Specifičnosti, načela i standardi u liječenju duševnih bolesnika

Hrlić, Marija Magdalena

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:802084

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br.006/SSD/2020

SPECIFIČNOSTI, NAČELA I STANDARDI U LIJEČENJU DUŠEVNIH BOLESNIKA

Marija Magdalena Hrlić

Varaždin, rujan, 2020.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Studij: Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo-menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br.006/SSD/2020

SPECIFIČNOSTI, NAČELA I STANDARDI U LIJEČENJU DUŠEVNIH BOLESNIKA

Student:
Marija Magdalena Hrlić, 0862/336D

Mentor:
doc. dr. sc. Ino Husedžinović

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

UNIVERSITY NORTH

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Marija Magdalena Hrlić | MATIČNI BROJ 0862/336D

DATUM 20.05.2020. | KOLEGIJ Prava i obveze u zdravstvenoj struci

NASLOV RADA Specifičnosti, načela i standardi u liječenju duševnih bolesnika

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Specifics,principles and standards in the treatment of mentally ill

MENTOR prof. dr.sc. Ino Husedžinović | ZVANJE redoviti profesor u trajnom zvanju

ČLANOVI POVJERENSTVA
1. izv.prof.dr.sc. Karlo Houra, predsjednik
2. prof. dr.sc. Ino Husedžinović, mentor
3. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, član
4. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, zamjenski član
5.

Zadatak diplomskog rada

BROJ 006/SSD/2020

OPIS

Mentalno i duševno zdravlje sastavni su dio općeg zdravlja. Skupina duševnih poremećaja nalazila se na 3. mjestu uzroka hospitalizacija u 2019. godini. Mentalni poremećaji su i vodeća skupina po korištenju dana bolničkog liječenja s udjelom od 20-25%.Specifični načini liječenja duševnih bolesnika, primjena terapijskih metoda uvelike zauzimaju znatiželju i stavove medija i znanstvenika. Etička pitanja u liječenju duševnih bolesnika pojavljuju se na svakodnevnoj bazi. Tako se etička pitanja javljaju se i u području sudske psihijatrije, prisilnog liječenja bolesnika i primjena mjera prisile kao terapijskog postupka u liječenju duševnih bolesnika.Razlike između kliničke psihijatrije i sudske psihijatrije izvor su brojnih etičkih pitanja. Postoji povećani rizik za kršenje ljudskih prava oboljelih od psihičkih poremećaja. Duševni bolesnici učestalo su predmet diskriminacije i marginalizacije u društvu.
U radu će biti prikazane specifičnosti u liječenju, unapređenje mentalnog zdravlja oboljelih od duševnih poremećaja. Opisana će biti prava i informiranost bolesnika te međunarodni i nacionalni okvir zaštite oboljelih od duševnih poremećaja.
Cilj ovog završnog rada je prikazati važnost primjene etičkih aspekta, načela i standarda u cjelokupnoj *psihijatrijskoj praksi te ulogu medicinske sestre u primjeni svih etičkih standarda psihijatrijske prakse.*

ZADATAK URUČEN 18.06.2020. | POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE SJEVER

PREDGOVOR:

Veliko hvala mojem mentoru doc.dr.sc. Ini Husedžinoviću na stručnoj pomoći i potpori prilikom izrade ovog rada.

Zahvaljujem svojem poslodavcu i kolegama koji su me podržavali i ohrabrivali u obrazovanju.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojim roditeljima, obitelji, posebice sestri Martini Fremec koja mi je bila bezuvjetna potpora i pratnja na diplomskom studiju.

SAŽETAK:

Specifični načini liječenja duševnih bolesnika, primjena terapijskih metoda uvelike zauzimaju znatiželju i stavove medija i znanstvenika. Etička pitanja u liječenju duševnih bolesnika pojavljuju se na svakodnevnoj bazi. Tako se etička pitanja javljaju i u području sudske psihijatrije, prisilnog liječenja bolesnika i primjena mjera prisile kao terapijskog postupka u liječenju duševnih bolesnika. Razlike između kliničke psihijatrije i sudske psihijatrije izvor su brojnih etičkih pitanja. Postoji povećani rizik za kršenje ljudskih prava oboljelih od psihičkih poremećaja. Duševni bolesnici učestalo su predmet diskriminacije i marginalizacije u društvu.

U radu su prikazane specifičnosti u liječenju, unapređenje mentalnog zdravlja oboljelih od duševnih poremećaja. Opisana su prava i načela u liječenju duševnih bolesnika .

Cilj ovog završnog rada je prikazati važnost primjene etičkih aspekta, načela i standarda u cjelokupnoj psihijatrijskoj praksi, te ulogu medicinske sestre u primjeni svih etičkih standarda psihijatrijske prakse.

Ključne riječi: specifičnosti liječenja, duševni bolesnik, prava bolesnika

SUMMARY:

Specific ways of treating the mentally ill, the application of therapeutic methods greatly occupy the curiosity and attitudes of the media and scientists. Ethical issues in the treatment of the mentally ill arise on a daily basis. Thus, ethical issues also arise in the field of forensic psychiatry, involuntary treatment of patients and the application of coercive measures as a therapeutic procedure in the treatment of mentally ill patients. The differences between clinical psychiatry and forensic psychiatry are the source of a number of ethical issues. There is an increased risk of human rights violations for people with mental disorders. Mentally ill people are often subject to discrimination and marginalization in society.

This paper presents the specifics of treatment, improvement of mental health of patients with mental disorders. Rights and principles in the treatment of the mentally ill are described.

The aim of this master thesis is to show the importance of applying ethical aspects, principles and standards in the entire psychiatric practice, and the role of the nurse in the application of all ethical standards of psychiatric practice.

Key words: specifics of treatment, the mentally ill, the rights of the patient

Popis kratica

RH - Republika Hrvatska

ZZODS – Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

SADRŽAJ

1.Uvod 1

2.Specifičnosti liječenja duševnih bolesnika 2

3. Biološke metode liječenja duševnih bolesnika 4

3.1. Psihofarmakoterapija 4

3.1.1 Antipsihotici 5

3.1.2.Anksiolitici 6

3.1.3. Hipnotici 6

3.1.4. Antidepresivi 7

3.1.5. Antidementivi 7

3.1.6. Stabilizatori raspoloženja 7

3.2. Neuromodulatorna stimulacija 8

4. Rehabilitacija duševnog bolesnika 9

4.1. Socioterapija 10

4.2. Terapijska zajednica 10

4.3. Radna terapija 11

4.4. Glazboterapija 12

4.5. Radna rehabilitacija i zapošljavanje 12

4.6. Psihoedukacija 13

4.7. Psihoterapija 14

5. Psihijatrija u zajednici 16

5.1. Organizirano stanovanje 16

6. Forenzička psihijatrija 18

7. Mjere prisile prema osobama s duševnim smetnjama 20

7.1. Primjena mjere prisile 21

8. Etika 23

8.1. Etika u psihijatriji 23

8.1.1. Povijesni pregled etike u psihijatriji 24
8.2. Opća deklaracija o ljudskim pravima 25
8.2.1. Havajska deklaracija 25
8.2.2. Madridska deklaracija 27
9. Načela i standardi u liječenju duševnih bolesnika 29
9.1. Profesionalni odnos psihijatar – bolesnik 29
9.2. Prava bolesnika 31
9.3. Informirani pristanak 33
9.4. Sposobnost davanja pristanka 34
9.5. Dobrovoljno davanje pristanka 35
9.6. Prisilni smještaj bolesnika i prisilna hospitalizacija 36
9.7. Lišenje poslovne sposobnosti 37
9.8. Biomedicinska istraživanja 39
10. Stigma duševnog bolesnika 40
14. Kompetencije medicinske sestre u liječenju duševnog bolesnika 42
12. Zaključak 44
13. Literatura: 45

1.Uvod

Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, u RH prema broju hospitalizacija u radnoaktivnoj životnoj dobi, duševni poremećaji izbijaju na drugo mjesto s udjelom od 11,5%**.** Problemi mentalnog zdravlja javljaju se u svim kulturama bez obzira na dob i imaju veliki utjecaj na fizičko zdravlje ljudi koji su njome pogođeni. Psihičkim smetnjama pogođena je petina čovječanstva, a oko 5% populacije ima smetnje koje značajno ometaju radno i socijalno funkcioniranje. Mogućnost liječenja u zajednici, pitanje temeljnih ljudskih prava.

Specifičnosti u liječenju duševnih bolesnika su zanimljiva a ponekad i kontroverzna tema. U specifičnosti u liječenju ubrajamo biološke metode liječenja duševnih bolesnika i rehabilitaciju duševnog bolesnika. Mjere prisile zbog stanja duševnog bolesnika nemoguće je trenutno u potpunosti izbjeći u psihijatriji.

Rehabilitacija u duševnog bolesnika se može definirati kao sistematičan napor kako bi se osobama pomoglo da krenu dalje u svojem procesu liječenja i oporavka. Tijekom godina razvijali su se mnogi modeli rehabilitacije neki su bazirani na ideologijama, neki su razvijani sukladno potrebama oboljelih dok neki na istraživanjima temeljenim na znanstvenim dokazima. Brojna istraživanja su dokazala da liječenje u bolnici oboljele ne priprema dovoljno za život pri otpustu iz ustanove zato je potrebno razviti i poduprijeti kvalitetne socioterapijske programe koji bi pomogli pacijentima u rehabilitaciji (11).

Zahtjevi za zaštitom ljudskih prava kroz povijest prošli su vrlo dugačak, ali i uspješan put od ideje o prirodnim pravima i temeljnim slobodama čovjeka do uspostavljanja normativnog i institucionalnog okvira za njihovu zaštitu (42). Brojna etička pitanja vezana uz medicinu kroz konvencijsko pravo dobila su svoj pravni okvir, a tek neka od njih i jasan zakonski odgovor. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama nastoji svojim odredbama uspostaviti jasan pravni okvir, nametnuti obavezujuća pravila, procese i konkretne uvjete o načinu postupanja prema osobama s psihičkim poremećajima, radi jačanja njihove zakonske pozicije te realnog položaja u situacijama, u kojima im je nužna medicinska pomoć (13).

2.Specifičnosti liječenja duševnih bolesnika

Specifičnosti liječenja duševnih bolesnika su kompleksne i cjelovite. Najznačajnije su biološke metode liječenja duševnih bolesnika. U biološke metode liječenja duševnih bolesnika ubrajamo psihofarmakoterapiju i neuromodulatornu terapiju. Ni jedna metoda liječenja nije uspješna bez psihosocijalnog pristupa bolesniku, tako rehabilitacija bolesnika zauzima značajnu ulogu u liječenju.

