela i pravila kojeg je svaki pripadnik obvezan usvojiti u svrhu primjene svojih profesionalnih znanja. U vrijeme intenzivnijeg razvoja sestrinstva nastali su i prvi etički kodeksi medicinskih sestara (Šegota, 1997). Razvoj sestrinstva na svjetskoj razini dovelo je do početnog definiranja vrijednosnih kriterija (dobro sestrinsko djelovanje) i ispravnog ponašanja pri njezi i skrbi cjelokupnog procesa (Šegota, 1997). U Hrvatskoj se prvi etički kodeks medicinskih sestara objavio 1995. godine od Hrvatske udruge medicinskih sestara. Već nakon deset godina tj. 2005. ista udruga kao glavno regulatorno tijelo u Hrvatskoj za sestrinsku profesiju je objavila novi etički kodeks.

U kontekstu uloge medicinske sestre u psihijatriji pri hitnim stanjima, a koja mogu zahtijevati prisilnu hospitalizaciju kao najvažnija stavka uzima posebnost trijaže u psihijatriji. Razlog tomu su što duševni poremećaji i bolesti u stanju dekompenzacije mogu biti nepredvidljivi i izuzetno opasni za okolinu i samog bolesnika. Takvi psihijatrijski hitni bolesnici su pri samom dolasku u objedinjeni hitni bolnički prijem (skr. OHBP) često uznemireni, prijeteći i agresivni. Takva stanja jako narušavaju pacijentovu psihosocijalnu

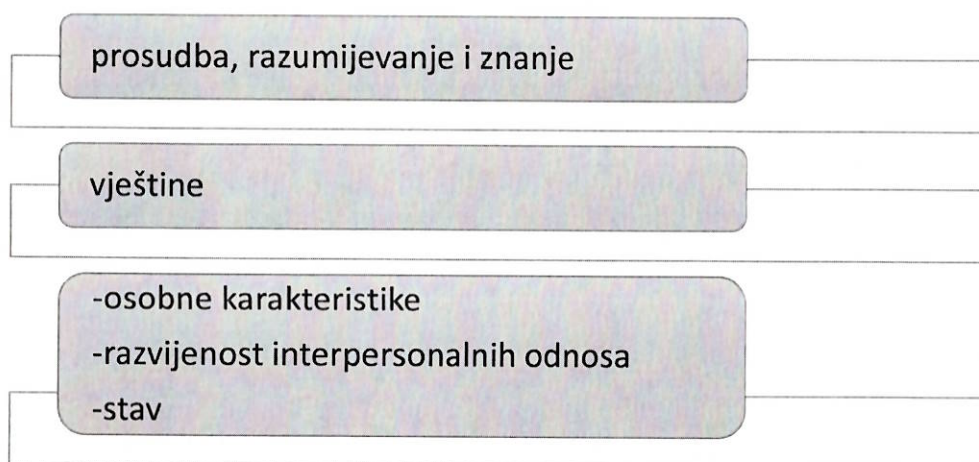
egzistenciju i time su opasni za okolinu i samog pacijenta. Prepoznavanje hitnosti u takvim stanjima igra glavnu ulogu u pravodobnom pružanju pomoći čime se sprječava kronifikacija stanja ili pak proboj u teži poremećaj psihoze. S druge strane, pri trijaži bolesnika s mogućnošću postavljanje dijagnoze mentalnog poremećaja važnu ulogu ima prepoznavanje bolesnika u njegovom disfunkcionalnom ponašanju (psihološkom i biološkom disfunkcijom). Postavljanje takve dijagnoze uključuje niz smetnji od poremećaja raspoloženja, afekta, pažnje, opažanja, spavanja, volje, nagona, inteligencije pa sve do poremećaja svijesti. Kriterij postavljanja dijagnoze biti će ispunjen u onom slučaju kada skupovi navedenih simptoma budu teški, popraćeni smanjenom funkcionalnom sposobnošću ili invalidnošću te dugotrajni (Balića i dr., 2018).

4.1. Kompetencije medicinske sestre

Kompetencije medicinske sestre u Hrvatskoj propisane su odredbama članka 16.a „Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o sestrinstvu“ (skr. ZOIDZOS; NN 56/11). Prema Zakonu o sestrinstvu (skr. ZOS) glavna uloga medicinske sestre je evidentiranje svih provedenih postupaka u sestrinsku dokumentaciju za svakog pojedinog pacijenta na svim nivoima zdravstvene zaštite (NN 121/03, 117/08 i 57/11). Na slici 3 prikazuju se kompetencije medicinske sestre. Kompetencije uključuju:

- prosudbu, razumijevanje i znanje
- vještine: komunikacijske, psihomotorne, tehničke, kognitivne
- osobne karakteristike, razvijenost interpersonalnih odnosa i stavove (Šepec, 2011).

