

Prisilna hospitalizacija psihijatrijskih bolesnika

Bonomi, Alan

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:137:826169>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-28**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet u Puli
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

ALAN BONOMI

PRISILNA HOSPITALIZACIJA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Završni rad

Pula, 2023. godine

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet u Puli
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

ALAN BONOMI

PRISILNA HOSPITALIZACIJA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Završni rad

JMBAG: 03030189392, izvanredni student

Studijski smjer: Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Predmet: Psihijatrija i mentalno zdravlje

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: Ivica Šain, dr med., psihijatar, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije

Pula, 2023.



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisan Alan Bonomi, kandidat za prvostupnika Sestrinstva, ovim izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitoga 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 nedozvoljen 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 drugo visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

U Puli, 2023. godine.



IZJAVA
o korištenju autorskog djela

Ja, Alan Bonomi, dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom „Prisilna hospitalizacija psihijatrijskih bolesnika“ koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi 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, _____(datum)

Student

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentoru i voditelju Odjela za psihijatriju Ivici Šainu, dr. med., psihijatar, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije na mentorstvu, podršci i usmjeravanju tijekom pisanja završnog rada kao i tijekom samoga studiranja.

Također se zahvaljujem glavnoj sestri Odjela za psihijatriju, Sonji Žufić, bacc.med.techn., na podršci i pomoći oko prikupljanja podataka potrebnih za završni rad te svim profesorima i predavačima na Medicinskom fakultetu u Puli.

Zahvaljujem se i voditeljici Djelatnosti za psihodijagnostiku i liječenje, Vesni Zenzerović, bacc.med.techn., na podršci i motivaciji za upis fakulteta kao i svim kolegama koji su me poticali i ohrabivali.

Veliko hvala mojem treneru Aleksandru Matteoniju koji me podučio disciplini i strpljenju.

Najveće hvala mojoj obitelji i djevojci na potpori i usmjerenju tijekom studiranja.

Ovaj rad posvećujem svome ocu, koji je svoje metode učenja prenesao na mene što mi je bilo od izuzetne koristi i pomoći u svim izazovima studiranja.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. OBRADA TEME	2
2.1. Prisilna hospitalizacija u zdravstvenoj ustanovi	2
2.2. Rizični čimbenici koji utječu na prisilnu hospitalizaciju.....	3
2.3. Etička načela prisilne hospitalizacije.....	4
2.4. Prisilno hospitalizirani pacijenti	5
2.4.1. Intervencije „open“	6
2.5. Obitelj prisilno hospitaliziranog pacijenta	7
2.6. Zakonska regulativa Republike Hrvatske o prisilnoj hospitalizaciji	8
2.7. Zakonska prava pacijenata.....	14
2.8. Zakonska regulativa Republike Hrvatske o prisilnoj hospitalizaciji nebrojive osobe.....	15
2.9. Zdravstvena njega prisilno hospitaliziranog pacijenta.....	16
3. CILJ ZAVRŠNOG RADA.....	19
4. METODE ZAVRŠNOG RADA	20
5. REZULTATI	21
6. RASPRAVA.....	27
7. ZAKLJUČAK	29
8. SAŽETAK	30
9. SUMMARY	31
POPIS KRATICA	32
LITERATURA.....	33
POPIS SLIKA.....	35

1. UVOD

Pojam duševne bolesti izražava veliku skupinu poremećaja koji stvaraju poteškoće u razmišljanju, osjećanju i ponašanju, što dovodi do funkcionalnih implikacija pacijenata kao i komunikacijskih poremećaja. Mentalne bolesti pogađaju sve skupine stanovništva, neovisno o socijalnom ekonomskom i obrazovnom stupnju (Goula i suradnici (u nastavku: sur), 2021).

Primjena prisilne hospitalizacije osoba s mentalnim poremećajima kontroverzno je pitanje u zaštiti mentalnog zdravlja. Više od stotinu godina vodi se rasprava o tome kako izbalansirati kontradiktorne interese, poput načela osobne slobode i temeljnih ljudskih prava te potrebe za odgovarajućim liječenjem i javne sigurnosti. Prisilna hospitalizacija sada se smatra načinom postizanja najvećeg mogućeg zdravstvenog standarda kada ozbiljna egzacerbacija bolesti umanjuje sposobnost donošenja odluka a može spasiti nečiji život. Međutim, predstavlja i oduzimanje osobne slobode i suspenziju poslovne sposobnosti te je u sukobu s pravom na osobnu autonomiju i donošenje odluka o vlastitom liječenju. Pacijenti koji su prisilno hospitalizirani pokazali su ograničeno kliničko i socijalno poboljšanje te utjecaj samog liječenja na njihovu suicidalnost i ostalih rizičnih ponašanja značajno je smanjen u tom periodu. Na kontrolnim psihijatrijskim pregledima, nakon prisilne hospitalizacije, mnogi pacijenti pozitivno gledaju na svoje liječenje ali znatan postotak pacijenta ne smatra kako je prisilni prijem bio opravdan i koristan. Prisilna hospitalizacija može utjecati traumatično i stigmatizirajuće na pacijenta, dovesti do niskih zadovoljstava liječenjem, imati negativne učinke na odnos pacijent-liječnik, dovesti do dugoročnog izbjegavanja zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja te povećati rizik od ponovne prisilne hospitalizacije (Silva i sur., 2021).

Po članku 27., iz Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14), prisilno se hospitalizira: „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.“

Cilj rada je pojasniti i opisati problematiku i samu prisilnu hospitalizaciju, zakonsku regulativu te broj prisilnih hospitalizacija na odjelu Psihijatrije u Općoj bolnici Pula tijekom 2019. i 2021. godine.

2. OBRADA TEME

2.1. Prisilna hospitalizacija u zdravstvenoj ustanovi

Prema suvremenom zakonodavstvu potrebno je da su zadovoljena dva uvjeta za prisilni psihijatrijski prijem i liječenje nakon istog. Prvi uvjet je da kod pacijenta mora biti dijagnosticiran mentalni poremećaj, a drugi od uvjeta je prisutnost rizika za samog pacijenta i/ili druge osobe a koji proizlazi iz navedenog poremećaja. Kod prisilnog liječenja ključno etičko pitanje uključuje održavanje ravnoteže u dva načela: poštivanje želje pacijenta tj. načela autonomije i odgovornosti stručnjaka da djeluje u interesu pacijenta poznato kao načelo dobročinstva. Da bi izbor bio autonoman, mora biti napravljen s razumijevanjem, slobodan od vanjskog kontrolnog utjecaja i proizvod netaknutih kognitivnih sposobnosti a posebno sposobnosti za zajedničko mišljenje i promišljanje (Chandrasekhar, 2018).

Usprkos sve većoj političkoj i etičkoj pozornosti prema ljudskim pravima pacijenata i oskudnim dokazima o koristima prisile, njezina upotreba gotovo raste posvuda. Nedavna studija usporedila je godišnju učestalost prisilne hospitalizacije za 22 države diljem Europe, Australije i Novog Zelanda između 2008. i 2017. godine pokazujući da su godišnje stope porasle u 11 od 22 zemlje. Štoviše, Rains i sur. otkrili su da je broj prisilno hospitaliziranih pacijenata izuzetno varirao. Kao primjer navedene su Austrija, sa 282 prisilna smještaja na 100 000 stanovnika i Italija sa 14,5 smještaja na isti broj stanovnika. Višegodišnje stope incidencije bile su povezane s nižom stopom siromaštva, većim bruto domaćim proizvodom i izdacima za zdravstvenu skrb po glavi stanovnika, većim udjelom pojedinaca rođenih u inozemstvu i većim brojem psihijatrijskih kreveta u zdravstvenim ustanovama (Silva i sur., 2021).

Nedobrovoljni prijem i liječenje metode su koje se koriste za pružanje sigurne i učinkovite skrbi protiv pacijentove volje i sprječavanje štetnih ishoda kod osoba s mentalnim bolestima koje mogu predstavljati opasnost za sebe ili za druge. Ovi modeli opravdani su na temelju obrazloženja kao što je mišljenje da neuračunljiva osoba nije sposobna donositi racionalne odluke o liječenju, da su prisilne mjere učinkovite te da je procjena rizika pouzdana i valjana. Valenti i suradnici ispitivali su načela koja su važna pacijentima tijekom prisilne hospitalizacije i otkrili da pacijenti cijene slobodu izbora i osjećaj sigurnosti u bolnici, kao i poštovanje od strane medicinskih djelatnika. Stoga je imperativ da osoblje bude upoznato s uzročnicima bolesti koje rezultiraju

čestim ponovnim hospitalizacijama kako bi promicali bolju uključenost pacijenata u plan liječenja i sprječavali ponovne hospitalizacije (Sareen i sur., 2022).

Posebno reguliranje prisilnog liječenja imalo bi slijedeće prednosti: jamči pacijentu da je prisilno liječenje dovoljno znanstveno procijenjeno te se stoga može uspostaviti individualno liječenje. Liječnicima pruža precizan protokol za djelovanje te daje sigurnost i pojednostavljuje procese. Za pravni sustav, postupci su pojednostavljeni i racionalizirani, posebno ako se određenom sudu s medicinskim/pravnim pristupom daju ovlasti za postupanje uzimajući u obzir medicinske čimbenike i potrebu da se zajamče prava pacijenta. Nedostatak je sve veća prisutnost sudova u medicini i zdravstvu što se može kositi s željenom humanizacijom medicine (Arroyo, 2020).