Rehabilitacija u liječenju duševnih bolesnika podrazumijeva niz kooordiniranih psihosocijalni postupaka s ciljem razvoja za život u zajednici i osiguravanje podrške u skladu s individualnim potrebama. Cilj je da bolesnici s duševnim bolestima mogu samostalno funkcionirati u socijalnim, radnim i obiteljskim ulogama. U planiranju rehabilitacije važno procijeniti sposobnost i stanje bolesnika. Važna je motivacija koja se fokusira na to što bolesnik želi. Rehabilitaciju provode različiti stručnjaci koji provode psihosocijalne postupke prema dogovorenom individulanom planu liječenja (11). Različitim postupcima i metodama kao što su socioterapija, radna terapija, glazboterapija, terapijska zajednica ili radna rehabilitacija dolazimo do poboljšanja bolesnikovog stanja. Potrebno je spomenuti i psihoterapiju koja se odnosi na postupke koji naglašavaju utjecaj intrapsihičkih faktora. Psihoterapija povezuje ponašanje u prošlosti s ponašanjem u sadašnjosti (9).

Psihijatrija u zajednici je za širu populaciju nepoznat pojam. Unatrag nekoliko godina napravljen je projekt „Psihijatrija u zajednici“. Nakon akutnog liječenja, ukoliko se radi o osobi s težim duševnim smetnjama i nemogućnošću samostalnog funkcioniranja, predviđen je vaninstitucionalni oblik smještaja. Stanovanje u zajednici ključna je komponenta samoodređenja, nezavisnog življenja i na posljetku oporavka duševnih bolesnika. Duševni bolesnici moraju živjeti u sigurnom okruženju, a pružatelji usluga organiziranog stanovanja trebaju im dati što više moguće sigurnosti u kontekstu svrhe i ciljeva programa (9).

U specifičnosti liječenja duševnog bolesnika ubrajamo i forenzičku psihijatriju. Forenzička psihijatrija je grana psihijatrije koja je usko vezana s pravom. Forenzička psihijatrija je danas cjelovita i zasebna subspecijalistička disciplina koja je imala svoj povijesni razvoj. U suvremenoj forenzičkoj psihijatriji duševnom bolesniku pristupa se kao osobi s posebnim problemima i potrebama. Pravna pitanja u psihijatriji, a time i forenzička psihijatrija je vrlo

kompleksna. Razlog je toj specifičnosti duševna bolest koja razara ličnost bolesnika, i tako ga dovodi u posebno nepovoljan položaj u društvu (11).

Najspecifičniji način terapijskog postupka svakako su mjere prisile. Ukoliko primjenjujemo mjere prisile, ograničavamo slobodu i kretanje duševnog bolesnika. Mjere prisile koriste se samo u neodgodivim slučajevima kao terapijska metoda. U Republici Hrvatskoj Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama uređene i regulirane su mjere prisile prema duševnom bolesniku, te u Pravilniku o vrstama i načinu primjena mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama. U mjere prisile ubrajamo: odvajanje (izolacija) i sputavanje (fiksacija). U svim europskim državama primjenjuju se mjere prisile, ali samo kao krajnje sredstvo prema opasnim psihijatrijskim bolesnicima i agresivnim bolesnicima.

3. Biološke metode liječenja duševnih bolesnika

U biološke metode liječenja ubrajamo psihofamakoterapiju i neuromotulatornu terapiju.

Paralelno sa razvojem bioloških metoda liječenja razvijala se i psihoterapija. Danas ima više od 200 psihoterapijskih teorija, pravaca i postupaka. Socioterapijske i druge metode liječenja uvedene su u svakodnevnu psihijatrijsku praksu.

Zahvaljujući otkriću psihofarmaka ali i zbog drugih, u prvom redu ekonomskih razloga, sve više se naglašava potreba otpuštanja psihijatrijskih bolesnika iz bolnica i njihovo liječenje u njihovoj socijalnoj sredini.

3.1. Psihofarmakoterapija

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 1976. godine psihofarmaci su lijekovi koji djeluju na psihičke funkcije, ponašanje i doživljavanje bolesnika. Psihofarmaci ili psihotropni lijekovi spadaju u tzv. biološku terapiju psihičkih poremećaja. Mogu se podijeliti u više skupina i na više načina (1).

Anatomsko-terapijsko-kemijska klasifikacija lijekova razvrstava lijekove na hijerarhijski ustrojene farmakoterapijske skupine prema anatomskoj cjelini na kojoj se očituje glavni učinak lijeka, terapijskome učinku, mehanizmu djelovanja i kemijskim svojstvima lijeka. ATK klasifikaciju propisuje Svjetska zdravstvena organizacija. ATK klasifikacija lijekova koja se odnosi na psihofarmake tj lijekove s djelovanjem na živčani sustav, oznaka N, registrirane u RH dijeli se na skupine :

- N01 Anestetici
- N02 Analgetici
- N03 Lijekovi za liječenje epilepsije
- N04 Lijekovi za liječenje Parkinsonove bolesti
- N05 Psiholeptici
- N06 Psihoanaleptici
- N07 Ostali lijekovi s djelovanjem na živčani sustav (1).

Pravi pomak u liječenju duševnih bolesnika događa se početkom pedesetih godina 20. stoljeća otkrićem psihofarmaka. Psihofarmakoterapija označava novo razdoblje u psihijatrijskoj terapiji. Iako su otprije otkriveni barbiturati i litij, smatra se da je prvi učinkoviti psihofarmak klorpromazin ciljano primijenjen 1952. godine. Primijenili su ga francuski liječnici Delay i Deniker na bolesnicima oboljelim od shizofrenije i o rezultatima liječenja izvijestili psihijatrijsku javnost (2).

Ubrzo nakon neuroleptika otkriveni su i psihofarmaci antidepresivnog djelovanja. Godine 1950. počinje sistematska primjena litijevih soli u liječenju manično-depresivne psihoze. Devedesetih godina 20. stoljeća otkriveno je niz novih psihofarmaka, kako antipsihotika tako i antidepresiva.

Danas se veliki broj psihofarmaka upotrebljava u više terapijskih indikacija, i ovdje navedene indikacije su samo one za koje je taj lijek prvobitno pokazao efikasnost. Npr. mnogi antiepileptici se danas uspješno koriste u terapiji bipolarnog afektivnog poremećaja, neki antidepresivi predstavljaju terapiju izbora u paničnom poremećaju ili posttraumatskom stresnom poremećaju, anksiolitici su djelotvorni u katatoniji (1).

3.1.1 Antipsihotici

Antipsihotici su skupina lijekova vrlo različitih kemijskih struktura. Svojim djelovanjem pomažu otklanjanju halucinacija i sumanutih ideja, pomažu reorganizaciji dezorganiziranih psihičkih funkcija, te u konačnici pridonose povratku psihotičnog bolesnika u stvarnost. Učinkoviti su u liječenju pozitivnih simptoma kao što su sumanosti, bizarna ponašanja, halucinacije. (3)

Antipsihotike dijelimo na dvije skupine prema kliničkoj podjeli. Tipične antipsihotike djeluju blokirajući D2 receptore u mozgu a to su: klorpromazin, promazin, haloperidol,flufenazin. Atipični antipsihotici djeluju blokirajući D1 receptore u mozgu a to su : klozapin,amilsupirid, ziprasidon, olanzapin, risperidon, kventiapin (2).

Uz podjelu antipsihotika na tipične i atipične, djelimo ih prema genaracijama. Predstavnici prve generacije antipsihotika su : promazin, klorpromazin, perazin, flufenazin, haloperidol. Prva generacija su zapravo tipični antipsihotici, za koje se zna da su djelotvorni ali imaju

izražene ekstrapiramidalne nuspojave. Predstavnici druge generacije antipsihotika su: klozapin i sulpirid. Treću generacija antipsihotika predstavljaju: risperidon, olanzapin, amisulpirid, sertindol, ziorasidon, paliperidon, aripriprazol (3).

Antipsihotici prve generacije često izazivaju značajne nuspojave koje mogu bitno ugroziti suradljivost bolesnika, te dovesti do recidiva. Nuspojave koje se javljaju kod antipsihotika prve generacije su: suha usta, opstipacija, retencija urina, zamagljen vid te dolazi do ekstrapiramidalnih simptoma koje karakterizira tremor, akatizija, diskinezija. Antipsihotici druge generacije dovode često do porasta tjelesne težine, dislipidemije a mogu biti povezani s novonastalim diabetes melitusom. Potrebna je redovna kontrola lipida, glukoze i tjelesne težine. Važno je spomenuti maligni neuroleptički sindrom koji je životno ugrožavajuća nuspojava antipsihotične terapije (1).

3.1.2.Anksiolitici

Anksiolitici su lijekovi koji se koriste za liječenje i ublažavanje neuroza odnosno posljedica stresa, napetosti, tjeskobe i sličnih poremećaja. Anksiolitici se mogu podijeliti u dvije skupine : benzodiazepinske i nebenzodiazepinske. Benzodiazepisnki anksiolitici djeluju hipnotički, anksiolitički, antikonvulzivno, miorelaksativno. Kod dugotrajne upotrebe benzodijazepina razvija se tolerancija i potreba za povećanjem doze te se pojavljuje ovisnost. Predstavnik nebenzodiazepisnki aknsiolitika je meprobamat koji se koristi u liječenju sindroma sustezanja od alkohola (3).

3.1.3. Hipnotici

Hipnotici su lijekovi koji olakšavaju uspavljivanje i omogućuju spavanje, a primjenjuju se u liječenju nesanice. Uključuju tvari kao što su; barbiturati, glutetimid, kloral-hidrat, benzodiazepinski hipnotici, sedativni hipnotici, antidepresivi, parcijalni nebenzodiazepinski agonisti benzodiazepinskih receptora. Hipnotici su lijekovi koji bolesnika polako uvode u san te dovode do smanjenja budnosti stvarajući umirujući psihološki učinak (3).

3.1.4. Antidepresivi

Antidepresivi su skupina lijekova sa vrlo različitom kemijskom strukturom i raznovrsnim mehanizmom djelovanja. Glavno im je obilježje da uklanjaju simptome depresije. Primjena antidepresiva dovodi do poboljšanja raspoloženja, povećava se motivacija i interes, jača briga za osobnu higijenu, prehranu, spavanje i rad. Antidepresivi također djeluju sedativno, smanjuju osjećaj prisile i opsesije, uklanjaju napade panike (2).