Slika 3: Kompetencije medicinske sestre i sestrinske dijagnoze



Izvor: autorica prema Šlepec (2011) i ZOIDZOS (NN 56/11)

Predstavljene kompetencije imaju i svoju svrhu služnosti. Prema Šepec (2011), kompetencije medicinske sestre služe javnosti, poslodavcu te samim medicinskim sestrama. Znanje o kompetencijama tako poslodavcu i javnosti služi kao vrsta informatora i to što je posao medicinske sestre i što se može i smije od nje očekivati. Slična je svrha služenja i medicinskim sestrama samo što znanje o kompetencijama medicinskoj sestri služi kao usmjerivač i to o obavljanju aktivnosti prema razini obrazovanja.

Sestrinske dijagnoze definiraju se kao „klinička prosudba onoga što su pojedinac, obitelj ili zajednica pružili kao odgovor na aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme/ životne procese“. One osiguravaju bazu za izbor intervencija čije će provođenje u konačnici dovesti do postignuća cilja koji je zadan. Dakle, sestrinske dijagnoze predstavljaju ključ budućnosti jer se temelje na profesionalno vođenoj zdravstvenoj njezi. Isto podrazumijeva upotrebu utemeljenih dokaza čiji su ciljevi učinkovito zadovoljavanje svih potreba bolesnika (Šimunec, 2013).

4.2. Načela sestrinske psihijatrijske prakse i etika

U sestrinskoj psihijatrijskoj praksi egzistiraju načela i etika. Načela podrazumijevaju zakonitosti ili opća pravila dok etika povjerljivost kojih se medicinska sestra treba

pridržavati pri sestrijskoj intervenciji. Sedić (2007) tako izdvaja osnovna načela u sestrijskoj psihijatrijskoj praksi i to:

1. cjeloviti pristup-holistički
2. dostojanstvo i privatnost
3. terapijsku komunikaciju
4. uvažavanje ljudskog bića kao jedinstvenog
5. bezuvjetno prihvaćanje
6. uključivanje psihijatrijskog bolesnika.

U velikom dijelu, ova načela definiraju odnos medicinske sestre prema psihijatrijskim bolesnicima pa je njihovo usvajanje i trajna edukacija medicinske sestre izuzetno važna za kvalitetu u pružanju zdravstvene zaštite u cjelini. Glavno obilježje psihijatrijskog sestriinstva i prvo načelo - holistički pristup podrazumijeva percipiranje psihijatrijskog bolesnika kao cjelovito ljudsko biće. Medicinska sestra uzima sve njegove potrebe u obzir: psihološke, biološke i socijalne uključujući i kulturalno okruženje. Drugo načelo privatnosti i dostojanstva je načelo koje se najčešće i krši, a radi se o najčešće u vidu narušavanja tjelesne privatnosti pri obavljanju osobne higijene kao i etiketiranje mentalno bolesne osobe. Načelo terapijske komunikacije podrazumijeva partnerski odnos medicinske sestre i duševnog bolesnika kada duševni bolesnik stječe povjerenje u nju i osjeća se prihvaćenim. Načelo uvažavanja ljudskog bića kao njegove jedinstvenosti govori u prilog poštovanja duševnog bolesnika s njegovim različitostima i vrijednostima. Razlozi su dvostruki. S jedne strane svako je ljudsko biće jedinstveno i neponovljivo dok s druge strane svaka je dijagnoza različita. Načelo bezuvjetnog prihvaćanja definirano je primanjem najviše moguće razine kvalitete zdravstvene njege. Zadnje načelo uključivanja duševnog bolesnika podrazumijeva njegovu skrb motiviranjem (Sedić, 2007).

Etika u sestriinstvu propisuje povjerljivost informacija o pacijentima. Psihijatrijske dijagnoze su vrlo osjetljive stoga bilo kakve informacije o pacijentu izvan kruga medicinskog osoblja koje skrbi o pacijentu nisu dozvoljene. Profesionalna tajna medicinske sestre podrazumijeva moralne obveze i dužnosti, a za njeno kršenje podliježe sudskom postupku (Šegota, 1997). Profesionalna tajna medicinskih sestara uključuje povjerljivost informacija o pacijentima i njeno korištenje u predviđene svrhe, zatim pažnja da ne dođe do kršenja povjerljivosti tako da uvijek zaštiti informacije od njihovog

neprimjerenog pokazivanja. Informacije o pacijentima i otkrivanje profesionalne tajne je medicinskoj sestri omogućeno samo u slučajevima određenim zakonom ili uz odobrenje pacijenta (HKMS, 2005).