2.2. Rizični čimbenici koji utječu na prisilnu hospitalizaciju

Sustavni pregled literature otkrio je kako su čimbenici koji su povezani s prisilnom hospitalizacijom najčešće medicinska dijagnoza psihotičnog poremećaja i prethodna prisilna hospitalizacija. Rezultati analize također su najčešće identificirale primanje socijalne pomoći, neposjedovanje vlastitog doma, muški spol, bračni status – neudata/neoženjen i nezaposlenost. Prema procjeni kliničara nedostatak uvida, slaba socijalna podrška, nepridržavanje liječničkih preporuka prije hospitalizacije, simptomi psihoze, rizik za sebe i okolinu i uključenost policije prilikom prijema također važni čimbenici koji utječu na navedenu vrstu hospitalizacije. Uvidom u literaturu manji broj studija navodi ženski spol kao veći rizik za prisilni prijem u bolnicu, no većina se ipak slaže da su muškarci sa mentalnim poremećajima opasniji i agresivniji. Pronađeni su i različiti rezultati u pogledu povezanosti između razine obrazovanja i prisilne hospitalizacije. U nekim je studijama viša razina obrazovanja čimbenik rizika za prisilnu hospitalizaciju, dok su u pojedinim studijama češće hospitalizirani pacijenti sa završenom osnovnom školom. Kroz istraživanje same teme provlači se i hipoteza da viša razina školovanja može imati utjecaj na višu svjesnosti o individualnim pravima radi kojih se sami pacijenti ne žele složiti sa bolničkim liječenjem (Silva i sur., 2019).

Osobe s psihotičnim poremećajima izložene su većem riziku od prisilne hospitalizacija. Ohrabruje činjenica da su ljudi s najtežim mentalnim zdravstvenim stanjima koja onemogućuju zakonska prava ujedno i oni koji se najčešće koriste zakonima o mentalnom zdravlju. Budući da zakonski okviri ne daju definiciju dijagnoze, važno je

razumjeti koji specifični putovi i mehanizmi mogu povećati rizik od prisilnog prijema kod nekoga s psihozom. Također, neprijateljstvo i sumnjičavost značajne su determinante prisilnog prijema. Visoka razina sumnjičavosti i nekooperativnosti može ići pod ruku sa smanjenim strategijama suočavanja i s uvidom te dovesti do lošeg pridržavanja lijekova i oslabljene sposobnosti uspostavljanja terapijskog saveza. Agresija i psihotični simptomi također povećavaju izgleda za prisilnom hospitalizacijom. Povećana razine stresa i agresivno ponašanje mogu se doživjeti kao neposredna opasnost za sebe ili druge, odražavajući još uvijek raširenu pretpostavku da su osobe s teškim mentalnim poremećajima nepredvidive i opasne. Nedostatak ranog prepoznavanja može biti jedan od rizičnih čimbenika prisilne hospitalizacije te dovodi do veće stope akutnih psihijatrijskih kriza (Silva i sur., 2019).

Među osobama koje nisu pokazivale nikakvu do blagu agresivnost postojao je veći rizik od prisilnog prijema ako ih je u bolnicu uputio liječnik obiteljske medicine ili specijalist. Najčešće uputne medicinske dijagnoze s kojima su pacijenti bili prisilno hospitalizirani su: organski poremećaji (F00-F09), poremećaji uzrokovanim zluporabom alkohola (F10) te shizofrenija i psihotični poremećaji (F20-F29) (Silva i sur., 2021).

2.3. Etička načela prisilne hospitalizacije

Prisilno liječenje je zabrinjavajuće zbog kršenja načela samoodređenja i rizika od prekida terapijskog odnosa, budući da na početku liječenja često postoji okruženje neprijateljstva i sukoba. Budući da je mentalna bolest jedino područje u kojem se odbijanje liječenja često identificira kao simptom same bolesti, treba imati sveobuhvatniji pogled na sposobnost odlučivanja pacijenta i potrebu za takvim liječenjem. Pacijenti koji su prisilno smješteni često mogu imati osjećaj gubitka dostojanstva, samopoštovanja, moći i već spomenute autonomije. Međutim, ohrabrivanje pacijenata u donošenju vlastitih odluka o zdravstvenoj skrbi, uz potporu pravnog okvira, može dovesti do znatnih prednosti za pacijente kao što je pojačano pridržavanje liječenja, klinička stabilnost i prevencija recidiva bolesti. Izgradnja terapijskog saveza, ohrabrivanje pacijenata i zajednički plan liječenja mogu činiti kamen temeljac uspješnog boravka u bolnici (Sareen i sur., 2022).

S etičkog stajališta, korištenje prisilnog prijema i liječenja vrti se oko temeljnog načela poštivanja autonomije. To znači da se pacijentima ne smije manipulirati ili ih prisiljavati

na liječenje ako su sposobni samostalno donositi odluke o svojoj skrbi. Međutim, prisilne mjere kao što je suradljivost s lijekovima kao kriterij za otpust, često se koriste u zaštiti mentalnog zdravlja. Ove mjere krše slobodu izbora pacijenta i protivne su slobodi i autonomiji pojedinca te se mogu smatrati ponižavajućim, pa čak i traumatičnim iskustvom. Ne može se pretpostaviti da se status osobe koja je protiv svoje volje hospitalizirana poistovjećuje s potpunim gubitkom samoodređenja. U Konvenciji Ujedinjenih naroda o pravima osoba sa invaliditetom stoji da navedene osobe imaju neporecivo i neosporivo pravo na autonomiju i samovoljno odlučivanje. Međutim, jedna norveška studija ispitala je kliničko tumačenje kriterija za prisilnu hospitalizaciju i otkrila kako pacijentima u takvim trenucima nedostaje sposobnost donošenja odluka. Na odluku o prisilnom liječenju također utječu i nekoliko nezakonskih čimbenika kao što su funkcioniranje pacijenta, iskustvo i otpor. Švedska studija ispitala je etička pitanja povezana s prisilnom hospitalizacijom intervjuirajući psihijatre te otkrila kako prisilno liječenje ostavlja prostora za individualne prosudbe prilikom donošenja odluka o prisilnom liječenju (Sareen i sur., 2022).

Prisilnim mjerama zadire se u nekolikom temeljnih prava utemeljenih na etičkim načelima (autonomija, sloboda kretanja i volje, tjelesni integritet). Deklaracija o ljudskim pravima, Europska konvencija o ljudskim pravima i bioetici, državni zakoni i Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom sadržavaju temeljna prava koja su zajamčena za svih a posebno za ugrožene i osjetljive skupine. Dopuštanje prisile uključuje davanje prednosti nekim razlozima i načelima u odnosu na temeljna prava i načela koja su povrijeđena prisilom. To postavlja etička pitanja o načelima koja se koriste za legitimiranje prisilnih mjera i o načina na koja bi načela trebala biti pravilno „uravnotežena“. Na primjer, što više cijenimo osobnost uznemirujućeg pacijenta, to je veće opravdanje potrebno za ograničavanje njegovih temeljnih prava radi zaštite drugih (pružatelja skrbi, drugih pacijenata i građana). Moralne teorije razlikuju se u komparativnoj važnosti koja se pridaju različitim vrijednostima (autonomija nasuprot slobodi, zajednica nasuprot individualnim pravima) (Chieze i sur., 2021).

2.4. Prisilno hospitalizirani pacijenti

U psihijatrijskim službama najranjivija i najosjetljivija skupina pacijenata su prisilno hospitalizirani pacijenti. Vjerojatnije je da imaju lošije socijalne i kliničke ishode te da

će biti razočarani i isključeni iz zdravstvene skrbi. Kritično razdoblje prisilne hospitalizacije je prvi tjedan te iskustvo pacijenta u prvom tjednu prisilne hospitalizacije predviđa bolju kvalitetu život i smanjenu mogućnost ponovnog prijema unutar godinu dana. Za poboljšanje iskustva bolničke skrbi pacijenti su iskazali uključenost u kliničke odluke kao krucijalni i najvažniji čimbenik. Uključivanje pacijenata u donošenje odluka o njihovom liječenju naširoko se zagovara kao ključna komponenta dobre kvalitete skrbi i to je treća izjava o kvaliteti u smjernicama Nacionalnog instituta za zdravlje i izvrsnost skrbi. Načela zajedničkog donošenja odluka uključuju razmjenu informacija kako bi se smanjila asimetrija između pružatelja skrbi i pacijenata te kako bi se pacijenti osnažili da budu angažiraniji i aktivniji u procesu donošenja odluka. Uključenost pacijenata u donošenje odluka naveliko se zagovara, no postoji zabrinutost da značajan broj pacijenta nije uključen. U Engleskoj je 2018. godine provedeno istraživanje u kojem je 53% pacijenata izjavilo da su bili uključeni u proces donošenja odluka onoliko koliko su željeli biti (Burn i sur., 2019).