3.1.5. Antidementivi

Zbog produljenja ljudskog života, udio oboljelih od demencije raste u populaciji, pa tako i potreba za liječenjem. Antidementivi su lijekovi za koje se tvrdi kako poboljšavaju mnestičke funkcije, odnosno štite središnji živčani sustav od štetnih djelovanja. Terapijske smjernice kao prvu terapiju izbora kod blage i umjerene demencije preporučuju donepezil (3).

3.1.6. Stabilizatori raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja su lijekovi koji se koriste u liječenju i prevenciji različitih epizoda bipolarnog poremećaja. Razlikuju se tri skupine s različitim farmakološkim mehanizmom; litij, stabilizatori raspoloženja iz skupine antiepileptika te stabilizatori raspoloženja iz skupine novih antipsihotika (4).

Stabilizatori raspoloženja predstavljaju temeljnu terapiju. Stabilizatori raspoloženja međusobno se razlikuju po djelotvornosti u pojedinim fazama bipolarno anksizonog poremećaja kao i po podnošljivosti i interakcijama s drugim lijekovima. Litij i valproati djelotvorni su u liječenju manije i u terapiji održavanja. Karbamazepin je učinkovit u liječenju manije, a lamotrigin u sprječavanju novih depresivnih epizoda (5).

Uz adekvatno liječenje stabilizatorima raspoloženja, osiguravaju se duža razdoblja stabilnog raspoloženja, smanjuje se učestalost izmjenjivanja manično depresivnih epizoda

3.2. Neuromodulatorna stimulacija

Neuromodulatorna stimulacija predstavlja terapijsku proceduru kod koje provođenjem serije kontroliranih kratkotrajnih električnih impulsa dolazi do stimulacije mozga. Provođenje impulsa postiže se korištenjem elektroda smještenih na precizno određenim točkama na glavi bolesnika. Neuromodulatorna terapija rijetko se koristi, preporučuje se tek kada psihofamakoterapija ne djeluje. Kontraindicirana je kod osoba sa srčanim smetnjama i tumorima na mozgu. Neuromodulatrona stimulacija prvi puta se spominje 1936. godine kada su Carletti i Bini eksperimentirali na životinjama. Prva neuromodulatorna stimulacija na čovjeku napravljena je 1938. godine. Terapija se izvodila nativno tako da su se bolesnicima stavljale elektrode prekrivene vlažnim jastučićima preko kojih se aplicirala struja. Kod bolesnika nakon primarne krize pojavljivali su se klonični i tonički grčevi. Bila je česta pojava komplikacija kao što su anksioznost, luksacije i frakture. U svrhu smanjenja stigmatizacije mijenjali su se nazivi: elektrošokovi, elektrokonvulzivna terapija, elektrokonvulzivna stimulacija te do danas neuromodulatorna stimulacija čiji naziv je najmanje stigmatizirajući za bolesnika. Za provođenje neuromodulatorne stimulacije potrebno je mišljenje dvojice psihijatara.

Priprema za neuromodulatornu stimulaciju uključuje fizičku i psihološku pripremu bolesnika. Psihološka priprema uključuje razgovor s bolesnikom, objašnjenje i odgovori na sva bolesnikova pitanja. Bolesnik prije izvođena neuromodulatorne stimulacije mora dati pismeni pristanak za izvođenje postupka, u rijetkim slučajevima i potpis njegovog skrbnika (6).

4. Rehabilitacija duševnog bolesnika

Bolesnik koji se liječi od psihičke bolesti ima pravo na liječenje prema individualnom planu liječenja, pa tako uz biološku terapiju u bolesnikovo liječenje uvodimo rehabilitaciju.

Rehabilitacija psihijatrijskog bolesnika može se provoditi na različite načine. Uvriježeno je mišljenje u javnosti da se rehabilitacija odnosi isključivo na uzimanje lijekova. Manje je poznato da postoji i niz drugih postupaka rehabilitacije koji su dugotrajni i složeni (psihoterapija i socioterapija). Rehabilitacija u psihijatriji zahtjevan je i složen proces kojemu je cilj da osobu sa psihičkim smetnjama dovede u stanje psihičkog zdravlja, odnosno u stanje kakvo je ono bilo prije nastanka simptoma bolesti. Svim osobama koje imaju psihičke smetnje potrebna je rehabilitacija. Cilj je psihijatrijske rehabilitacije individualna asistencija u razvijanju emocionalnih, socijalnih i intelektualnih vještina kod pojedinca koje su potrebne za život, za učenje i rad u zajednici uz što manje profesionalnih intervencija terapeuta (7).

Prema ciljevima rehabilitacije u rehabilitaciji psihijatrijskog bolesnika sudjeluje tim različitih stručnjaka. Oni nisu uvijek i isključivo medicinske struke. Psihijatar, medicinska sestra (tehničar), psiholog, defektolog, radni terapeut, socijalni pedagog i socijalni radnik, čine široku paletu profila koji sudjeluju u rehabilitaciji psihijatrijskog bolesnika (8).

Uspješna rehabilitacija duševnog bolesnika pretpostavlja prije svega suradljivost samog bolesnika, no jednako je važna i spremnost njegove okoline da aktivno sudjeluje u njegovu liječenju. Primarno se to odnosi na njegovu obitelj, a šire na radnu sredinu i na društvenu zajednicu općenito.

Psihosocijalni pristup u rehabilitaciji provodi se planiranjem različitih postupaka. Psihosocijalni postupci kao oblici standardnog liječenja trebali bi biti dostupni bolesniku u procesu liječenja u skladu s njegovim potrebama. Postupci koji se provode su: edukacija o bolesti s planom prevencije recidiva, rad s obitelji, koordinirano liječenje u zajednici, uvježbavanje socijalnih vještina, postupci boljeg suočavanja sa stresom, podrška u zapošljavanju (11).

4.1. Socioterapija

Socioterapija se odnosi na postupke koji naglašavaju socijalne faktore i interpersonalne koji se odnose na obitelj, posao, prijatelje s ciljem promjene ponašanja. Socioterapija uključuje rad s grupama i individuama, koristi teoriju učenja s ciljem obogaćivanja ili poboljšanja socijalnih i životnih uvjeta. U socioterapijskim grupama članove se potiče na poboljšanje međusobne tolerancije, sporazumijevanja, prihvaćanja različitosti te savladavanja emocionalne napetosti. Glavni cilj socioterapijskih tehnika temelji se na tome da se na bolesnika prenese što veća odgovornost za aktivno sudjelovanje u liječenju i što bogatije življenje u socijalnoj sredini. U socioterapiji način dnevnog života postaje instrument za liječenje, koji je osobito važan u podučavanju vještina nužnih za svakodnevni život (9).

4.2. Terapijska zajednica

Terapijska je zajednica metoda socioterapije koja koristi socioterapijsku i psihoterapisjku tehniku za liječenje oboljelih od psihičkih poremećaja neovisno o dijagnozi njihove bolesti. Čest je način organizacije terapijske sredine na bolesničkim odjelima, dnevnim bolnicama te svugdje gdje su osoblje i bolesnici u formalnoj ili neformalnoj interakciji (9).

Četiri načela koja su važna za sve terapijske zajednice su :

- Demokracija – odluke o aktivnostima terapijske zajednice donose svi članovi, osoblje i bolesnici glasanjem.
- Permisivnost - svi članovi trebaju uzajamno tolerirati različite oblike uznemiravajućeg ponašanja ili ponašanja koje odstupa od uobičajenih normi.
- Zajedništvo – odnosi se na osjećaj povezanosti i otvorenosti u komunikaciji članova terapijske zajednice.
- Sučeljavanje s realitetom – da bih se postigla modifikacija neadekvatne komunikacije i ponašanja članovi terapijske zajednice kontinuirano suočavaju sa značenjem i posljedicama koje njihov način komunikacije i ponašanja ima prema drugima (9).

Središnji događaj terapijske zajednice je „veliki sastanak“ , to je redoviti sastanak na psihijatrijskom odjelu ili instituciji koja ima terapijsku zajednicu. Sastanak uobičajeno je jednom tjedno i traje od 60 do 90 minuta. Svrha sastanka je komunikacija i organizacija svakodnevnog života i aktivnosti te psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje. Na sastanku su prisutni svi članovi multidisciplinarnog tima (9).

4.3. Radna terapija

Radna terapija bila je prva metoda rehabilitacije koja se počela razvijati. Primjerena je za oboljele od psihičke bolesti bez obzira na dijagnozu bolesti kada bolest utječe na aktivnosti važne za svakodnevni život. Važno je da izbor aktivnosti koji se koristi u radnoj terapiji ima smisla, da bolesnik za izabrane aktivnosti pokazuje zanimanje, kada se aktivnosti izvode u smislenom kontekstu, u skladu s ciljevima bolesnika (9).

Cilj radne terapije je povećati samostalnost osobe u svakodnevnim aktivnostima, regenerirati je u obitelj i društvo. Radni terapeut koristi ciljane aktivnosti s točno određenom svrhom, kako bi se izazvala terapijska reakcija koja upućuje na cilj terapije. Drugim riječima, uloga radnog terapeuta u postavljanju cilja je da pomogne bolesniku u rješavanju problema, organizaciji vremena, razvijanju socijalnih vještina i odnosa, uključivanje bolesnika u aktivnosti slobodnog vremena, raspolaganje novcem, učenje o mentalnom zdravlju. Radnoterapijski proces sastoji se od : procjene, postavljanja ciljeva, planiranja liječenja, radnoterapijske intervencije i rehabilitacije (9).

Radna terapija ima važno mjesto u programu rehabilitacije. Pruža bolesniku osjećaj sposobnosti za rad, osjećaj pripadnosti i veće vrijednosti.

4.4. Glazboterapija

Glazboterapija predstavlja profesionalnu upotrebu glazbe i njezinih fizičkih, emocionalnih, društevnih, estetskih i duhovnih elemenata kao intervencije u medicinskom, obrazovnom i svakodnevnom okruženju, u radu s pojedincima, skupinama, obiteljima i zajednicama.

Glazba je pogodno, prihvatljivo i vrlo djelotvorno sredstvo za vraćanje čovjeka u društvo, za stvaranje ugodnog raspoloženja, ali i za izrazito stvaranje discipline, koja je potrebna u svakom organiziranom glazbenom radu. Glazboterapija se primjenjuje u svim oblicima stacionarnog liječenja, od dnevne bolnice. Glazbeno terapijski pristup duševnom bolesniku, kao i ostalim bolesnicima mijenja se u okviru napredaka psihijatrije i općenito medicine. U okviru sve kraćih boravaka u sve manjim ustanovama postaje i liječenje glazbom sve intenzivnije uz zahvaćanje svih bolesnika, uspostavljanje što bližih i realno skromnih ciljeva te odabiranje što jednostavnije glazbe i glazbala, u cilju što boljeg i bržeg poticanja bolesnika te stvaranja povoljne kohezije u skupinama. Takvo liječenje primjenjujemo u dnevnim bolnicama. Glazbena aktivnost povezane je s reakcijom vegetativnog živčanog sustava. Uočeno je da se prilikom skladanja glazbe postoji tendencija sinkronizacije disanja i pulsa s ritmom izvođenja glazbe što umiruje bolesnika (10).