4.3. Procjena medicinske sestre i sestrinska dijagnoza pri prisilnoj hospitalizaciji u psihijatriji

Kod prisilne hospitalizacije u psihijatriji, uloga medicinske sestre podrazumijeva njen pristup pri trijaži pacijenta u OHBP-u. Najčešći slučajevi u trijaži psihičkih bolesnika i potencijalni uzrok prisilne hospitalizacije, a vezani sa situacijama s psihičkim zdravljem su pokušaji samoubojstva, psihičke bolesti, tjeskoba, poremećaji pri uzimanju droge ili alkohola, tjeskobe, misli i primisli o samoubojstvu te fizički simptomi bez ikakve bolesti. Ističe se da agresivno ponašanje nije uvijek vezano za psihičku bolest. Ono može biti povezano s organskim bolestima poput delirija ili hipoglikemije ili pak ozljede mozga, ali i akutnog stanja. Upravo promjene koje su uzrokovane ovakvim stanjima mogu govoriti u prilog psihičkih bolesti, međutim one to nisu. Prema Baliji i dr. (2018) činjenica je da je teško takva stanja identificirati kao psihička stanja, posebice kod osoba koje su u starijoj životnoj dobi.

Iako postoje koraci kao i vrijeme za identifikaciju pri obradi takvih pacijenata, ipak se izdvajaju dva značajna koraka:

1. prikupljanje preciznih informacija pri obradi
2. primjena odgovarajuće kategorije prema australsko-azijskoj trijažnoj ljestvici (skr. ATS).

Prvi korak predstavlja prvu fazu pristupa medicinske sestre dok drugi korak predstavlja njenu drugu fazu pristupa pri hitnim stanjima u psihijatriji i/ili potencijalnoj prisilnoj hospitalizaciji. Oba dva koraka se provode uvažavajući čimbenike rizika pri ozljeđivanju (npr. pri ozljedi druge osobe ili samoozljeđivanje). Za bolesnike koji imaju od ranije psihičke bolesti kao i oni koji su akutni postoji visoki rizik. Tako bolesnici mogu doći sami u OHBP, ali ih mogu dovesti i socijalni radnici, policija, izvanbolnička služba ili pak članovi obitelji. Procjena pri pristupu uobičajenog primarnog pregleda svih bolesnika, uključujući psihijatrijske trebala bi biti završena prije nego što počne procjena psihičkog zdravlja.

Postulati pri procjeni su otvorenost, pojašnjenja bolesniku, slušanje verbalnih indicija ne osuđivanja. Pri procjeni nije važna dijagnoza koliko hitnost i sama identifikacija potrebe za liječenjem. Pri procjeni psihičkog stanja svakako se ne smije izostaviti sigurnost medicinske sestre i ostalih. Ukoliko se ponašanje bolesnika pogorša, nužno se povući i odmah zatražiti pomoć.

Sestrinske dijagnoze pri prisilnoj hospitalizaciji u psihijatriji određuju se korištenjem trijažne kategorije strukturiranim pristupom. Strukturirani pristup trijaže je pristup upotrebom procjene psihičkog zdravlja skraćenicom ABCSTAMP tj. abecedom procjene psihičkog zdravlja, a znači slijedeće:

- A** Izgled (engl. Appearance)
- B** Ponašanje (engl. Behaviour)
- C** Kognitivni status (engl. Cognition)
- S** Govor (engl. Speech)
- T** Mišljenje (engl. Thought)
- A** Afekt (engl. Affect)
- M** Raspoloženje (engl. Mood)
- P** Percepcija (engl. Perceptions).

U Tablici 1 daje se pregled obrasca procjene medicinske sestre pri prisilnoj hospitalizaciji u psihijatriji s pitanjima i smjernicama za postavljanje sestrinske dijagnoze. Obrazac predstavlja u prvoj koloni kraticu procjene, druga kolona postavlja pitanje za medicinsku sestru kako bi mogla odrediti sestrinsku dijagnozu i treća kolona upućuje na klinički kriterij medicinske sestre kako bi mogla izvršiti procjenu te postaviti sestrinsku dijagnozu.