2.4.1. Intervencije „open“

Intervencije počinju u prvom tjednu prisilne hospitalizacije, dio su rutinske skrbi te je njihovo trajanje 30-60 minuta u vidu razgovora između liječnika psihijatra i pacijenta.

Intervencije su sljedeće:

- Opcije: iako pacijenti mogu biti u bolnici protiv svoje volje postoje i određeni aspekti njihove skrbi nad kojima sada zakonski nemaju kontrole ali postoje i aspekti života u kojima imaju mogućnosti. Pacijenti dobivaju pregled područja bolničkog liječenja koja bi im mogla biti važna i o kojima bi mogli razgovarati. Uključuje izlazak s odjela, kontakt s obitelji i biranje prehrane.
- Preferencije: liječnik provjerava razumije li pacijentove preferencije, razloge iza njih samih i pacijentove brige.
- Pregovaranje: u ovom koraku kliničar bi trebao objasniti svoju perspektivu. U slučaju neslaganja s pacijentovim željama, kliničar bi trebao dopustiti da se neslaganje dogodi te da se priznaju pacijentova stajališta i zabrinutosti. Važno je dati prostor i pacijentu i liječniku za objašnjavanje željenog tijeka liječenja i pregovaranje o opcijama koje su prihvatljive i za liječnika kao i za pacijenta.

- Sažimanje: pacijent i kliničar sažimaju donesene odluke u akcijski plan. Akcijski plan je opipljiv dokument: komad papira koji navodi radnje koje su dogovorene na sastanku kao i osobu koja će provesti akciju (Burn i sur., 2019).

Prisilna hospitalizacija nije u potpunosti poistovjećena s negativnim stajalištima jer smanjenje osjećaja prisile kod psihički bolesnih pacijenata kroz liječenje dovodi do većeg zadovoljstva. Uključenost pacijenata u planiranje liječenja od izuzetne je važnosti jer su pacijenti zadovoljniji a i poboljšava se učinkovita komunikacija sa bolničkim osobljem. Inače, pacijenti koji svoju obaveznu hospitalizaciju doživljavaju kao prisilnu, pokazuju niže razine zadovoljstva pruženom skrbi. Kombinirajući rezultate svih navedenih istraživanja, nalazi se presudan faktor, za zadovoljstvo prisilno hospitaliziranih pacijenata, uglavnom kroz njihovo sudjelovanje u planiranju liječenja i njihovu učinkovitu komunikaciju s liječnicima i medicinskim sestrama/tehničarima. Na temelju iskustava pacijenata koji su nedavno bili podvrgnuti prisilnoj hospitalizaciji i mjerama ograničavanja slobode, kao i duševnoj boli i društvenoj stigmi uzrokovanoj restriktivnim psihijatrijskim praksama te kao rezultat toga vjeruju da bi se njihovi problemi mogli liječiti manje prisilnim metodama intervencije, tvrdeći da su ozbiljno osporavani zbog svoje autonomije i neovisnosti (Burn i sur., 2019).

2.5. Obitelj prisilno hospitaliziranog pacijenta

Najbliži srodnici pacijenata s ozbiljnom mentalnom bolešću mogu imati različite uloge u pacijentovu životu. Oni često igraju važnu ulogu kao neformalni njegovatelji koji pridonose poboljšanju zdravlja pacijenata. Nadalje, oni su osobe koji su godinama bili duboko uključeni u patnju člana svoje obitelji i sami mogu imati simptome i bolesti kao rezultat onog kroz što su prolazili. Problemi sa mentalnim zdravljem ili bar dio pacijentovih disfunkcionalnih obrazaca ponašanja proizlazi iz narušenih odnosa u užoj obitelji. U skladu s tim, može se činiti racionalnim stvoriti distancu između pacijenta koji je obolio i obitelji kada život pacijenta postane toliko nepodnošljiv da mu je potrebna hospitalizacija. K tome, etika zdravstvenih radnika i zdravstveno pravo uglavnom su usmjereni na pacijenta (informiran pristanak, autonomija, profesionalna skrb i povjerljivost) dok su obitelji i društveni odnosi više periferni ili zanemareni (Forde i sur., 2016).

Značajna količina literature potvrđuje važnu ali vrlo tešku ulogu najbližih srodnika teško bolesnih pacijenata. Bolja uključenost pacijentove obitelji u liječenje može poboljšati zdravlje pacijenta i rodbine, smanjiti stope bolovanja i smanjiti troškove zdravstvene zaštite (Forde i sur., 2016).

Često obitelj psihijatrijskih pacijenata opisuju zajednički život s elementima vlastite patnje, ljutnje, tjeskobe i tuge zbog člana obitelji. Opisuju osjećaje duboke usamljenosti i nedovoljne socijalne podrške jer si zbog osjećaja krivnje i srama, ili zbog odanosti voljenoj osobi, ne mogu podijeliti negativna iskustva sa svojom zajednicom. Stoga obitelj ima veliku potrebu da ih zdravstveno osoblje vidi, prizna i izađe im u susret. Iako bi moglo doći do sukoba između pacijenta i članova obitelji oko hospitalizacije i lijekova, spremnost obitelji da s vremenom brinu o svom članu obitelji te njihova snaga i kreativnost po tom pitanju su zapanjujući. Osoba s ozbiljnom mentalnom bolešću može biti teret ali je i voljena osoba. Obitelj često želi konkretnije informacije o liječenju pacijenta no ne žele se miješati u osobne stvari pacijenta. Svakako, potrebne su im informacije i smjernice kako bi im olakšale skrb za pacijenta nakon hospitalizacije (Forde i sur., 2019).

2.6. Zakonska regulativa Republike Hrvatske o prisilnoj hospitalizaciji

Pravila o prisilnoj hospitalizaciji psihijatrijskih bolesnika regulirani su Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14).

Članak 3.

„Duševna smetnja je poremećaj prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja.“

3. Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj

Članak 27.

„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.“

3.1. Prisilno zadržavanje

Članak 28.

(1) „Osoba iz članka 27. ovoga Zakona primit će se u odgovarajuću psihijatrijsku ustanovu na temelju uputnice doktora medicine koji je tu osobu osobno pregledao i napisao propisanu ispravu o tom pregledu. U ispravi moraju biti obrazloženi razlozi zbog kojih doktor medicine predlaže prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu.“

(2) „Ministar nadležan za poslove zdravlja pravilnikom će propisati sadržaj isprave o pregledu iz stavka 1. ovoga članka.“

(3) „Osoba će se primiti u psihijatrijsku ustanovu i bez uputnice doktora medicine u osobito hitnim slučajevima ozbiljnog i izravnog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti.“

(4) „Kad policija po pozivu ili po službenoj dužnosti u slučajevima iz stavka 3. ovoga članka dovodi osobu u psihijatrijsku ustanovu obvezna je postupati s posebnom pažnjom, štiti dostojanstvo osobe s duševnim smetnjama te se držati uputa liječnika. Naputak o postupanju policije u dovođenju osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu u suradnji će donijeti ministar nadležan za poslove zdravlja i ministar nadležan za unutarnje poslove.“

Članak 29.

(1) „Psihijatar koji primi osobu na temelju članka 28. ovoga Zakona obvezan je bez odgode, a najkasnije u roku od 48 sati od prijema, utvrditi postoje li razlozi za prisilno zadržavanje iz članka 27. ovoga Zakona.“

(2) „Psihijatar je obvezan osobu iz stavka 1. ovoga članka upoznati s njezinim pravima propisanim ovim Zakonom, uključujući i pravo na izbor odvjetnika.“

(3) „Psihijatrijska ustanova obvezna je bez odgode o prijemu osobe iz stavka 1. ovoga članka obavijestiti osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika ili osobu koja s njom živi u zajedničkom kućanstvu i službenu bilješku o tome unijeti u medicinsku dokumentaciju.“

Članak 30.

„Ako psihijatar utvrdi da ne postoje razlozi za prisilno zadržavanje iz članka 27. ovoga Zakona, primljena osoba otpustit će se iz psihijatrijske ustanove, a odluka o otpustu s obrazloženjem unijet će se u medicinsku dokumentaciju.“

Članak 31.

(1) „Ako psihijatar utvrdi da postoje razlozi za prisilno zadržavanje iz članka 27. ovoga Zakona, primljena osoba zadržat će se u psihijatrijskoj ustanovi, a odluka o prisilnom zadržavanju s obrazloženjem unijet će se u medicinsku dokumentaciju.“

(2) „Psihijatar će odluku o prisilnom zadržavanju priopćiti prisilno zadržanoj osobi na primjeren način te je upoznati s razlozima i ciljevima prisilnoga zadržavanja.“

Članak 32.

(1) „Psihijatrijska ustanova u kojoj je osoba prisilno zadržana obvezna je bez odgode, a najkasnije u roku od 12 sati od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju, neposredno ili telekomunikacijskim sredstvima, dostaviti nadležnom županijskom sudu obavijest o prisilnom zadržavanju zajedno s medicinskom dokumentacijom.“

(2) „Ministar nadležan za poslove zdravlja pravilnikom će propisati sadržaj obavijesti o prisilnom zadržavanju iz stavka 1. ovoga članka.“

Članak 33.