4.5. Radna rehabilitacija i zapošljavanje

Rad je važan kako za održavanje mentalnog zdravlja tako i za promicanje oporavka oboljelih od psihičkih poremećaja. Zapošljavanje osoba oboljelih od psihičkih poremećaja daje im mogućnost sudjelovanja u društvu kao aktivnih građana i smanjuje barijere koje su povezane sa stigmom, predrasudama i diskriminacijom. Nesposobnost da se nađe ili zadrži posao može dovesti bolesnika do marginalizacije u društvu, nedostatka financijskih sredstava, socijalne izolacije i stigmatizacije, može narušiti samopoštovanje i kvalitetu života. Zapošljavanje je ključan faktor za poboljšanje pshiosocijalnih vještina, poboljšava ekonomski status, osigurava socijalnu interakciju, pruža pomoć u smislu značenja i svrhe za pojedinca i može biti ključan faktor u poboljšanju kvalitete života (9).

Profesionalna rehabilitacija povećava radnu sposobnost, smanjuje broj boravaka u bolnicama te uključuje bolesnike u kompetativno zapošljavanje u skladu s bolesnikovim mogućnostima. Cilj profesionalne rehabilitacije za osobe s duševnim bolestima je smanjiti funkcionalnu limitiranost poteškoća i facilitirati osnaživanje pojedinca kako bi se mogao zaposliti i živjeti samostalno (9).

Profesionalna rehabilitacija uključuje slijedeće elemente:

- Funkcionalnu procjenu
- Interpersonalni angažman
- Postavljanje individualnih ciljeva
- Profesionalne vještine
- Radne aktivnosti
- Idividualizirani razvoj i zapošljavanje
- Podrška kod zapošljavanja

Rad je odavno poznat kao važan alat u psihijatrijskoj rehabilitaciji. Vrlo je važno da bolesnici budu u radnom odnosu zbog interakciji sa suradnicima, socijalne uključenosti te postizanja osobnu vrijednosti i samopoštovanja. Profesionalna rehabilitacija mora biti integrirana u sustav službi za mentalno zdravlje i sveobuhvatni plan liječenja.

4.6. Psihoedukacija

Informacije o bolesti za oboljele kao što je ranije rečeno se smatraju nespecifičnim psihosocialnim postupkom, dijelom standardnog liječenja koje ima pravni aspekt uključenjem u obavezu informiranja bolesnika u sklopu informiranog pristanka te terapijski aspekt vezan za dogovor o liječenju. Međutim razgovor o dijagnozi za oboljele s dijagnozom psihoze mora imati obilježja specifičnog psihoedukacijskog psihosocijalnog postupka u kojem se objašnjava bolest i mogućnosti liječenja te vodi računa o reakciji oboljelog na dijagnozu. Informacije o dijagnozi daju se u atmosferi nade i optimizma, udružene sa mogućnošću poboljšanja i oporavka.

Pozitivni aspekti uključuju imenovanje problema i pronalaženje adekvatne pomoći u rješavanju, a negativni uključuju nepovoljnu oznaku povezanu sa stigmom i diskriminacijom te doživljavanje dijagnoze kao napada na integritet i identitet osobe. Stoga stručnjaci moraju biti svjesni da razgovor o dijagnozi može imati pozitivni i negativni utjecaj na bolesnika, pa je neophodno da psihijatar ima vještine za provođenje psihoedukacije (31).

Danas se psihoedukacija razvija u psihosocijalnu metodu, koja ima veće ciljeve od davanja informacija o bolesti, međutim još uvijek ne postoji standardizirani postupak primjene.

Preporuča se primjena psihoedukacije kao specifične metode kod oboljelih koji imaju poteškoća s prihvaćanjem dijagnoze, te imaju povećan rizik od samostigmatizacije (31).

4.7. Psihoterapija

Psihoterapija je definirana kao tehnika orijentirana na razumijevanje unutarnjeg psihološkog svijeta i odnosa s drugim ljudima kroz razumijevanje ranijih iskustava koje specifično utječu na percepciju sadašnjosti i utječu na ponašanje. Spoznaja te povezanosti kroz specifično emocionalno iskustvo u terapijskoj situaciji dovodi do promjene i poboljšanja zdravlja. Psihoterapija je liječenje psihičkih/emocionalnih poteškoća upotrebom psiholoških tehnika koje su osmišljene da potaknu komunikaciju konflikta i uvid u probleme s ciljem da dovedu do otklanjanja simptoma, promijene ponašanja, poboljšanjem socijalnog i radnog funkcioniranja te osobnog sazrijevanja. Putem uvida psihoterapija pomaže bolesniku da može vidjeti sebe i svoje probleme na realističan način. Psihoterapija često uključuje tehnike za podizanje svijesti, ili primjerice, omogućavanje drugih mogućnosti razmišljanja, osjećaja ili djelovanja; za povećanje osjećaja dobrobiti ili boljeg svladavanja subjektivne neugode ili potištenosti (11).

Klasične psihoterapijske metode i tehnike koje se koriste u liječenju duševnih bolesnika su:

- Klasična psihoanaliza po Sigmundu Freudu (l856-1939)
- Individualne psihoterapijske tehnike
- Grupne psihoterapijske tehnike (mala, srednja i velika grupa)

- Obiteljska i partnerska psihoterapija, suportivne tehnike
- Psihodrama

5. Psihijatrija u zajednici

Unatrag desetak godina i u RH zaživio je projekt "Psihijatrija u zajednici". Ponuđeno je više opcija smještaja izvan zdravstvene ustanove. Nakon akutnog liječenja, ukoliko se radi o osobi s težim psihičkim problemima i nemogućnošću samostalnog funkcioniranja, predviđen je vaninstitucionalni oblik smještaja u udomiteljske obitelji i u socijalno-zdravstvene ustanove. Primjetan je porast smještaja kroničnih duševnih bolesnika u iste, kao i relativno malen postotak onih koji se rehospitaliziraju. Broj udomiteljskih obitelji u RH je relativno malen, a upitno je koliko socijalno-zdravstvena ustanova pretpostavlja samo oblik transinstitucionalizacije.

Pojava skrbi u zajednici postavila je izazove u pogledu stambenog zbrinjavanja osoba s duševnim bolestima. Osim života s obitelji, izbori uključuju hostele, grupne domove, terapijske komune i podržano neovisno stanovanje. Postoje prelazne kuće koje , bolesnici žive u kući koja je izravno povezana s psihijatrijskim liječenjem u kojoj ovisno o njihovom stanju imaju različiti stupanj podrške profesionalnog osoblja. Prihvaćanje liječenja često je uvjet korištenja takvog stanovanja. Također postoji stanovanje koje nije direktno vezano za liječenje kada bolesnik stanuje u svom domu ili drugom obliku smještaja uz pružanje usluge liječenja tima u zajednici u njegovoj kući ovisno o potrebama. Za osiguravanje smještaja u zajednici potrebna je suradnja sa socijalnom skrbi. Nedostatak adekvatnog smještaja povezan je s rizikom pogoršanja stanja. Potrebno je u dogovoru s socijalnom službom razvijati uvjete smještaja poput prijelaznih smještaja i organiziranog stanovanja. Za izbor najprikladnijeg smještaja osim mogućnostima koje su na raspolaganju važan je osobni izbor osobe koja se smještava. Za sve osobe koje imaju uvjete da žive u svom ili iznajmljenom stanu ili u svojoj obitelji potrebno je organizirati podršku u kući putem timova za akutno i kronično liječenje u zajednici (31).

5.1. Organizirano stanovanje

Ministarstvo znanosti i socijalne skrbi, tada je 2010. donijelo plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost

socijalne skrbi u RH za razdoblje od 2011. do 2018., a svrha je smanjenje ulazaka u institucije u dugotrajni ostanak što je skuplje za javno zdravstvo i povećati izlazak iz institucija u nove oblike skrbi, time povećati samu kvalitetu života, uključujući obiteljsku reintegraciju. Jedan od novijih oblika smještaja bolesnika izvan zdravstvene je organizirano stanovanje (9).

Organizirano stanovanje je stanovanje jedne ili više osoba zajedno, u pravilu do pet osoba, tijekom 24 sata dnevno uz organiziranu stalnu ili povremenu pomoć stručne ili druge osobe u osiguravanju osnovnih životnih potreba te socijalnih, radnih, kulturnih, rekreacijskih i drugih potreba. Ta se pomoć može pružati u stanu ili izvan njega. Skrb izvan vlastite obitelji osigurava se psihički bolesnoj osobi, osobi ovisnoj o alkoholu, drogi ili drugim opojnim sredstvima, kojoj nije potreban smještaj u bolnici, a skrb joj se ne može pružiti u vlastitoj obitelji (9).

Prednosti organiziranog stanovanja su sigurno i kućno okruženje integrirano u lokalnoj zajednici, razvijanje novih i održavanje postojećih odnosa, aktivnosti u lokalnoj zajednici, razvoj životnih vještina (nabava namirnica, kuhanje, čišćenje, raspolaganje novcem).

Dugotrajno stanovanje uz pristup fleksibilnoj podršci smatra se idealnim rješenjem za osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja. Smanjenje psihičkih simptoma samo po sebi nije dovoljno, osobu moramo promatrati u cjelini i način na koji funkcionira. Pravo na život u zajednici jedno je od temeljnih ljudskih prava. Život u zajednici ne podrazumijeva samo fizičku prisutnost, njega karakteriziraju odnosi i aktivnosti, stečena iskustva i emocije. Organizirano stanovanje podrška je u zajednici, te stvara alternativu institucijalizaciji. Sve veća uključenost duševnih bolesnika u zajednicu mijenja stavove društva.

Udruga za psihosocijalnu pomoć „Susret“ bavi se pružanjem podrške osoba s psihičkim smetnjama u zajednici. Od 2007. godine udruga „Susret“ vodi projekt „Organizirano stanovanje za osobe sa psihičkim smetnjama“. Projekt pridonosi razvoju izvaninstitucionalnih oblika skrbi, humanizaciji života osoba s psihičkim smetnjama, promjeni uloge u njihovoj socijalnoj sredini i resocijalizaciji (9).