Tablica 1: Sestrinski obrazac procjene pri prisilnim hospitalizacijama u psihijatriji i klinički kriteriji za postavljanje sestrinske dijagnoze

A Izgled (engl. Appearance)	Kakav je izgled bolesnika?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Držanje – pogrbljen, bizaran, napet, ✓ Odijevanje – prljava odjeća, neprikladno, bizarno ✓ Higijena – neuredan, ne briga o higijeni, neprikladna šminka ✓ Znakovi korištenja alkohola i/ili droge (npr. kontrahirane ili dilatirane, crveno lice, vidljivo mjesto aplikacije) ✓ Nutritivni status – kahektičnost, mršavost
B Ponašanje (engl. Behaviour)	Kakvo je ponašanje bolesnika?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motorika – nemiran, hiperventilira, hoda, nepokretan, ✓ Nepredvidive, čudne i bizarne radnje ✓ Kretnje – ataksija ili neobičan hod ili diskinezija ili tremor ✓ kako odgovara bolesnik o pitanju na trenutnu situaciju (npr. postoji li neprijateljska ili prijateljska, raspoloženost, ljutitost, prestrašen, nesuradljiv, preoprezan, zavodljiv)
C Kognitivni status (engl. Cognition)	<p>Da li je bolesnik orijentiran?</p> <p>Da li se može sjetiti bliske prošlosti?</p> <p>Da li je sposoban rasuđivati?</p>	
S Govor (engl. Speech)	Kakav je govor bolesnika?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ton – šapuće, glasno, tiho, ljutito ✓ Brzina – polako, brzo, neprekidno ✓ Kvaliteta – nerazgovjetno, jasno, šuti
T Mišljenje (engl. Thought)	<p>O čemu i kako bolesnik razmišlja i obrazac mišljenja?</p> <p>Na koji se način bolesnik izražava?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nelogično, nepovezano, besmisleno, nesuvislo ✓ Misli: bizarne, depresivne, paranoidne, suicidalne, homicidne, anksiozne ✓ ✓ Bujica misli
A Afekt (engl. Affect)	Da li se primjećuje i kakva je promjena na emocionalnom planu?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Labilnost ✓ Depresija – uplakanost, sputanost, potištenost ✓ Tjeskoba – uplašenost, uznemirenost, uzrujanost ✓ Povišene emocije – animacija i pretjerana sreća ✓ Sadržajni neprimjerene emocije
M Raspoloženje (engl. Mood)	Kakav je opis bolesnika o njegovom emocionalnom stanju?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Iritabilno ili ljutito ✓ Uplašeno ili uzrujano ✓ Depresivno ili sniženo ✓ Povišeno raspoloženje
P Percepcija (engl. Perceptions)	Kakav je doživljaj bolesnika- postoji li obmana osjetila?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Iluzije ✓ Vizualne, oflaktorne ili somatske, audio halucinacije

Izvor: Balija, Saša. Friščić, Marina. Kovaček, Valentina. „Trijaža u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu. Priručnik.“ 2018. Zagreb: Zavod za hitnu medicinu.

Postoje i ostale okolnosti pri procjeni mentalnog zdravlja kojih sestra na trijaži mora biti svjesna, a to su:

- a) demencija
- b) mladi
- c) psihostimulansi.

Kao sporadični problem koji se javlja kod starijih nešto bolesnika jest demencija. Ona nije dijagnoza već skupina simptoma progresije, a najčešći su smetenost i gubitak pamćenja, promjena osobnosti i intelektualno propadanje. Podtipovi demencije su Alzheimerova bolest, alkoholna i vaskularna demencija. Komplikacije demencije uključuju elemente psihoze, depresiju, organske bolesti i delirij. Delirij spada u klinički sindrom, a ne u poremećaj. Najčešće doprinosi visokom mortalitetu i morbiditetu zbog ogromne nemoći i patnje bolesnika. Organsko reverzibilno stanje je obično karakterizirano sa psihomotornim nemirom, smetnjama percepcije npr. halucinacijama te fluktuacijama stanja svijesti. Osobe s demencijom nažalost ne mogu odlučivati o liječenju te je često hospitalizacija prisilna jer ne mogu potpisati obrazac pristanka.

Kod mladih je depresija najučestaliji problem mentalnog zdravlja posebice suicid. Kod takvih osoba javljaju se osjećaji bezvrijednosti, jada i bijede, razdražljivi su i plačljivi, često tajnoviti, devijantni u ponašanju, prestaju s životnim uživanjima te daju otkaz ili napuštaju školovanje (Balija i dr., 2018). Mladi ne mogu potpisati obrazac pristanka već to mogu jedino roditelji ili staratelj, a ukoliko ga ne potpišu tada se primjenjuje prisilna hospitalizacija. Najčešće dijagnoze koje se primjenjuju kod prisilne hospitalizacije su depresija, suicid ili psihoze.