(1) „Postupak propisan člancima 31. i 32. ovoga Zakona primjenjuje se i na osobu dobrovoljno smještenu u psihijatrijsku ustanovu kada opozove svoj pristanak i na osobu smještenu bez pristanka koja se protivi pristanku zakonskoga zastupnika, a nastupili su uvjeti iz članka 27. ovoga Zakona.“

(2) „Rok od 12 sati iz članka 32. stavka 1. ovoga Zakona počinje teći od opoziva pristanka dobrovoljno smještene osobe odnosno od protivljenja osobe smještene bez pristanka.“

3.2. Prisilni smještaj

Članak 34.

(1) „U postupku prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu odlučuje sudac pojedinac nadležnog suda.“

(2) „Predsjednik Vrhovnog suda Republike Hrvatske postavlja suce ovlaštene za vođenje postupka prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu iz redova sudaca nadležnog suda iz stavka 1. ovoga članka, na vrijeme od pet godina, vodeći računa o njihovoj stručnosti iz područja forenzičke psihijatrije. Nakon isteka pet godina isti sudac može biti ponovno postavljen.“

(3) „Postupak po kojem sud odlučuje o prisilnom smještaju je izvanparnični postupak.“

(4) „U postupku prisilnoga smještaja javnost je isključena.“

(5) „Isključenje javnosti ne odnosi se na osobu o čijem se prisilnom smještaju odlučuje, osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika, odvjetnika, službenu osobu centra za socijalnu skrb te voditelja odjela psihijatrijske ustanove.“

(6) „U postupku prisilnog smještaja sud je ovlašten utvrđivati i činjenice koje stranka i drugi sudionici nisu iznijeli, može odlučiti da se dokazuju i činjenice koje nisu sporne, te je ovlašten izvoditi i dokaze koje stranka ili drugi sudionici u postupku nisu predložili, ako su te činjenice i dokazi od važnosti za donošenje sudske odluke.“

(7) „Osobi o čijem se prisilnom smještaju odlučuje, a koja nema poslovnu sposobnost ili je djelomično lišena poslovne sposobnosti, sud će dopustiti da radi ostvarivanja svojih prava i interesa poduzima pojedine radnje u postupku, sukladno njezinoj sposobnosti shvaćanja značenja poduzetih radnji i njihovih pravnih posljedica.“

(8) „U postupku prisilnog smještaja, ako pojedina pitanja nije moguće riješiti prema pravilima izvanparničnog postupka, odgovarajuće se primjenjuju odredbe zakona kojim se uređuje parnični postupak.“

Članak 35.

(1) „Ako nadležni sud primi obavijest o prisilnom zadržavanju ili na koji drugi način sazna za prisilno zadržavanje, odmah će donijeti rješenje o pokretanju postupka po službenoj dužnosti i prisilno zadržanoj osobi postaviti odvjetnika ako ga ta osoba, osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik nije već ranije izabrao.“

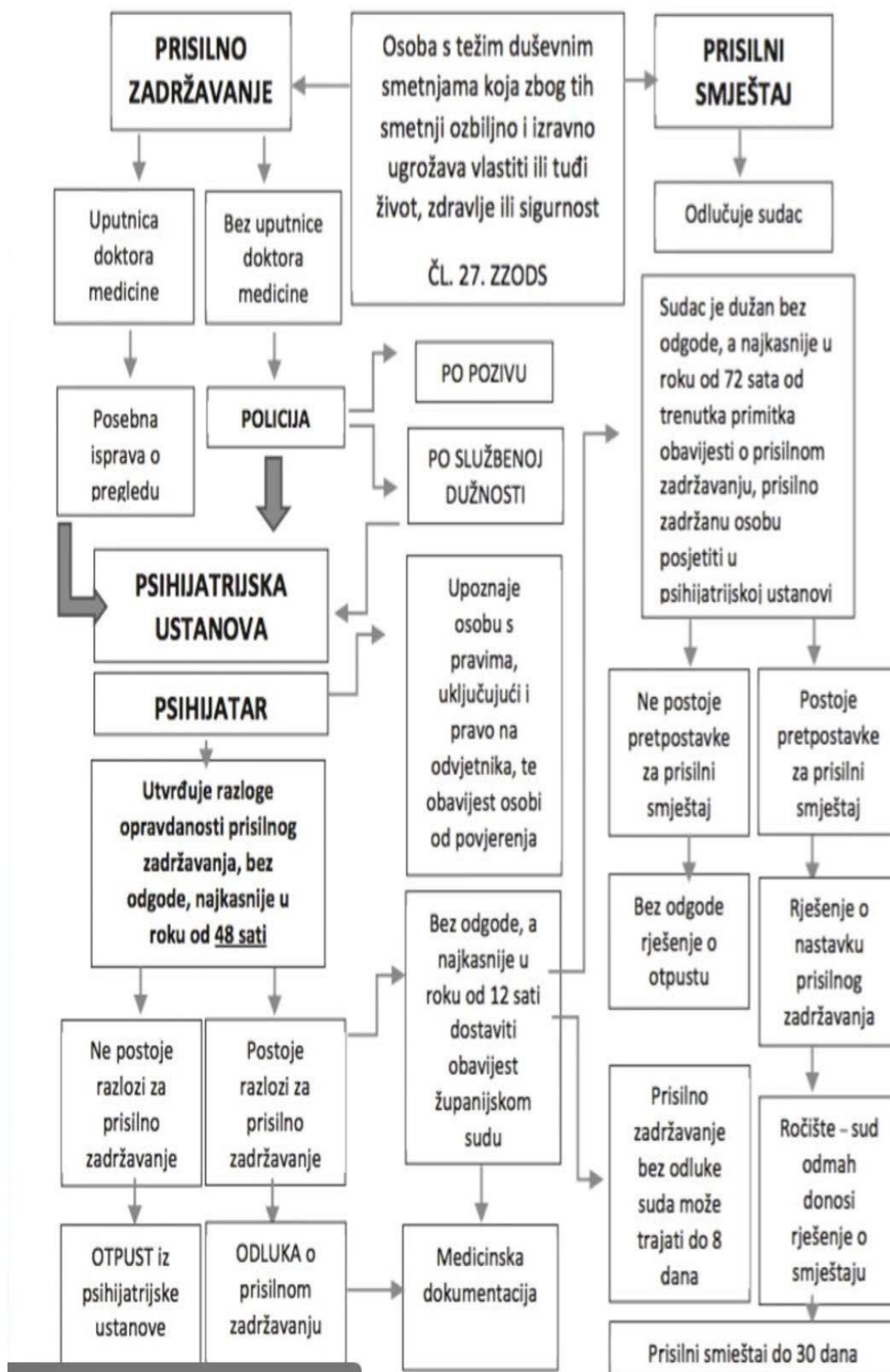
(2) „Prisilno zadržana osoba, osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik ovlašteni su umjesto odvjetnika kojeg je postavio sud izabrati drugog odvjetnika.“

Članak 36.

(1) „Sudac je dužan bez odgode, a najkasnije u roku od 72 sata od trenutka primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju na nadležnom sudu, prisilno zadržanu osobu posjetiti u psihijatrijskoj ustanovi, obavijestiti ju o razlogu i svrsi sudskog postupka te ju saslušati. Sudac će izvršiti uvid u medicinsku dokumentaciju te saslušati i voditelja odjela. Voditelj odjela obvezan je osigurati da prisilno zadržana osoba, ako je to moguće s obzirom na njezino zdravstveno stanje, ne bude pod liječničkim tretmanom koji bi onemogućio sudsko saslušanje.“

(2) „Odvjetnik prisilno zadržane osobe obvezan je prisustvovati posjetu i saslušanju prisilno zadržane osobe i voditelja odjela. Saslušanju navedenih osoba može prisustvovati psihijatar s liste stalnih sudskih vještaka (u daljnjem tekstu: vještak psihijatar) koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba, ako to sudac smatra potrebnim. U tom slučaju sudac će saslušati i vještaka psihijatra o potrebi nastavka prisilnog zadržavanja ili otpusta zadržane osobe iz psihijatrijske ustanove.“

(3) „Ako sudac nakon saslušanja zaključi da ne postoje pretpostavke za prisilni smještaj iz članka 27. ovoga Zakona, bez odgode će donijeti rješenje kojim će se odrediti otpust prisilno zadržane osobe iz psihijatrijske ustanove.“



Slika 1. Postupak prisilnog zadržavanja i hospitalizacije.

(Izvor: <https://hrcak.srce.hr/file/192567>)

2.7. Zakonska prava pacijenata

Prema važećem Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama regulirani su slijedeći članci zakona:

Članak 14.