6. Forenzička psihijatrija

Forenzička psihijatrija je danas cjelovita i zasebna supspecijalistička disciplina koja je imala svoj povijesni razvoj. On je s jedne strane pratio razvitak psihijatrije, a s druge strane razvitak društva i pravne znanosti koja je oduvijek zakonskim propisima određivala poseban status za duševne bolesnike. Još i prije utemeljenja Rimskog prava duševni bolesnici su u društvu imali drugačiji status. Rimsko ih pravo ekskulpira i izuzima od kazne. U suvremenoj forenzičkoj psihijatriji duševnom se bolesniku pristupa kao osobi s posebnim problemima i potrebama. Danas se forenzička psihijatrija bavi vještačenjima u kaznenim i građanskim predmetima te psihijatrijskim liječenjem duševnih bolesnika počinitelja kaznenih dijela (11).

Forenzička psihijatrija je dio psihijatrije koja egzistira od početka razvoja znanstvene psihijatrije. Ona prati razvoj same psihijatrijske znanosti, ali i svih nauka koje se bave na bilo koji način problemima kriminaliteta. Proučavanjem delinkventne osobe kao bio-psihosocijalnog bića počela su se mijenjati shvaćanja o socijalnim i pravnim odnosima u društvenoj zajednici. Stručnjaci iz područja prava, kriminologije, psihologije i psihijatrije bave se problemima psihički abnormalnih delinkvenata s najrazličitijih aspekata. Novim spoznajama i dostignućima na tom području zauzimaju se napredniji stavovi te krivično-pravna zakonodavstva mnogih zemalja postupno mijenjaju vrstu krivičnih sankcija prema takvim delinkventima u tzv. mjere sigurnosti. Međutim, same mjere sigurnosti bez adekvatnog tretmana i liječenja nisu dovoljne za otklanjanje njihove opasnosti, niti za kvalitetnu rehabilitaciju i resocijalizaciju. Pretjerano isticanje društvene opasnosti od duševnog bolesnika i potreba da ga se isključi iz društva i smješta u azile može izazvati daljnju, pojačanu nasilnost bolesnika. Moderna psihijatrija se trudi otkloniti takva zastarjela, kriva shvaćanja gdje se svaka duševna bolest poistovjećuje s društvenom opasnošću. Iz tog razloga se vremenom sve veća pažnja posvećuje tretmanu i liječenju forenzičkih bolesnika da bi se ne samo uklonila njihova opasnost, nego i postigla što potpunija rehabilitacija te konačno i reintegracija u društvo (12).

Duševna bolest ili neki drugi psihički poremećaj mogu pojedinca učiniti neubrojivim. S obzirom na to da je ubrojivost uvjet kaznene ne odgovornosti, na neubrojive osobe ne mogu prema našem kaznenom zakonu, primijeniti kazneno pravne sankcije. Kada hrvatski kazneni sud na osnovi psihijatrijskog vještačenja, ocijeni da je neka osoba protupravno djelo počinila

u stanju neubrojivosti, određuje prisilni smještaj te osobe u psihijatrijsku ustanovu ili joj određuje prisilno psihijatrijsko liječenje na slobodi u trajanju od šest mjeseci. Ako bolesnik kojemu je određeno prisilno liječenje na slobodi to liječenje izbjegava, na prijedlog psihijatra koji ga liječi, sud može donijeti rješenje da ga se prisilno hospitalizira. Psihijatrijsko liječenje neubrojive osobe na slobodi može trajati najduže pet godina (11).

Važno je spomenuti građansko - pravno područje forenzičke psihijatrije koje se odnosi na zaštitu prava i interesa duševnog bolesnika. Najčešće se vještačenjem procjenjuje mentalna sposobnost pojedinca kojeg se vještači, sposobnost duševnog bolesnika da svjedoči na sudu, problem naknade štete koju duševni bolesnik nanese (11).

7. Mjere prisile prema osobama s duševnim smetnjama

U RH 1997. godine donesen je prvi puta Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS). Do tada nije bilo pravne regulative za provođenje mjera prisila dok su u ostalim zapadnim europskim državama veće prepoznavali važnost ZZODS. Mjere prisile onemogućuju slobodu čovjeka i smanjuju njegovo dostojanstvo. Duševni bolesnici su najslabija karika u bilo kojem društvu, a sama primjena mjere prisile ne pridonosi njihovoj autonomiji i poštivanju osobnosti (13).

Zabranjeno je koristit mjere prisile u način kažnjavanja duševnog bolesnika. Intervencija prema osobi s duševnim smetnjama treba biti opravdana, i medicinski utemeljna. Ukoliko se krši takav postupak, svaka manipulacija smatra se ponižavajućim i nehumanim za duševnog bolesnika. Prva zabilježena uporaba mjere prisile koja se odvijala u antičkom vremenu je izolacija. Povijesno gledajući tražili su se načini za bolje uvijete duševnih bolesnika. Spoznaju o poštovanju ljudskih prava u 18. stoljeću prepoznato je u Francuskoj revoluciji. Francuski liječnik Philippe Pinel poznat je po tome što je oslobodio duševne bolesnike s lanca. Svojom reformom Pinel je pokrenuo nocu eru u psihijatriji. U to vrijeme razvijali su se pokreti protiv mehaničkog sputavanja, te John Conolly, engleski liječnik je osmislio sobu za sekluziju obloženu mekanim materijalima.

Primjena mjera prisila imala je značajan pad u korištenju u terapijske svrhe u drugoj polovici 20. stoljeća, zbog primjene drugih metoda liječenja u psihijatriji.

Prikazom jedne europske studije utvrđeno je da, gotovo jedna trećina bolesnika koji se prisilno liječe na psihijatrijskim odjelima podliježu individualnim mjerama prisile, poput izolacije, mehaničkog sputavanja ili primjene medikacije unutar prva četiri tjedna liječenja (16).

Mjere prisile iako nose mnoge etičke i moralne dileme, još se uvijek koriste u zbrinjavanju bolesnika s težim duševnim smetnjama, koji je u akutnoj fazi bolesti te predstavlja prijetnju sebi ili drugim osobama.

7.1. Primjena mjere prisile

Mjere prisile su metode i sredstva fizičkog ograničavanja kretanja te djelovanja na bolesnika. U pravilniku o primjeni mjera prisile opisuju se vrste i načini prisile a to su: odvajanje (izolacija) i sputavanje (fiksacija). Odvajanje bolesnika uključuje smještaj u zasebnu sobu. Sputavanje bolesnika uključuje fiksaciju magnetnim trakama i pojasevima.

Primjenu mjera prisile propisuje liječnik psihijatar, sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, kao iznimnu mjeru kada sve poduzeto u pripremnom postupku nije postiglo učinak. U slučaju iznimne žurnosti, odluku o primjeni mjera prisile mogu donijeti doktor medicine druge specijalnosti ili medicinska sestra/medicinski tehničar i o tome su obvezni odmah obavijestiti psihijatra. Medicinske sestre/medicinski tehničari mogu primijeniti mjere prisile samo u iznenadnim i hitnim situacijama kada procjene da postoje ozbiljna opasnost da bolesnik ugrozi osobnu i sigurnost okoline, a pritom obvezno procjenjuju: znakove nasilnog i samodestruktivnog ponašanja i posljedice koje bi mogle nastati ako ne bi primijenili mjeru prisile, vodeći se pritom svojim saznanjem i iskustvom o ponašanju svakog bolesnika pojedinačno (17).

Sputavanje se primjenjuje kao fizičko sputavanje korištenjem pomagala koji mogu biti : magnetni remen, magnetni pojas, kožni remen za zglobove, platnene vezice i zaštitna košulja, te kemijskim putem tj. sedacijom. Sputavanje se može odrediti na maksimalno vrijeme od 4 sata. Nakon 4 sata psihijatar ponovno procjenjuje potrebu za daljnjim sputavanjem. Ukupno vrijeme sputavanja ne smije biti dulje od 24 sata (17).

Postupak primjene mjere sputavanja provodi najmanje pet medicinskih sestara/medicinskih tehničara u timu, a sam postupak traje 15-20 minuta. Postupak se provodi brzo i bez oklijevanja, kao rutinska i regularna procedura. Sputavanje se primjenjuje uvijek na velikim zglobovima kako bi uvijek bio dostupan intravenski put i moguća primjena farmakoterapije. Pritom se mora paziti na čvrstoću zategnutosti fizičkih pomagala. Sputavanje se može provesti oblačenjem bolesnika u zaštitnu košulju.

Bolesniku koji je sputan u pravilu se omogućava razgibavanje svaka dva sata po 15 minuta i obavljanje ostalih potreba pod nadzorom zdravstvenih radnika. Bolesniku koji je sputan mora se osigurati dovoljan unos tekućine te pratiti njegov puls, tlak i temperatura, stanje kože,

mokrenje, stolica, bol i druge vitalne funkcije, u pravilu svakih 15 minuta prva 2 sata, a nadalje ovisno o okolnostima i uputi doktora medicine. Prilikom hranjenja potrebno je osloboditi bolesniku jednu ruku ili olabaviti fizičko pomagalo ako za to postoji mogućnost, a ako to nije moguće, bolesnika je potrebno hraniti (17).

Privremena mjera prisile koja se koristi u iznimnim ekstremnim slučajevima je odvajanje bolesnika tj. izolacija. Koristi se kod izrazite bolesnikove agresivnosti. Odvajanje se primjenjuje samo ako su manje restriktivne mjere neefikasne u očuvanju ili preusmjeravanju bolesnikova ponašanja. Soba za odvajanje je posebna prostorija na odjelu namijenjena samo za mjeru odvajanja bolesnika i ima video nadzor. Prilikom izolacije bolesnika ne smije se istovremeno primjenjivati mjera sputavanja.

U medicinskoj i sestrinskoj dokumentaciji primjena mjera prisile za svakog bolesnika obvezno se evidentira. Vođenje dokumentacije za primjenu mjere izolacije bolesnika ili mjere sputavanja bolesnika je isto. U dokumentaciji moraju biti navedeni sljedeći podaci: razlozi primjene mjere prisile, zdravstveni radnik koji je odredio primjenu mjere prisile, zdravstveni radnici koji su sudjelovali u primjeni mjere prisile i odgovorna osoba za njezino određivanje. U sestrinsku dokumentaciju upisuju se sljedeći podaci: ime i prezime bolesnika, datum i vrijeme primjene mjere prisile, razlog primjene mjere prisile, alternativne mjere koje su primijenjene u pripremnom postupku, trajanje mjere, sve promjene ponašanja i ponašanje bolesnika nakon primjene mjere prisile, cjelokupna njega bolesnika i mjere sigurnosti, unos i izlučivanje tekućine te pauze od primjene mjere prisile.