Psihostimulansi spadaju u grupu lijekova koji uzrokuju osjećaj eufrije, lažne sigurnosti, povećane pozornosti te energije iz razloga što djeluju na živčani, centralni sustav. Takva grupa lijekova uzrokuje simptome paranoidne psihoze i nema uvjeta vremena ni količine ingestije. Stoga je procjena te brzo i sigurno reagiranje prioritet kod zbrinjavanja takvih akutnih poremećaja ponašanja i povezanih zdravstvenih smetnji (Balija i dr. 2018). Osobe pod utjecajem psihostimulansa često ne mogu odlučivati u svezi prisilne hospitalizacije. Međutim zbog smetnji, a koje uključuju nemir, agresiju i sl., mogu se zadržati do stabilizacije psihofizičkog stanja. Nakon toga odlučuje se o potrebi za hospitalizacijom.

Valja istaknuti da bi primarni pristup medicinske sestre pri procjeni svih bolesnika zapravo trebao biti gotov prije samog početka procjene psihičkog zdravlja. Prva faza pristupa u trijaži psihičkog zdravlja temeljena je na procjeni razgovora, izgleda i ponašanja. Primjena obrasca procjene prema ATS-u predstavlja prvi korak u prikupljanu točnih informacija kojim se postavlja sestrinska dijagnoza kako bi se pristupilo drugoj fazi pristupa medicinske sestre: obradi. Prema Baliji i dr. (2018) obrada podrazumijeva određivanje kategorije u trijaži koja je temeljena na gore opisanim kliničkim kriterijima, a sve sukladno ATS-u (akutni problemi u ponašanju te rizično ponašanje).

5. ZAKLJUČAK

Hospitalizacija kao faza u liječenju i socijalizaciji duševnih bolesnika je interakcijski proces. U njemu sudjeluje pregršt faktora koji utječu na sam tijek bolesti, u pozitivnom ili negativnom pravcu. Iz tog razloga je hospitalizacija dinamičan i multidimenzionalan proces. Psihijatrija je jedina grana medicine koja u svom liječenju implementira prisilne terapijske postupke koji uključuju ograničavanja ili oduzimanja slobode izbora. Prisilna hospitalizacija duševnih bolesnika je složen medicinski problem, njena realizacija i danas predstavlja etničko-pravnu dilemu i predmet brojnih rasprava. Temelji razvoja današnjih prisilnih hospitalizacija počivaju na predznanstvenoj i znanstvenoj fazi. U predznanstvenu fazu uzima se razdoblje antike i srednjeg vijeka dok znanstvenu 19. i 20. stoljeće. Značaj prisilne hospitalizacije u društvenoj zajednici pridodan je zakonskom regulativom. Prva, ozbiljnija zakonska regulativa u Hrvatskoj donesena je 1997. godine donošenjem Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Navedeni zakon je u potpunosti zamijenjen novim Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama donesenog 13. lipnja 2014. godine, a stupanjem na snagu 01. siječnja 2015. godine. Prisilni smještaj u Hrvatskoj obuhvaća osobe s težim duševnim smetnjama, ali i neubrojive osobe. Prepoznate su dvije kategorije: 1) postupak prisilnog smještaja i 2) mjera prisile. Kategorija prisilnog smještaja tako uključuje dva tipa postupka: 1. postupak prisilnog smještaja i 2. postupak prisilnog zadržavanja. Postupak prisilnog zadržavanja kreiran je temeljem vrste primitka u psihijatrijsku ustanovu dok postupak prisilnog smještaja temeljem odluke suca pojedinca nadležnog suda u izvanparničkom postupku. Kategorija mjera prisile uključuje dva tipa postupka: 1. postupak fizičkog sputavanja i 2. postupak odvajanja. Oba dvije kategorije primjenjuju se pri prisilnoj hospitalizaciji.

Prema važećem zakonu ZZODS (2014) za prisilnu hospitalizaciju potreban je pristanak. Ukoliko pacijent nije u stanju potpisati pristanak na liječenje, a opasan je za okolinu i/ili sebe onda se primjenjuje prisilna hospitalizacija. Taj proces uključuje rok od 48 sati. Uloga medicinske sestre je osigurati dostojanstveni odnos prema pacijentu i pri tome se mora poštovati zakonska regulativa

Kod prisilne hospitalizacije značajnu ulogu imaju medicinske sestre koje moraju posjedovati određene kompetencije regulirane sestrinskom djelatnošću. Svrha sestrinske