(1) „Osoba s duševnim smetnjama ima pravo:

1. „biti upoznata u vrijeme prijema, a kasnije na svoj zahtjev, sa svojim pravima te poučena o tome kako ih može ostvariti.“
2. „biti upoznata s razlozima i ciljevima svog smještaja u psihijatrijsku ustanovu te sa svrhom, prirodom, posljedicama, koristima i rizicima provedbe predloženoga medicinskog postupka.“
3. „biti smještena i liječena u najbližoj odgovarajućoj psihijatrijskoj ustanovi.“
4. „biti upoznata s podacima o svom zdravstvenom stanju i dobiti na uvid svoju medicinsku dokumentaciju.“
5. „sudjelovati u planiranju i provođenju svojeg liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije.“
6. „obrazovati se i radno osposobiti prema općem ili posebnom programu.“
7. „na odgovarajuću novčanu naknadu za rad na radno-terapijskim poslovima od kojih ustanova u kojoj se nalazi ostvaruje prihod.“
8. „podnositi pritužbe izravno čelniku ustanove ili odjela i na njih dobiti usmene odgovore odmah, a pisane na njezin pisani zahtjev najkasnije u roku od osam dana.“
9. „podnositi prijave, prijedloge, pritužbe, prigovore, žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim i drugim državnim tijelima.“
10. „po svom izboru i o svom trošku nasamo se savjetovati s liječnikom ili odvjetnikom.“
11. „družiti se s drugim osobama u ustanovi i primati posjete.“
12. „o svom trošku slati i primati, bez nadzora i ograničenja, poštu, pakete i tiskovine, telefonirati, te koristiti elektroničku tehnologiju i komunikaciju.“
13. „pratiti radijske i televizijske programe.“
14. „posjedovati predmete za osobnu uporabu.“

15. „sudjelovati po svom izboru u vjerskim i kulturnim aktivnostima u okviru mogućnosti ustanove.“
16. „predlagati premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu.“
17. „na osiguranu podršku za život u zajednici.“
18. „glasovati u skladu s posebnim zakonom.“
19. „ostvarivati i sva druga prava prema ovom Zakonu i posebnim propisima.“

2.8. Zakonska regulativa Republike Hrvatske o prisilnoj hospitalizaciji neubrojive osobe

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama regulirani su navedeni članci zakona:

Članak 50.

„Na neubrojivu osobu kojoj je prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu ili liječenje na slobodi odredio sud u kaznenom postupku primijenit će se odredbe ovoga Zakona ako odredbama ove glave nije što posebno propisano.“

Određivanje i provođenje prisilnog smještaja ili liječenja na slobodi

Članak 51.

(1) „Sud u kaznenom postupku odredit će prisilni smještaj neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu u trajanju od šest mjeseci ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra utvrdio da postoji vjerojatnost da bi ta osoba zbog težih duševnih smetnji, zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost, mogla ponovno počinuti teže kazneno djelo i da je za otklanjanje te opasnosti potrebno njezino liječenje u psihijatrijskoj ustanovi.“

(2) „Sud u kaznenom postupku odredit će psihijatrijsko liječenje neubrojive osobe na slobodi u trajanju od šest mjeseci, ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra utvrdio da postoji vjerojatnost da bi ta osoba zbog težih duševnih smetnji zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost mogla ponovno počinuti teže kazneno djelo i da je za otklanjanje te opasnosti dovoljno njezino liječenje na slobodi. Ova odluka sadrži upozorenje neubrojivoj osobi da će biti prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu ako

do dana određenog rješenjem o upućivanju u psihijatrijsku ustanovu iz članka 53. stavka 4. ovoga Zakona ne započne liječenje na slobodi.“

Članak 52.

„Postupak prisilnog smještaja neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu odnosno psihijatrijskog liječenja neubrojive osobe na slobodi, započinje izvršnošću odluke suda o određivanju prisilnog smještaja ili psihijatrijskog liječenja na slobodi u kaznenom postupku odnosno rješenja o njezinu izvršenju prije pravomoćnosti. (NN 76/14)“

2.9. Zdravstvena njega prisilno hospitaliziranog pacijenta

Na prisilnu hospitalizaciju pacijent može reagirati agresijom, napetošću, strahom i regresijom. Stoga, prva zadaća medicinske sestre/tehničara je zaštititi sebe i spriječiti nanošenje povreda te agresivnog ponašanja prema medicinskim sestrama/tehničarima. Prilikom prijema važno je saznati podatke od pratnje pacijenta (obitelji, prijatelja, hitne medicinske pomoći ili policije) kao što su pacijentove navike, potrebe, ponašanja. Isto tako, potrebno je da medicinska sestra/tehničar pregledaju pacijentove stvari kojima bi mogao ozlijediti sebe i/ili druge – nož, žileti, igle, stakleni predmeti, lijekovi. Zadaća medicinske sestre/tehničara je i pružanje podrške obitelji ili prijateljima hospitaliziranog te davanje informacija o posjetama ili telefonskim razgovorima (Sedić, 2007).

Kako bi prijem za pacijenta prošao što lagodnije medicinska sestra/tehničar primjenjuju slijedeće metode:

- Grade terapijski odnos koji je utemeljen na iskrenosti, prihvaćanju i empatiji
- Razvijaju odnos u kojem pacijent ne reagira agresijom
- Stvaraju terapijsko okruženje te rješavaju konflikte
- Primjenjuju individualizirani pristup
- Poštuju pacijentovo pravo za osobnim prostorom
- Smanjuju rizik za samoozljeđivanje i ozljeđivanje drugih
- Ne izazivaju strah, paniku te ne optužuju pacijenta
- Ne zanemaruju vlastitu sigurnost

- PPD: Promatrati, planirati, djelovati

Nakon prijema, medicinska sestra/tehničar usmjerava pacijenta u bolesničku sobu te određuje psihičko i fizičko stanje pacijenta:

- Procjenjuje izgled, držanje i ponašanje pacijenta
- Analizira verbalnu komunikaciju
- Analizira neverbalnu komunikaciju
- Procjenjuje stanje svijesti
- Procjenjuje raspoloženje i voljne funkcije
- Fizički status
- Socijalni status

Kako će se razvijati daljnji tijek odnosa medicinske sestre/tehničara i pacijenta, ovisi o pacijentovu prihvaćanju hospitalizacije i liječenja. Od izuzetne je važnosti da medicinska sestra/tehničar ne osuđuje pacijenta, nema straha od njega te da je okruženje za pacijenta pozitivno i ohrabrujuće. Navedene čimbenike nije lako ostvariti te su veliki izazov za osoblje no sustavna i temeljita edukacija pokazuju značajne pomake u samome radu. Odnos medicinske sestre/tehničara i pacijenta na odjelu može biti:

- Terapijski
- Antiterapijski
- Neutralan

Elementi zdravstvene njege psihijatrijskog pacijenta obuhvaćeni su kao i svi elementi osnovne zdravstvene njege poput:

- Održavanje osobne higijene
- Udobnost pacijenta, namještanje i presvlačenje kreveta
- Prehrana pacijenta
- Podjela terapije

- Kontrola fizioloških funkcija
- Cjelovito promatranje pacijenta i praćenje duševnog stanja
- Priprema pacijenta za dijagnostičke pretrage (Sedić, 2007)

3. CILJ ZAVRŠNOG RADA

Cilj rada je prikazati i usporediti broj prisilno hospitaliziranih pacijenata u OB Pula na Odjelu psihijatrije 2019. godine (prije pandemije) i 2021. godine (vrhunac pandemije „COVID – a 19“).

Također, cilj je prikazati broj prisilno hospitaliziranih pacijenata raspoređenih po skupinama kao što su bračni status, spol, dob, medicinske dijagnoze, razina obrazovanja i pratnja prilikom hitnog prijema.

4. METODE ZAVRŠNOG RADA

U odnosu na vrijeme i dizajn ovaj istraživački rad je retrospektivan.

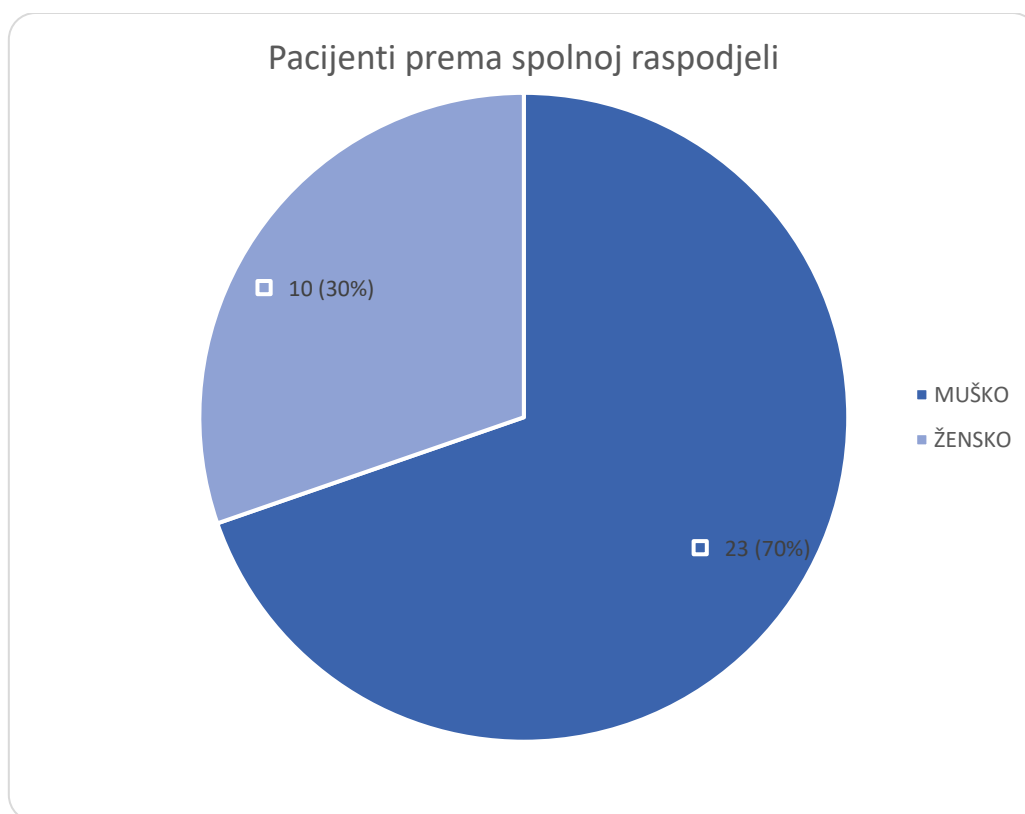
Uzorak su pacijenti koji su bili prisilno hospitalizirani na Odjelu psihijatrije u OB Pula tijekom 2019. i 2021. godine.