Institucija je obvezna donijeti taktiku prevencije nasilja na radnome mjestu i omogućiti edukacije medicinskog osoblja kako bi se moglo prepoznati promjene ponašanja među bolesnicima te steći vještine postupanja u ekscesnim situacijama. Kada osoblje primjenjuje u okolini smiren razgovor sa bolesnicima te smirujući ton, kontrolu vlastitih osjećaja stvaramo preduvjete za manjom potrebom primjenom mjera prisile (17).

8. Etika

Medicinska etika dio je opće znanstvene discipline koja se bavi jednim od bitnih područja ljudskog življenja, problematikom morala. Liječnik svoju zadaću ne može obaviti isključivo znanjem i vještinama, bez emocija, bez pozitivnog odnosa prema bolesniku u cjelini kao ljudskom biću. Liječnikova moralna izgrađenost bitno utječe na kvalitetu njegova svakodnevnog rada (43). Osim moralnih dvojbi u etici govorimo o poimanju lošeg i dobrog, nedopuštenog i dopuštenog, o nepoštenom i poštenom (19). Osnovna načela medicinske etike su: autonomija, pravednost, dobročinstvo i neškodljivost (4).

Mnoge struke i profesije imaju svoje etike, a medicinska etika je jedna od najstarijih. Nastala je prije 2500 godina na otoku Kosu na kojem se rodio i medicinski obrazovao Hipokrat. Uz Hipokrata veže se liječnička zakletva. To je i danas ključni dokument medicinske etike, jer se u cjelini bavi etičkim načelima i normama vezanim uz liječničku profesiju, pa su se na nju nadovezali ostali etički kodeksi liječnika. To je ujedno i prvi poznati takav dokument. Hipokratova je zakletva odigrala veliku ulogu u formiranju europsko-američkog moralnog sustava (20).

8.1. Etika u psihijatriji

Etika u psihijatriji je dio medicinske etike, medicinska etika je grana etike, zasebnog područja filozofije. Izdvajanje psihijatrijske etike kao jedinstvene discipline donose karakteristike osoba s duševnim smetnjama, a posljedično tome i specifičnosti psihijatrije kao profesije i grane medicine. Važno je naglasiti odgovornost zdravstvenih djelatnika u zaštiti ljudskog dostojanstva i ličnosti osoba s duševnim smetnjama. Duševni bolesnik može biti nesvjestan svojih odluka, te ponekad neće moći zastupati svoje interese (11).

U modernoj psihijatriji etika se temelji na dvije osnovne etičke tradicije: teleološka i deontološka tradicija. Teleološka tradicija bavi se sagledavanjem efekta liječnika prema bolesniku, bilo pozitivno ili negativno. Deontološka tradicija odnosi se na zadaće liječnika prema bolesniku i izvor je stvaranja etičkih i zakonskih normi, koje u konačnici reguliraju

odnos liječnik-bolesnik. U istraživačkoj praksi, koja je ujedno i etički najizazovnije područje psihijatrije, najviše se koristi deontološka tradicija, a u drugi koncept se stavlja teleološka tradicija. Često takav način rada daje misli bolesniku da je iskorišten u testne svrhe. Psihijatrija kao znanost ima jednu užu specijalnost, a zove se forenzička psihijatrija te za sobom poteže velike etičke dileme. Psihijatar ne može izbjeći obveze prema pravosudnom sustavu ako je pozvan kao vještak na svjedočenje. Poštivanje osobe i objektivnost su temeljne vrijednosti forenzičke psihijatrije. Liječnici da donesu što pravedniju etičku odluku u slučajevima prakse te dvije vrijednosti im pomažu (21).

8.1.1. Povijesni pregled etike u psihijatriji

U najstarije doba poimanje duševnih bolesti, ali kao i svih drugih bolesti svodilo se na nadnaravne sile. Duševni poremećaji uklapali su se u demonističko shvaćanje prema kojem su bolesti posljedica zlih duhova. U Babilonaca i Egipćana postoji demonistiko shvaćanje te su se liječenjem duševnih bolesnika bavili svećenici i vračevi. Stari Grci i Rimljani svoje duševne bolesnike liječili primjenom somatske terapije. Kršćanska civilizacija daje mišljenje da je bolesnik opsjednut i te ga je potrebno liječiti egzorcizmom. U 16. Stoljeću dolazi do napretka u liječenju duševnih bolesnika te je za to najzaslužniji Paracelus. Prvi je napisao klasični spis o duševnim bolestima smatrajući ih prirodnim, provodi novu klasifikaciju duševnih bolesti. Francuska revolucija stvara unapređenje za prava ljudi i psihijatrijske bolesnike. Francuski liječnik Philippe Pinel 1793. godine oslobađa duševne bolesnike iz bolnice u Parizu (6).

Nurnbergškim kodeksom koji je uslijedio nakon "doktorskog procesa", jednog od suđenja nacističkim zločincima nakon Drugog svjetskog rata, počinje suvremena povijest etike u psihijatriji. "Nurnbergški etički kodeks" objavljen 1947. jedan od rezultata doktorskog procesa nije se obvezao ni za jednu zemlju ili organizaciju, utjecao je na medicinsku praksu u svijetu, a njegovih 10 načela integriran je u sve kasnije etičke kodekse. Svjetsko psihijatrijsko društvo sedamdesetih godina zadužilo je švedskog psihijatra C. Blomquista da napravi nacrt deklaracije etičkih načela u psihijatriji. Na Generalnoj skupštini tog društva na Havajima 1977. ta su načela prihvaćena (22).

Do devedesetih godina prošlog stoljeća u hrvatskoj psihijatrijskoj publicistici nema zasebnih članak koji se bave izazovima i pitanjima etike u psihijatriji. Pokretanjem kolegija

medicinske etike na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, 1995. godine posebna je pozornost posvećena etičkim pitanjima u psihijatriji. Odluka Sabora RH u lipnju 2012. godine da se 6. lipnja obilježava kao „Dan prava osoba s duševnim smetnjama u RH “ značajno je pridonijela otvaranju rasprave o etičkim izazovima u psihijatriji (11).

8.2. Opća deklaracija o ljudskim pravima

Opća deklaracija o ljudskim pravima proglašena je 10. prosinca 1948. godine na Generalnoj skupštini Ujedinjenih naroda, i danas se obilježava Dan ljudskih prava. Usvajanje ove deklaracije potaknuto je teškim kršenjem ljudskih prava tijekom Drugog svjetskog rata. Opća deklaracija o ljudskim pravima nije pravno obavezujuća, danas se smatra međunarodnim standardom ljudskih prava i ishodište je pri izradi pravnih standarda zaštite ljudskih prava (23).

Počevši od temeljnog prava "da se sva ljudska bića rađaju slobodna, jednako vrijedna i imaju ista prava" kao i da "imaju pravo uživati sva prava i slobode navedene u ovoj Deklaraciji bez iznimke", vidimo da su u njemu sadržana i osnovna ekonomska, socijalna i kulturna, kao i građanska i politička prava.

Po završetku usvajanja Opće deklaracije o ljudskim pravima, članovi UN-a su razvili dva međunarodna sporazuma o građanskim i političkim pravima, ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima. Na temelju tih sporazuma i Deklaracije donesen je Međunarodni zakon o ljudskim pravima i brojni drugi ugovori o posebnim pravima npr. žena i djece, o ukidanju mučenja i rasne diskriminacije.

8.2.1. Havajska deklaracija

Prvi međunarodni izvor koji je uređivao etička pitanja u svezi psihijatrijskom profesijom je bila Havajska deklaracija. Glavni povod za usvajanje Havajske deklaracije bila je politička zlouporaba psihijatrije u zemljama kao što su Rumunjska, Južna Afrika i Sovjetski Savez. Deklaracija je usvojena 1977. godine u Honoluluu na 6. Svjetskom psihijatrijskom kongresu,

godine postavljajući etičke upute za psihijatrijsku praksu. Deklaracija je prilagođena specifičnostima psihičkih poremećaja. Havajskom deklaracijom je utvrđeno unapređenje mentalnog zdravlja, te da psihijatar treba služiti najboljim interesima bolesnika kojeg liječi.

Havajska deklaraciju utvrđuje etičke smjernice a to su :

- Odnos između psihijatra i bolesnika
- Dužnosti psihijatra prema bolesniku
- Proces liječenja, uključujući i klinička ispitivanja, istraživanja i edukaciju
- Prisilno liječenje

Etičke smjernice koje su donesene u Havajskoj deklaraciji za cilj psihijatrije imaju liječenje duševnog poremećaja. Liječnik psihijatar će djelovati za najbolji interes bolesnika poštivajući sve etičke standarde. Svaki psihijatar treba bolesniku omogućiti najbolju moguću terapiju uz bezuvjetno poštivanje dostojanstva bolesnika. Odnos između bolesnika i liječnika treba biti terapijski. Terapijski odnos traži suradnju, povjerenje i međusobnu odgovornost. Svaki odnos bolesnika mora biti detaljno objašnjen. Psihijatar treba informirati bolesnika o prirodi svog stanja, terapijskim postupcima uključujući alternativne metode i moguće ishode. Informacije se trebaju bolesniku ponuditi na način da može izabrati koju metodu liječenja želi. Protivno volji bolesnika ne smiju se provoditi nikakvi tretmani ni liječenje. Ukoliko bolesnik boluje od težih duševnih poremećaja takvu odluku određuje skrbnik ili zakonski zastupnik. Kada prestane neophodnost za prisilno liječenje, psihijatar je dužan prestati s prisilnim liječenjem. Ukoliko je potrebno daljnje liječenje, bolesniku treba omogućiti dobrovoljni pristanak. Psihijatar nikada ne smije upotrijebiti svoje profesionalne mogućnosti da prekrši dostojanstvo ili ljudska prava bilo kojeg bolesnika. Kada bolesnik ili neka treća strana zahtijeva radnje protivno znanstvenim spoznajama ili etičkim standardima, psihijatar mora odbiti suradnju. Psihijatar mora čuvati strogo povjerljivo sve što mu je bolesnik rekao tijekom pregleda, osim ako bolesnik ne da svoju suglasnost. Ako bolesnikove informacije upućuju na neko kazneno djelo ili ugrožava sigurnost zajednice, takve informacije psihijatar je dužan priopćiti. Ukoliko se slučaj bolesnika koristi za promociju i istraživanje psihijatrije, neophodno je dobiti bolesnikov pristanak. Psihijatar će upotrijebiti sve mjere da se održi dostojanstvo i anonimnost bolesnika. Bilo kakve radnje protivno ovoj Deklaraciji moraju se obustaviti (24).