djelatnosti jest zaštita zdravlja pojedinca, obitelji i cjelokupnog pučanstva. Kompetencije podrazumijevaju posjedovanje znanja, stavova, vještina, prosudbe i sposobnosti. Takva simbioza omogućava medicinskoj sestri meritornu izvedbu zdravstvene njege. Rezultat sestrinskog obrazovanja zapravo je usmjeren na dva cilja u zdravstvenoj njezi: 1. pružanju učinkovite, sigurne i na etičkim standardima zdravstvene njege i 2. određivanju razine odgovornosti, prava i dužnosti zdravstvene njege. Kompetencije su potrebne za postavljanje sestrinske dijagnoze koje su ključ za budućnost; za uspješnu, na dokazima utemeljenu i profesionalno vođenu zdravstvenu njegu kojoj je cilj što učinkovitije zadovoljiti sve bolesnikove potrebe. Ističe se da se i u sestrinstvu i u psihijatriji treba pridržavati određenih načela. Osnovna načela tako uključuju: privatnost, dostojanstvo i holistički pristup, terapijsku komunikaciju, poštivanje ljudskog bića i prihvaćanje te uključivanje psihijatrijskog bolesnika koje mora biti bezuvjetno. Etika u sestrinstvu propisuje povjerljivost informacija o pacijentima zbog osjetljivosti psihijatrijskih dijagnoza.

Uloga medicinske sestre pri prisilnim hospitalizacijama u psihijatriji smatra se njen pristup pri trijaži pacijenta u OHBP-u. Psihičke bolesti, pokušaji samoubojstva, misli o samoubojstvu, tjeskoba, akutne situacijske krize, poremećaji radi uzimanja alkohola odnosno droge i ostali fizički simptomi bez naznake bolesti najčešći su slučajevi vezani za probleme u trijaži povezane s psihičkim bolestima. Dva vrlo važna koraka pri određivanju vremena u trijaži s psihičkim bolestima su: prikupljanje egzaktnih informacija i implementacija odgovarajuće kategorije prema australsko-azijskoj trijažnoj ljestvici. Sestrinske dijagnoze pri prisilnim hospitalizacijama u psihijatriji određuju se korištenjem trijažne kategorije strukturiranim pristupom. Odabirom kategorije trijaže nakon sestrinske dijagnoze postupa se prema protokolu općih načela djelovanja. Opća načela djelovanja predstavljaju protokol postupanja odnosno nadzora pacijenta od strane medicinske sestre koji je vizualnog karaktera te se ponavlja do preuzimanja od strane psihijatra.

LITERATURA

1. Balija, Saša. Friščić, Marina. Kovaček, Valentina. „Trijaža u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu. Priručnik.“ 2018. Zagreb: Zavod za hitnu medicinu.
2. Čizmić, Jozo. "Zadržavanje duševno bolesnih osoba u zdravstvenoj ustanovi prema pravnom uređenju u Federaciji Bosne i Hercegovine." *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu* 63.3-4 (2013): 569-591.. (Pristup 31. srpnja.2022.)
3. Grbić, Ozren. "Sestrinski aspekti prisilnog liječenja duševnih bolesnika." PhD diss., Bjelovar University of Applied Sciences. Department of Nursing, 2018. (Pristup 29. srpnja 2022.)
4. Grozdanić, Velinka i Dražen Tripalo. "Novosti u zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama." *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu* 20, br. 2 (2013): 795-820. <https://hrcak.srce.hr/143551>. Pristup 12. kolovoza 2022.)
5. Grubišić, Morena. "Međunarodnopravni mehanizmi zaštite osoba s duševnim smetnjama." PhD diss., University of Rijeka. FACULTY OF LAW. Chair of Criminal Law, 2016. (Pristup 11. kolovoza 2022.)
6. Habibović, Fadil. "Utjecaj novog zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama na učestalost prisilne hospitalizacije na Klinici za psihijatriju KBC Rijeka." hD diss., University of Rijeka. Faculty of Health Studies. Department of Midwifery, 2018. (pristup 09. kolovoza 2022.)
7. Hrvatska enciklopedija. "Psihijatrija." Mrežno izdanje. *Leksikografski zavod Miroslav Krleža*, 2021. (Pristup 1. kolovoza 2022. na <http://www.enciklopedija.hr>)
8. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Pristupljeno 2. svibnja 2023. <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=50458>.