Prilikom izrade ovog završnog rada koristili su se postupci pretrage i analize Bolničkog informatičkog sustava u OB Pula. Pretraživali su se pacijenti koji su bili prisilno hospitalizirani tijekom 2019. i 2021. godine. Analizirali su se podatci o pacijentima: starosna dob, spol, razina obrazovanja, bračni status, medicinska dijagnoza prilikom prijema, po MKB-u, te pratnja prilikom prisilne hospitalizacije. Prikupljeni podatci obrađeni su u Excel programu te su prikazani pomoću tortnih i stupičastih grafikona.

U svrhu izrade završnog rada prikupljali su se podatci u Bolničkom informatičkom sustavu OB Pula koje je odobrilo Etičko povjerenstvo OB Pule.

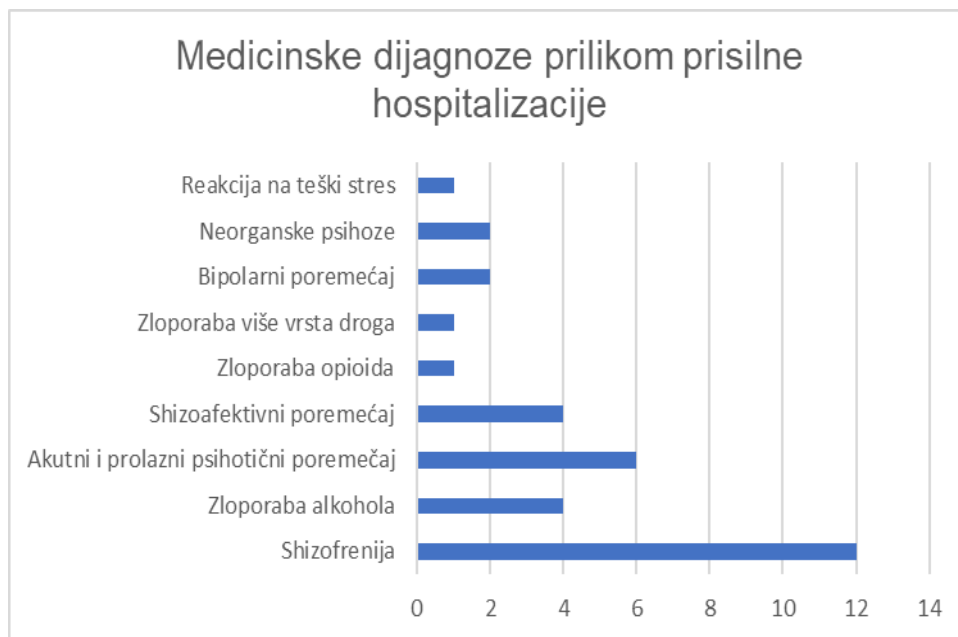
5. REZULTATI

Na Odjelu psihijatrije u OB Pula tijekom 2019. i 2021. godine prisilno je hospitalizirano 33 pacijenta (2019. godine 16 i 2021. godine 17 pacijenata). Od kojih je 23 muškaraca i 10 žena (Slika 2.)



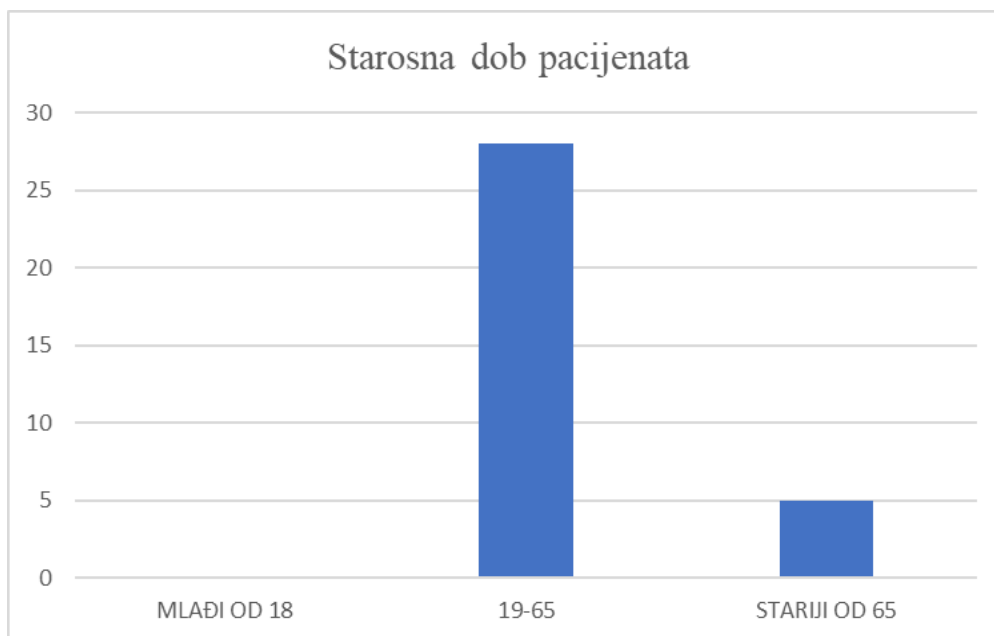
Slika 2. Prisilno hospitalizirani pacijenti prema spolnoj raspodjeli

Tijekom istraživanja uključene su i uputne dijagnoze pacijenata prema MKB-u. Najčešća uputna dijagnoza bila je shizofrenija, potom akutni i prolazni psihotični poremećaji, mentalni poremećaji uzrokovani zluporabom alkohola, shizoafektivni poremećaji i ostalo (Slika 3.)



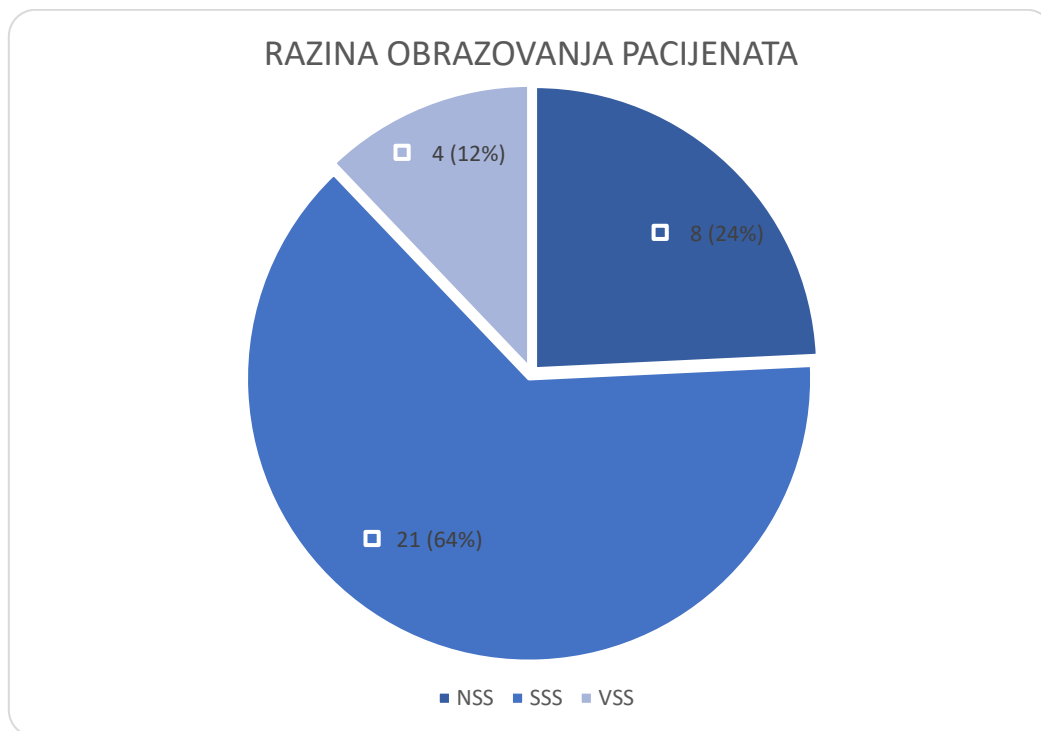
Slika 3. Uputne medicinske dijagnoze prilikom prisilne hospitalizacije

Starosna dob prilikom pretraživanja bila je preraspodijeljena u tri skupine. Mlađi od 18, pacijenti od 19-65.godina i stariji od 65.godina. Najveći broj pacijenata pripadao je srednjoj skupini (Slika 4.)