8.2.2. Madridska deklaracija

Uvažavajući razvoj medicine i socijalne promijene u društvu Svjetsko psihijatrijsko udruženje donijelo je Madridsku deklaraciju. Madridska deklaracija donesena je 1996. godine u Madridu. Dijeli se na 3 poglavlja. Prvo i drugo poglavlje navodi etičke obaveze struke i ne odstupa previše od Havajske deklaracije. Treće poglavlje Deklaracije proučava strategije za specifične postupke u psihijatriji. Etički odbor Svjetskog psihijatrijskog udruženja ukazuje na potrebu razvoja specifičnih uputa za izvjesne specifične situacije. Od 1996.-2011- prihvaćeno je 16 specifičnih uputa (25).

U prvom poglavlju Madridske deklaracije opisuju se obaveze psihijatrijske profesije. Psihijatri moraju biti svjesni specifičnih etičkih zahtjeva vezanih za psihijatriju, također moraju se zalagati za pravedno i ravnopravno postupanje prema osobama oboljelim od duševnih poremećaja. Psihijatri trebaju biti svjesni granica koje postoje u odnosu psihijatar-bolesnik, poštivati bolesnike i brinuti se za njihovu dobrobit i integritet. Drugo poglavlje Madridske deklaracije sedam uputa kojih bi se trebali pridržavati psihijatri diljem svijeta.

U trećem poglavlju Madridske deklaracije donesene su upute koje se odnose na specifične situacije i postupke. Etičko povjerenstvo Svjetskog psihijatrijskog društva usvojilo je 16 specifičnih situacija a to su:

- Eutanazija
- Tortura
- Smrtna kazna
- Spolna selekcija
- Transplantacija organa
- Psihijatri i obraćanje u medijima
- Psihijatri i diskriminacija na osnovu etičke i kulturalne pripadnosti
- Psihijatri i genetska istraživanja
- Etika u psihoterapiji
- Sukob interesa povezan uz industriju
- Sukobi povezani s trećem stranom u zdravstvenom sustavu
- Kršenje profesionalnih granica i povjerenja između psihijatra i bolesnika

- Zaštita prava psihijatra
- Priopćavanje dijagnoze Alzheimerove bolesti i drugih demencija
- Dvostruka odgovornost psihijatra
- Rad s bolesnicima i njegovateljima

Etički se standardi trebaju primjenjivat prilikom izbora populacijskih grupa u svim vrstama istraživanja, uključujući epidemiološka i sociološka istraživanja. Psihijatri uvijek trebaju biti svjesni svojih granica koje postoje u odnosu psihijatar – bolesnik, poštivati bolesnike i brinuti se za njihovu dobrobit (25).

9. Načela i standardi u liječenju duševnih bolesnika

U Načelima zaštite osoba sa duševnim oboljenjima i poboljšanju duševnog zdravlja, donesenim na Plenarnom sastanku UN-a, 17. prosinca 1991. iznijeta su mnoga prava koja imaju osobe oboljele od psihičkih poremećaja. Načela se navedeno moraju primijeniti bez osuđivanja na bilo koju osnovu, bilo da se radi o vjerskim, spolnim, seksualnim, jezičnim, rasnim, etničnim, socijalnim ili drugim osobinama. Osoba oboljela od psihičke bolesti ne smije biti stigmatizirana na temelju svoje bolesti. Osobe oboljele od psihičke bolesti imaju pravo na liječenje u najmanje striktnoj okolini, život u zajednici i sa najmanje restriktivnim tretmanom. Naglašava se važnost individualnog plana liječenja koje mora biti fokusirano na očuvanje i unapređenje osobne samostalnosti (18).

Etički aspekti skrbi za duševne bolesnike odnose se na: prava bolesnika i ograničenje prava u psihijatriji, informiranom pristanku, sposobnosti davanja pristanka,i dobrovoljno davanje pristanka, prisilna hospitalizacija i prisilni smještaj bolesnika, lišenje poslovne sposobnosti, odnos psihijatar-bolesnik, te smanjenja stigme psihijatrijskog bolesnika.

Određenim standardima u psihijatrijskoj praksi doprinosimo razvoju psihijatrije i etičnom postupanju prema bolesniku. Potreban je terapijski savez bolesnika i liječnika. Terapijski savez je glavni prediktor povoljnog ishoda liječenja stoga svi stručnjaci koji rade s oboljelim od duševnih bolesti, moraju imati kompetencije za uspostavljanje terapijskog odnosa i terapijskog saveza.

9.1. Profesionalni odnos psihijatar – bolesnik

Spoznaje o psihološkim proživljavanjima bolesnika kao i spoznaje o odnosu psihijatar-bolesnik vrlo su važne za cjelokupan medicinski pristup svakom bolesniku. Terapeutski odnos osigurava stavljanje bolesnikovih potreba uvijek na prvo mjesto. Od psihijatra se očekuje da uz liječenje osnovne, organske bolesti koristi i psihoterapijski pristup koji je pomoćno, ali značajno terapijsko sredstvo. Kako je odnos psihijatar - bolesnik rezultat međusobnog djelovanja triju dinamika sustava koji čine: bolest bolesnika, osobna reakcija bolesnika na

bolest i psihijatra, te reakcije psihijatra na bolesnika i njegovu bolest. Zadatak je psihijatra da prateći ovaj odnos, otkloni nastale poremećaje u ovim sustavima, da bi terapijski cilj, a to je uspješno liječenje bolesnika, bio što potpunije postignut (26).

Liječnik psihijatar na dnevnoj bazi susreće bolesnike koji iz raznih razloga ne žele sudjelovati u liječenju. Uvjeti za razgovor s takvim bolesnikom mogu biti nepovoljni što u konačnici dovodi do smanjene motiviranosti psihijatra i bolesnika. Od psihijatra se u takvim trenutcima očekuje da uspješno upravlja odnosnom psihijatar-bolesnik i to koristeći slijedeće osobine: tolerancija tuđih etičkih načela poglavito prema političkim i religioznim uvjerenjima, visok stupanj tolerancije prema agresiji, sposobnost savladavanja straha, strpljivost, suosjećajnost (21).

U odnosu liječnika prema bolesniku treba prenositi poštovanje i jedinstvenu brigu. Terapijski odnos nerijetko predstavlja jedini element koji bolesnika motivira na liječenje, što je osobito važno kada bolesnici odbijaju pomisao da im je liječenje potrebno. Terapijski savez bolesnika i psihijatra definira problem bolesnika i rad prema njegovu rješavanju. S nekim bolesnicima je teže uspostaviti terapijski odnos, ali na njemu treba ustrajati. Stjecanjem povjerenja u odnosu psihijatar – bolesnik je proces, jer se osobe koje boluju od duševnih bolesti boje bliskog kontakta a istovremeno ga i žele. Put da se stekne bolesnikovo povjerenje je dug, ali kada se postigne daje efikasan odgovor (9).

Čuvanje liječničke, odnosno medicinske tajne obveza je svih psihijatrijskih djelatnika. Odavanje tajne psihijatrijskog bolesnika mnogo je osjetljivije i ima teže posljedice nego odavanje tajne u nekim drugim granama medicine. Razlog tome je stav i odnos socijalne sredine prema duševnom bolesniku. Neetično je i kažnjivo odavanje same činjenice da je netko hospitaliziran u psihijatrijskoj bolnici. Liječnik psihijatar po pitanju odavanja dali bolesnik leži u bolnici ili ne, treba poštovati volju bolesnika, slijediti liječničku etiku i deontologiju zdravstvenih radnika. Tim pristupom pridonosi odnosu psihijatar – bolesnik i stvara terapijsko povjerenje (27).

ZZODS nalaže da je liječnik obavezan čuvati kao tajnu sve ono što sazna tijekom liječenja osobe s duševnim smetnjama. Svi stručnjaci su dužni čuvati medicinsku tajnu bolesnika, psihijatri i drugo medicinsko osoblje ne smiju javno komentirati stanje bolesnika niti otkrivati njegov indentitet.

Čuvanje liječničke tajne obuhvaća svu pisanu dokumentaciju bolesnika. Medicinska dokumentacija je skup medicinskih zapisa i dokumenata nastalih u procesu pružanja zdravstvene zaštite kod ovlaštenih pružatelja zdravstvene zaštite koji sadrže podatke o zdravstvenom stanju i tijeku liječenja pacijenata. Medicinska dokumentacija se jedino može dati na uvid sudu za ostvarivanje prava bolesnika, uz prethodni pristanak bolesnika (28). Klinički i drugi materijali koji se koriste u predavanjima ili znanstvenim tiskovinama moraju prikriti indentitet osoba s duševnim smetnjama o kojima govore. Za sudjelovanje na predavanjima i vježbama koje služe za podučavanje budućih stručnjaka za područje mentalnog zdravlja treba vaš usmeni pristanak. Za najbolje interese bolesnika potrebno pažljivo čuvati podatke (29).

9.2. Prava bolesnika

Prema etičkom kodeksu psihijatrijske profesije, važni su poštovanje i autonomija bolesnika, odnos s poštovanjem, zaštita prava i interesa pacijenata, odnos osnivan na povjerenju, dogovoru i uzajamnom poštovanju te poštovanju privatnog života. Postoji niz zakona o pravima bolesnika, značajan nam je „Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama“ . ZZODS u svom najvećem dijelu propisuje postupke prijema u psihijatrijsku ustanovu. ZZODS daje prednost izvanbolničkom liječenju i time podržava organizaciju službe po tipu „Psihijatrija u zajednici“ (32). Hrvatski sabor je na sjednici održanoj 1. lipnja 2012. godine proglasio 6. lipnja „Danom prava osoba s duševnim smetnjama u RH “. Taj je Dan Hrvatski sabor utemeljio jer je 6. lipnja 1880. g. naredbom Kraljevske zemaljske vlade, odjel unutarnji, proglašen Statut kraljevskog Zemaljskog zavoda za umobolne u Stenjevcu, kako se tada zvala Klinika za psihijatriju Vrapče, se osvijesti činjenica da su prava osoba s duševnim smetnjama, unatoč nizu deklaracija, rezolucija i zakonskih rješenja ugrožena te da je neophodno potrebno:

- ukazivati na još uvijek široki spektar nedovoljno osiguranih prava duševnih bolesnika;
- poticati sve aktivnosti usmjerene na pretvaranje univerzalno prihvaćenih načela u svakodnevnu praksu hrvatske psihijatrije;
- poticati pravedan odnos cijelog hrvatskog društva prema duševnim bolesnicima.