9. Hrvatska komora medicinskih sestara. "Etički kodeks medicinskih sestara." 2005. (Pristup 01. lipnja 2022. na http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf)
10. Kozumplik, Oliver. "Čimbenici u primjeni mjera prisilnog liječenja osoba s duševnim smetnjama." PhD diss., Sveučilište u Zagrebu, 2005. (Pristup 11. kolovoza 2022. na <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:457197>)
11. Lukman, Simona. Članak 01.06.2021.: „Razvoj psihijatrije: od okova do suvremenih metoda liječenja.“ (Pristup 09. kolovoza 2022. na <https://www.ziher.hr/razvoj-psihijatrije-kroz-povijest/>)
12. Mihanović, Mate, Branka Restek-Petrović, Goran Babić, Ivica Šain, Siniša Telarović, and Jadranka Žilić-Džeba. "Involuntary Hospitalizations in the Psychiatric Hospital» Jankomir «Before and Following the Alterations and Amendments Made to ZZODS." *Collegium antropologicum* 28, no. 1 (2004): 385-391.
13. Mihanović, Mate, Goran Babić, Slobodanka Kezić, Ivica Šain i Časlav Lončar. "Anthropology and Psychiatry." *Collegium antropologicum* 29, br. 2 (2005): 747-751. <https://hrcak.srce.hr/5367>
14. MSD priručnik dijagnostike iterpaije. „Samoubilačko ponašanje.“ Split, 2014. (Pristup 18. kolovoza 2022.)
15. Muk, Branko. "Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika". Zagreb, 2014.
16. Narodne novine. „Ispravak Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.“ Zagreb, 1998. br. 27/1998. (Pristup 05. kolovoza 2022.)
17. Narodne novine. "Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama." 2015. Zagreb: Narodne novine.
18. Narodne novine. „Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.“ Zagreb, 1999. br. 128/1998. (Pristup 05. kolovoza 2022.)
19. Narodne novine. „Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.“ Zagreb, 1997. br. 111/1997. (Pristup 05. kolovoza 2022.)

20. Narodne novine. „Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.“ Zagreb, 2014. br. 76/2014. (Pristup 05. kolovoza 2022.)
21. Narodne novine. „Zakon o izmjenama i dopunama zakona o sestrinstvu.“ Zagreb: NN br. 57/11.
22. Narodne novine. „Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.“ Zagreb, 1999. br. 79/2002. (Pristup 05. kolovoza 2022.)
23. Narodne novine. „Zakon o sestrinstvu.“ Zagreb. (NN 121/03, 117/08,57/11).
24. Petrović, Veroljub, Silvana Jovanović, Olivera Savić, Aleksandar Jovanović, and Srđan Milovanović. "Differences in clinical factors between voluntarily and involuntarily hospitalized patients." *Engrami* 35, no. 3-4 (2013): 5-18. Prološčić, Joško, Sandra Blažević Zelić, Marija Vučić Peitl i Ivana Ljubičić Bistrović. "Intenzivna psihijatrijska skrb – hitna stanja u psihijatriji." *Medicina Fluminensis : Medicina Fluminensis* 49, br. 4 (2013): 463-467.
<https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:685246>
25. Sedić, Biserka. „Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika.“ Zagreb, 2007.
26. Šegota, Ivan. „Etika sestrinstva.“ 1997. Rijeka: Medicinski fakultet u Rijeci.
27. Šepec, Slava. Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege. 2011. Zagreb: Alfacomerce d.o.o.
28. Šimunec, Dragica. „Sestrinske dijagnoze II“. 2013. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara.
29. Škegro, Jure, and Dragan Babić. "Prisilna hospitalizacija u svrhu zaštite osoba s duševnim smetnjama." *Zdravstveni glasnik* 8, no. 1 (2022): 117-128. (Pristup 09. kolovoza 2022.)
30. Spajić, Marija. "Zdravstvena njega prisilno hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika." PhD diss., University of Split. University Department of Health Studies, 2015. (Pristup 11. kolovoza 2022.)

31. Tušek, Tea. "Informirani pristanak osoba s duševnim smetnjama." PhD diss., University of Zagreb. Faculty of Law. Criminal Law, 2022. (Pristup 10. kolovoza 2022.)
32. Vučić Peitl, Marija, Fadil Habibović, and Joško Prološćić. "Utjecaj novog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama na učestalost prisilne hospitalizacije na Klinici za psihijatriju KBC Rijeka." *Archives of Psychiatry Research: An International Journal of Psychiatry and Related Sciences* 55, no. 1 (2019): 7-24. (Pristup 10. kolovoza 2022.)
33. Wolfman, Samuel, and Tali Shaked. "Ethical dilemmas of Statutory Committees for involuntary hospitalization of mentally ill patients." *Med. & L.* 29 (2010): 193. (Pristup 12. kolovoza 2022.)
34. Žaja, Nikola. "Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj psihijatrijskih bolesnika : (šestomjesečno praćenje u Klinici za psihijatriju Vrapče)." Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2014. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:557272>. (Pristup 12. kolovoza 2022.)