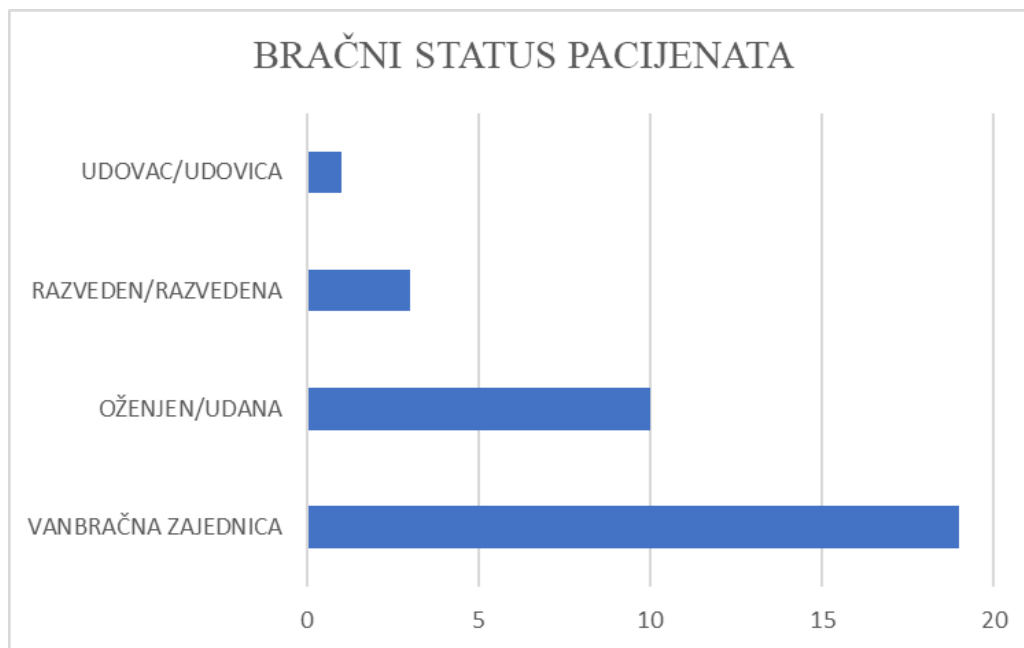
Slika 4. Starosna dob prisilno hospitaliziranih pacijenata

Razina obrazovanja pacijenata svrstana je u 3 skupine: niža stručna sprema, srednja stručna sprema i visoka stručna sprema. Prema podacima najveći broj pacijenata ima srednjoškolsko obrazovanje. 21 pacijent ima srednjoškolsko obrazovanje, njih 8 osnovnoškolsko i 4 pacijenata imaju visoku stručnu spremu (Slika 5.)



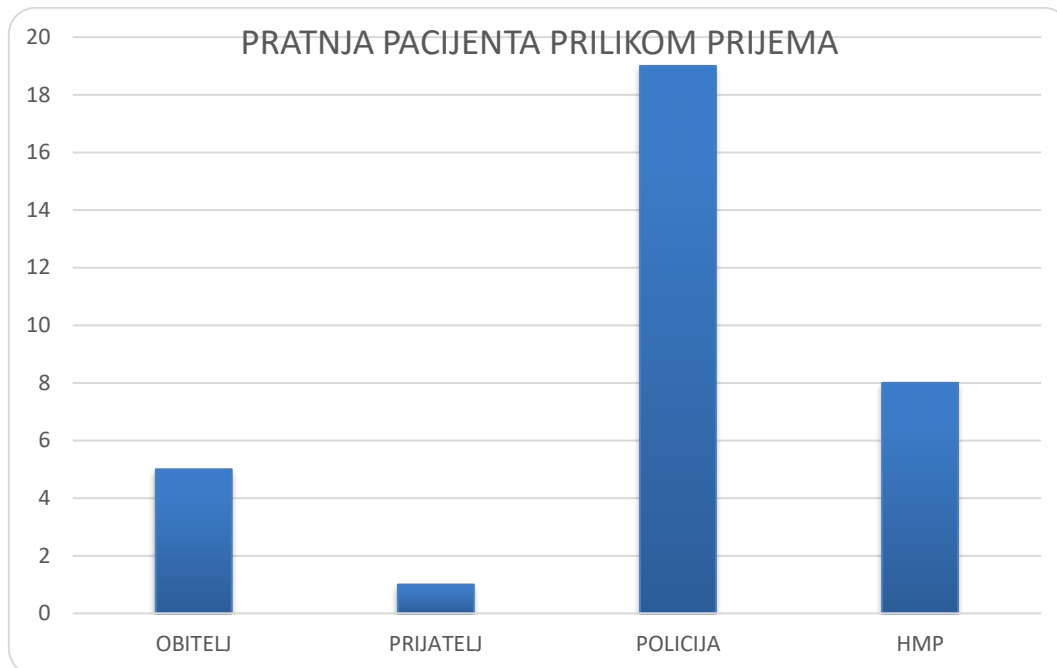
Slika 5. Razina obrazovanja pacijenata

Bračni status pacijenata podijeljen je u 4 kategorije: vanbračna zajednica, oženjen/udana, razveden/razvedena, udovac/udovica. Najveći broj pacijenata pripada skupini vanbračne zajednice, potom oženjen/udana, razveden/razvedena te udovac/udovica (Slika 6.)



Slika 6. Bračni status prisilno hospitaliziranih pacijenata

Zbog agresivnosti pacijenta prilikom prijema najčešća je pratnja policije, zatim slijedi hitna medicinska pomoć, obitelj i prijatelji (Slika 7.)



Slika 7. Pratnja pacijenta prilikom prisilne hospitalizacije

6. RASPRAVA

Od cjelokupnog broja hospitaliziranih na Odjelu psihijatrije za ovo istraživanje prikupljali su se posebno podatci o pacijentima koji su bili prisilno hospitalizirani. Tijekom 2019. i 2021. godine u Općoj bolnici Pula na Odjelu psihijatrije hospitalizirano je prisilno ukupno 33 pacijenata (2019. godine 16 i 2021. godine 17 pacijenata). 2020. godina (od ožujka) bila je obilježena pandemijom COVID-a -19 i općenito manjim brojem hospitalizacija, stoga nije uključena u istraživanje. Od ukupno 33 pacijenta, 10 su bile žene dok je muškaraca bilo 23. Ovi podatci koreliraju sa studijom Silve i suradnika 2019. godine gdje su većinom prisilno hospitalizirani pacijenti muškog spola. Isto tako u toj je studiji pokazano da su pacijenti muškog spola u većini slučajeva agresivniji i opasniji za medicinsko osoblje prilikom prijema. Pregledom uputnih medicinskih dijagnoza prilikom prisilnih hospitalizacija u najvećem je broju zabilježena shizofrenija, potom akutni i prolazni psihotični poremećaji, mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom i korištenjem psihoaktivnih tvari, shizoafektivni poremećaji, bipolarni poremećaji, neorganske psihoze te reakcije na teški stres. Sustavni pregled literature otkriva kako je najčešća medicinska dijagnoza, po MKB-u, prilikom prisilne hospitalizacije psihotični poremećaj. U literaturi su navedene i medicinske dijagnoze poput organskih poremećaja, poremećaja uzrokovanih alkoholom i shizofrenijom. Iako se navodi da jedan od gorućih čimbenika zapravo i prethodna prisilna hospitalizacija, u ovom se istraživanju ne nalazi takav podatak jer je pretraživanje podataka bilo usmjereno prema medicinskim dijagnozama kao glavnim čimbenicima rizika. Također, navodi se i rizik za zajednicu, nepridržavanje liječenja prije hospitalizacije te slaba socijalna podrška. U istraživanju se starosna dob podijelila u tri skupine: mlađi od 18 godina, osobe od 19-65 godina i stariji od 65 godina. Najveći broj pacijenata imao je između 19 do 65 godina. Istraživali su se podatci kao što su razina obrazovanja. Razina obrazovanja podijeljena je u 3 skupine: niža stručna sprema, srednja stručna sprema te visoka stručna sprema. 21 pacijent imao je završenu srednju školu, 8 pacijenata završilo je osnovnu školu dok je 4 pacijenta imao visoku stručnu spremu. U nekim je studijama (Silva i sur., 2019) viša razina obrazovanja čimbenik rizika za prisilnu hospitalizaciju, dok su u pojedinim studijama češće hospitalizirani pacijenti sa završenom osnovnom školom. Kroz istraživanje se provlači i hipoteza da školovanje i viša razina samoga može biti povezano sa većom informiranosti o individualnim pravima zbog kojih odbijaju bolničko liječenje. Podatci o bračnom statusu pacijenata

podijeljeni su u 4 skupine: vanbračna zajednica, oženjen/udana, razveden/razvedena i udovac/udovica. Najveći broj pacijenata pripada skupini vanbračne zajednice. Također, u literaturi je najčešće identificirani bračni status vanbračne zajednice za pacijente koji su prisilno hospitalizirani. Često pacijenti kojima je zdravstveno stanje zahtjeva prisilno zadržavanje pokazuju znakove agresivnosti i opasnosti. Stoga je i predvidljivo da najveći broj pacijenata dolazi u prijemnu hitnu ambulantu u pratnji policije, zatim hitne medicinske pomoći te u pratnji obitelji i prijatelja.

7. ZAKLJUČAK

Prema dobivenim rezultatima ovog istraživanja najveći rizik za prisilnu hospitalizaciju imaju muškarci u dobi između 19 i 65 godina koji žive u izvanbračnoj zajednici, boluju od shizofrenije, srednje su stručne spreme a hitno su hospitalizirani u pratnji policije. Na prisilnu hospitalizaciju pacijent može reagirati agresijom, napetošću, strahom i regresijom. Stoga, prva zadaća medicinske sestre/tehničara je zaštititi sebe i spriječiti nanošenje povreda te agresivnog ponašanja prema medicinskim sestrama/tehničarima. Etičke aspekti prisilne hospitalizacije i dalje su tema dvojbi i rasprava. Prisilno liječenje izuzetno je osjetljiva tema zbog rizika od narušavanja terapijskog odnosa i kršenja načela pacijentovog samoodređenja, poglavito jer na početku liječenja i samog hitnog prijema često postoji ozračje tenzije, sukoba, neprijateljstva i nepovjerenja pacijenta spram osoblja i same hospitalizacije. Budući da je mentalna bolest jedino područje u kojem se odbijanje liječenja često identificira kao simptom same bolesti, treba imati sveobuhvatniji pogled na sposobnost odlučivanja pacijenta i potrebu za takvim liječenjem. Važno je napraviti plan za smanjenje broja prisilnih hospitalizacija ali i očuvati pravo osoba s poremećajima mentalnog zdravlja kako bi primili učinkovitu zdravstvenu njegu. Zajedničko donošenje odluka bitno je i za pacijente i za zdravstvene djelatnike u timu kako bi se ostvarila što bolja kvaliteta liječenja. Smanjenje i prevenciju prisilne hospitalizacije moguće je postići uvođenjem integrirane skrbi u vidu sustavnih psihoedukacija, programa praćenja i intervencija samoupravljanja s elementom smanjenja recidiva. Istraživanjem nije potvrđena statistička razlika između broja prisilnih hospitalizacija tijekom 2019. i 2021. godine, kao niti razlike u dobivenim rezultatima istraživanjima i pregledanoj literaturi prema spolu, obrazovanju, starosti, bračnom statusu te pratnji pacijenta prilikom prisilne hospitalizacije.

8. SAŽETAK

Primjena prisilne hospitalizacije osoba s mentalnim poremećajima izuzetno je osjetljivo pitanje u zaštiti mentalnog zdravlja. Po članku 27. prisilno se hospitalizira osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, te se smješta u psihijatrijsku ustanovu po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj po *Zakonu o Prisilnom zadržavanju i prisilnom smještaju*. Ključno etičko pitanje u prisilnom liječenju uključuje balansiranje prvenstveno dva načela: načelo autonomije (poštivanje želje pacijenta) i načelo dobročinstva (odgovornost stručnjaka da djeluje u najboljem interesu pacijenta). Na prisilnu hospitalizaciju pacijent može reagirati agresijom, napetošću, strahom i regresijom. Stoga, prva zadaća medicinske sestre/tehničara je zaštititi sebe i spriječiti nanošenje povreda te agresivnog ponašanja prema medicinskim sestrama/tehničarima. Cilj ovoga rada je prikazati problematiku prisilne hospitalizacije te broj prisilnih hospitalizacija na odjelu Psihijatrije u Općoj bolnici Pula tijekom 2019. i 2021. godine. Također, cilj je prikazati broj prisilno hospitaliziranih pacijenata raspoređenih po skupinama kao što su bračni status, spol, dob, medicinske dijagnoze, razina obrazovanja i pratnja prilikom hitnog prijema. Uzorak su pacijenti koji su bili prisilno hospitalizirani na odjelu Psihijatrije u OB Pula tijekom 2019. i 2021. godine. Prilikom izrade ovog završnog rada koristili su se postupci pretrage i analize Bolničkog informatičkog sustava u OB Pula. Pretraživali su se pacijenti koji su bili prisilno hospitalizirani tijekom 2019. i 2021. godine. Zajedničko donošenje odluka bitno je i za pacijente i za zdravstvene djelatnike u timu kako bi se ostvarila što bolja kvaliteta liječenja. Uvođenje integrirane skrbi poput psihoedukacije, programa praćenja te intervencija samoupravljanja s elementom smanjenja recidiva prevenirale bi i smanjile prisilne hospitalizacije pacijenta.

Ključne riječi: prisilna hospitalizacija, psihijatrijski bolesnik, zdravstvena njega.

9. SUMMARY

The use of involuntary hospitalization of persons with mental disorders is a controversial issue in the protection of mental health. According to Article 27, a person with severe mental disorders who, because of these disorders, seriously and directly endangers his own or other people's life, health or safety, and is placed in a psychiatric institution according to the procedure for forced detention and forced accommodation under the Act on forced detention and forced detention accommodation. The key ethical issue in involuntary treatment involves balancing primarily two principles: the principle of autonomy (respecting the patient's wishes) and the principle of beneficence (the responsibility of the professional to act in the best interest of the patient). Forced hospitalization for a psychiatric patient most often causes a series of psychological experiences such as fear, tension, listlessness and aggressiveness. Therefore, the first task of nurse is to protect oneself, prevent harm and prevent harm to others. The aim of this paper is to present the issue of involuntary hospitalization and the number of involuntary hospitalizations at the Department of Psychiatry in Pula General Hospital during 2019 and 2021. Also, the goal is to show the number of involuntarily hospitalized patients distributed by gender, level of education, marital status, medical diagnoses, age groups and by accompanying person during involuntary hospitalization. The sample is patients who were involuntarily hospitalized at the Department of Psychiatry in the Pula General Hospital during 2019 and 2021. During the preparation of this final paper, the search and analysis procedures of the Hospital Information System in the Pula General Hospital were used. Patients who were involuntarily hospitalized during 2019 and 2021 were searched. Joint decision-making is essential for both patients and healthcare professionals in the team in order to achieve the best possible quality of treatment. The introduction of integrated care such as psychoeducation, follow up programs and self-management interventions with an element of relapse reduction would prevent involuntary hospitalization of the patient.

Key words: involuntary hospitalization, psychiatric patient, health care.

POPIS KRATICA

OB Pula – Opća bolnica Pula

Sur. – suradnici

MKB – Medicinska klasifikacija bolesti

LITERATURA

Arroyo, M. (2020) Involuntary outpatient treatment: the ethical implications. *Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria*. [Online] 22 (1) str. 6-8. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7307657/>. [Pristupljeno: 14.listopada 2022.]

Chandrasekhar, K. (2018) Involuntary hospitalization: the conflict zone of psychiatry and law. *Indian Journal of Psychological Medicine*. [Online] 40 (4) str. 301-304. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6065132/>. [Pristupljeno: 12.listopada 2022.]

Chieze, M. i sur (2021) Coercive measures in psychiatry: a review of ethical arguments. *Frontiers in Psychiatry*. [Online] 12 (1) str. 790. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8712490/>. [Pristupljeno: 15.listopada 2022.]

Forde, R. i sur (2016) Next of kin's experiences of involvement during involuntary hospitalisation and coercion. *BMC Medical Ethics*. [Online] 17 (2) str.76. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121949/>. [Pristupljeno: 20.listopada 2022.]

Goula, A. i sur (2021) Differences of mentally ill patient's satisfaction degree during their involuntary or voluntary stay in a psychiatric clinic. *Journal of Public Health Research*. [Online] 10 (3) str. 2052. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8239621/>. [Pristupljeno: 10.listopada 2022.]

Sareen, A. i sur (2022) Trauma from involuntary hospitalization and impact on mental illness management. [Online] Dostupno na: <https://www.psychiatrist.com/pcc/delivery/trauma-from-involuntary-hospitalization-impact-mental-illness-management/>. [Pristupljeno: 12.listopada 2022.]

Sedić, B. (2007) *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

Silva, B. i sur (2021) Predicting involuntary hospitalization in psychiatry: A machine learning investigation. *European Psychiatry*. [Online] 64 (1) str.48. Dostupno na:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8316455/>. [Pristupljeno: 12.listopada 2022.]

Silva, M. i sur (2021) Factors associated with involuntary psychiatric hospitalization in Portugal. *International Journal of Mental Health Systems*. [Online] 37 (1) str.15. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8056508/>. [Pristupljeno: 10.listopada 2022.]

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Narodne novine. [Online] Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnim-smetnjama>. [Pristupljeno: 18.listopada 2022.]

POPIS SLIKA

Slika 1. Postupak prisilnog zadržavanja i hospitalizacije.	13
Slika 2. Prisilno hospitalizirani pacijenti prema spolnoj raspodjeli.....	21
Slika 3. Uputne medicinske dijagnoze prilikom prisilne hospitalizacije	22
Slika 4. Starosna dob prisilno hospitaliziranih pacijenata	23
Slika 5. Razina obrazovanja pacijenata	24
Slika 6. Bračni status prisilno hospitaliziranih pacijenata	25
Slika 7. Prateća pacijenta prilikom prisilne hospitalizacije	26