POPIS SLIKA

Slika 1: Prikaz kategorija OSTDS-a i njihovog smještaja u psihijatrijsku ustanovu/odjel 12

Slika 2: PHOSP osoba s težim duševnim smetnjama 13

Slika 3: Kompetencije medicinske sestre i sestrinske dijagnoze 21

POPIS TABLICA

Tablica 1: Sestrinski obrazac procjene pri prisilnim hospitalizacijama u psihijatriji i klinički kriteriji za postavljanje sestrinske dijagnoze.....	25
--	----

SAŽETAK

U ovom radu se prikazuje povijesni razvoj prisilne hospitalizacije kao i njen napredak u razvoju. Rad je usmjeren na zakonske značaje prisilne hospitalizacije te na regulativu u Hrvatskoj. Temelji razvoja današnjih prisilnih hospitalizacija počivaju na predznanstvenoj i znanstvenoj fazi. U predznantsvenu fazu uzima se razdoblje antike i srednjeg vijeka dok znanstvenu 19. i 20. stoljeće. Dva događaja koja su obilježila povijest razvoja su osnivanje prve duševne bolnice u 15. stoljeću i Francuska revolucija 1789. godine koja je dovela do značajnih promjena posebice odvajanjem crkve i države koje je utjecalo na razvoj kliničke psihijatrije. Značaj prisilne hospitalizacije u društvenoj zajednici pridodan je zakonskom regulativom. U Hrvatskoj prvi propisi vezani za skrb osoba s duševnim smetnjama datiraju iz davne 1856. godine kada je usvojen Pravilnik o primanju duševnih bolesnika u psihijatrijske ustanove. Prva, ozbiljnija zakonska regulativa u Hrvatskoj donesena je 1997. godine donošenjem Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Ističe se da je do 1997. na snazi je bio Zakon o vanparničnom postupku iz 1934. i Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1980. i 1993. godine. Naime, obzirom na izmjene i dopune, navedeni zakon je u potpunosti zamijenjen novim ZZODS-om donesenog 13. lipnja 2014. godine, a stupanjem na snagu 01. siječnja 2015. godine. Prisilna hospitalizacija u Hrvatskoj regulirana je sadašnjim Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Narodne novine, 76/14). Terminologija „prisilne hospitalizacije“ nije korištena u sadašnjem ZZODS-u pa je od strane autorice definirana na slijedeći način: *Prisilna hospitalizacija je smještanje pod prisilom OSDTS-a u psihijatrijsku ustanovu koje baš zbog takvih smetnji ozbiljno i direktno ugrožavaju osobni ili tuđi život, zdravlje ili pak sigurnost i nad kojima postoji mogućnost upotrebe mjera prisile.* Prisilni smještaj u Hrvatskoj obuhvaća osobe s težim duševnim smetnjama, ali i neubrojive osobe. Osim toga u radu se daju pregledi značaja kompetencija medicinskih sestara, načela sestrinske psihijatrijske prakse i etike. Dodatno je rad usmjeren na pregled pristupa medicinskih sestara pri prisilnim hospitalizacijama u psihijatriji i određivanju sestrinskih dijagnoza.

Ključne riječi: *psihijatrija, prisilna hospitalizacija, prisilni smještaj, mjere prisile, sestrinska dijagnoza*

SUMMARY

In this seminar work historical development of forced hospitalisation has been presented together with its progress during history. Work is focused on law regulations of forced hospitalisation in Croatia. Foundations of development of today's forced hospitalisations are based on pre-scientific and scientific phase. In pre-scientific phase we can include period of Antic and Medieval Ages while scientific phase we can locate in 19th and 20th Century.

Two events that marked history of development are formation of first psychiatric hospital in 15th Century, and French revolution 1789. that brought us significant changes, especially separation of church from state which has had positive impact on improving clinical psychiatry. Importance of forced hospitalisation in community has been added by law regulations. In Croatia, first regulation based on care of people with mental health issues is dated in 1856. When there was published and accepted Rulebook of admitting patients in psychiatric institutions. First serious law act focused on admitting mental health patients in psychiatric institutions has been published in 1997. by introducing Protection of Mental Health Patients Act. It is pointed that until then there was another law in use since 1934. – Law on non-litigation procedure, and Healthcare and insurance law from 1980. and 1993. Because of changes and add-ons in law, earlier mentioned act has been fully changed with new Protection of Mental Health Patients Act introduced on 13th of June 2014. Forced hospitalisation in Croatia is regulated with current Protection of Mental Health Patients Act (NN, 76/14). Terminology "Forced hospitalisation" has not been used in current Law for People with Mental Health Issues so it has been defined by author like: *"Forced hospitalisation is forced admission of person with severe mental health issues in psychiatric institution who, because of issues itself, directly risks own or someone else's life, health and security, and on whom is possible to use forced measure."* In Croatia, it includes patients with moderate or severe mental health issues. Apart from that, in this work there are also shown responsibilities and competencies of Nurses in care of Mental Health patients and principles of Mental Health Nursing and Ethics. Added, this work is focused on overview of nursing approach during forced hospitalisation and overview of nursing diagnoses.

Keywords: *psychiatry, forced hospitalisation, forced admission, forced measurements, nursing diagnoses.*