Svjetska psihijatrijska asocijacija globalna organizacija koja predstavlja gotovo 250.000 psihijatara, potiče vlade svih zemalja da osiguraju da se osobe s psihičkim bolestima invalidnošću i smetnjama mentalnog zdravlja ne diskriminiraju na temelju statusa svog mentalnog zdravlja. Svjetska psihijatrijska asocijacija se zalaže da svi duševni bolesnici trebaju biti jednako tretiranu kao i drugi građani te iz toga proizlaze navedena prava :

1. Pravo na pristupačnu i dostupnu psihičku i fizičku zdravstvenu skrb;
2. Pravo na samostalni život u zajednici kao i drugi građani;
3. Pravo na rad, mogućnosti zaposlenja i zaštite na radnom mjestu, uključujući afirmativne radnje, kao što je to dostupno drugim građanima;
4. Pravo na primjereni prihod da se zadovolje osnovne potrebe za hranom, smještajem, odjećom i drugim osnovnim potrebama;
5. Pravo na pristupačan, integriran i dostupan smještaj (stanovanje);
6. Pravo na obuku i obrazovanje kakvo je omogućeno drugim građanima;
7. Pravo na slobodu kretanja i otklanjanje ograničenja na slobodno putovanje;
8. Pravo posjedovanja, nasljeđivanja i raspolaganja imovinom i dobivanjem odgovarajuće podrške u provođenju istih;
9. Pravo na sklapanje braka, vlastitu djecu, posvojenje djece te podizanju obitelji, uz dodatnu podršku kada je to potrebno;
10. Pravo određivanja vlastite budućnosti i donošenja vlastite životne odluke;
11. Pravo glasovanja i pravo biti birani na javne funkcije;
12. Pravo na jednako prepoznavanje pred zakonom kao i ostali građani te pravo na punu zaštitu zakona;
13. Prava na slobodu od okrutnog, nehumanog i ponižavajućeg tretmana i kazne;
14. Pravo na povjerljivost i privatnost;

15. Pravo na sudjelovanje u kulturnim i socijalnim aspektima života unutar zajednice te pravo na prakticiranje religije po svojem odabiru (30).

Svaka osoba s duševnim smetnjama ima pravo na zaštitu i unapređenje svog zdravlja, na jednake uvijete liječenja kao i osobe smještene u druge zdravstvene ustanove. Unatoč boljem razumijevanju nastanka i liječenja duševnih poremećaja, takve bolesnike društvo i dalje ne prihvaća kao svoje ravnopravne članove.

9.3. Informirani pristanak

Prema ZZODS smetnjama informirani pristanak je: "Slobodno dana suglasnost osobe s duševnim smetnjama za provođenje određenog liječničkog postupka, koje se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i opasnosti tog liječenog postupka i drugih mogućnosti liječenja" (32).

Postoje dvije temeljne kategorije sposobnosti za davanje pristanka kod osoba s duševnim smetnjama. Prva se odnosi na zakonsku relevantnost (osoba mora biti punoljetna sa očuvanom poslovnom sposobnošću), druga je klinička relevantnost za donošenje samostalnih odluka kod koje je situacija mnogo složenija.

Potpisivanje suglasnosti za liječenje, odnosno informirani pristanak obaviještenog bolesnika je rezultat procesa komunikacije između liječnika i bolesnika u kojem bolesnik dobiva informacije važne za donošenje odluke o liječenju. Istraživanja potvrđuju da liječenje obaviještenog bolesnika pokazuje bolje rezultate, stoga je važno raditi na poboljšanju kvalitete ovog procesa. Svi postupci u medicini , pa tako i postupci u okviru psihijatrijskog liječenja provode se na osnovu slobodnog informiranog pristanka. Poticanje kulture dobrovoljnosti liječenja je osobito važno u psihijatriji jer proizvodi bolje učinke liječenja. Prema ZZODS sve osobe primljene na bolničko psihijatrijsko liječenje po čl .25 koje su sposobne donijeti odluku o liječenju uključujući i osobe lišene poslovne sposobnosti obavezno potpisuju informirani pristanak za liječenje, s čime potvrđuju da su dobile dovoljno informacija o svom zdravstvenom stanju i liječenju kako bi mogle donijeti odluku, te da su svoju suglasnost dali svojom slobodnom voljom. Da bi informirani pristanak na liječenje bio valjan, neophodno je da budu ispunjeni sljedeći uvjeti:

adekvatnost informacija za donošenje odluka , saopćavanje informacija na primjeren način kako bi ih bolesnik mogao razumjeti, dobrovoljnost pristanka i sposobnost bolesnika za donošenje odluke o liječenju. Sva ova tri kriterija moraju biti zadovoljena prije nego se od osobe traži da potpiše informirani pristanak na liječenje.

U slučajevima kada psihijatar ne može donijeti odluku o zakonskoj regulativi prijema u bolnicu psihijatar ima najviše 48 sati vremena da opservira stanje kako bi mogao donijeti odluku (33).

Informirani pristanak se , osim u slučaju primjene prisilne hospitalizacije može povući u bole kojem trenutku. Osobi koja povlači pristanak moraju se objasniti posljedice prestanka primjenjivanja određenog liječničkog postupka. Povlačenje pristanka na liječenje može nastati zbog različitih razloga kao što je primjerice poboljšanje zdravstvenog stanja, nezadovoljstvo smještajem, liječenjem i slično, no može nastati i zbog pogoršanja zdravstvenog stanja pacijenta koji je kod prijema procijenjen sposobnim dati pristanak, on u pogoršanju zdravstvenog stanja može željeti povući pristanak, tada je potrebno ponovno procijeniti sposobnost donošenja odluke o prekidu liječenja kao i da li postoje kriteriji za prisilni smještaj (29, 33).

9.4. Sposobnost davanja pristanka

Dvije su osnovne kategorije sposobnosti za davanje pristanka osoba s duševnim smetnjama. Prva se odnosi na zakonsku kompetentnost (osoba mora biti punoljetna sa očuvanom poslovnom sposobnošću), druga je klinička kompetentnost za donošenje samostalnih odluka kod koje je situacija mnogo složenija.

Sposobnost za donošenje odluka uključuje sposobnost razumijevanja informacija sagledavanja posljedica odluke i donošenja odluke. Odnosi se na sposobnosti osobe da primi, procesuira, zapamti i razumije informacije i da ih primjeni na svoju situaciju i donese odluku o liječenju bilo da prihvaća ili odbija ponuđeno liječenje.

Sposobnost za donošenje odluke o hospitalnom liječenju je sposobnost osobe da razumije informacije relevantne za donošenje odluke o psihijatrijskom liječenju, da može

odvagnuti razloge za i protiv odluke. da može razumjeti posljedice prihvaćanja i odbijanja liječenja i da može komunicirati svoju odluku.

Sposobnost za donošenje odluke o liječenju se procjenjuje u aktualnoj situaciji kada bolesnik donosi odluku. Neprihvaćanje liječenja ne podrazumijeva automatski nedostatak sposobnosti za donošenje odluke. Bolesnikov kapacitet za donošenje odluka može biti oštećen iz različitih razloga kao što su simptomi psihoze, demencija, intelektualne poteškoće, stanja konfuzije, aktualna uznemirenost, intoksikacija, pretjerana sediranost lijekovima, gluhonjemost i drugo. Najčešće će psihijatar koji je bolesniku dao adekvatne informacije kako bi mogao donijeti odluku kroz dijalog, koristeći vještine aktivnog slušanja. Psihijatar će zaključiti da li bolesnik razumije informacije potrebne za donošenje odluke, te da li može procijeniti što bi bile koristi od liječenja i donijeti odluku (33).

9.5. Dobrovoljno davanje pristanka

Dobrovoljnost podrazumijeva da je bolesnik svoju odluku o hospitalizaciji donio svojevoljno, bez tuđih utjecaja. Učestalo nailazimo praksu da zbog raskoraka moći i znanja između psihijatra i bolesnika, bolesnik osjeća dužnost za potpisivanje dobrovoljnog pristanka. Prije svega bolesnik mora biti informiran o dobrovoljnom davanju pristanka i koje olakšice potpisivanje donosi.

Osoba s duševnim smetnjama, koja je sposobna razumjeti svrhu i posljedice smještaja u psihijatrijsku ustanovu i koja na osnovi tog sposobna donijeti slobodnu odluku, može se uz usmeni pristanak, na svoj zahtjev ili zahtjev treće osobe, hospitalizirati (29).

Dobrovoljnost bolesnika pri davanju informiranog pristanka podrazumijeva da treba biti oslobođen svakog pritiska izvana, utjecaja, prijetnje, manipulacije ili prinude. Često duševni bolesnici mogu biti pod utjecajem zdravstvenog osoblja, drugih bolesnika ili obitelji (33).

9.6. Prisilni smještaj bolesnika i prisilna hospitalizacija

U RH prisilna hospitalizacija regulirana je člankom 27. ZZODS koji kaže:„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 ili prisilni smještaj propisanim ovim Zakonom“. ZZODS dijeli prisilnu hospitalizaciju na prisilno zadržavanje koji se odnosi na period hospitalizacije do sudske odluke o prisilnoj hospitalizaciji koja se naziva prisilni smještaj (32).

Postupak prisilnog zadržavanja pokreće se upućivanjem osobe u psihijatrijsku ustanovu od strane policije ili doktora opće medicine. Liječnik kod prijema bolesnika u zdravstvenu ustanovu, nakon procjene stanja bolesnika započinje opservaciju bolesnika u trajanju od 48 sati. Za to vrijeme liječnik psihijatar prati stanje bolesnika, odlučuje dali će osobu otpustiti ili zadržati ako postoje pretpostavke za prisilni smještaj ili prisilno zadržavanje. Bolesniku se u periodu od 48 sati pruža mogućnost ukoliko dođe do poboljšanja duševnog stanja da pristane potpisati dobrovoljni informirani pristanak. Ukoliko psihijatar utvrdi da postoje razlozi za prisilno zadržavanje iz članka 27. ZZODS-a primljena osoba će se zadržati u psihijatrijskoj ustanovi, a odluka o prisilnom zadržavanju s obrazloženjem bit će unesena u medicinsku dokumentaciju. Psihijatar će svoju odluku obznaniti zadržanoj osobi na primjeren način i upoznat će je s razlozima i ciljevima prisilnog zadržavanja.

Psihijatrijska ustanova koja je prisilno zadržala osobu s duševnim smetnjama dužna je o tome bez odgode, a najkasnije 12 sati od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju, neposredno ili elektronski dostaviti odluku županijskom sudu. O postupku prisilnog smještaja osobe u psihijatrijsku ustanovu javnost je isključena. Sudac ovlašten za vođenje postupka prisilnog smještaja od strane Vrhovnog suda RH dužan je najkasnije 72 sata od trenutka primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju posjetiti zadržanog bolesnika. Sudac će izvršiti uvid u medicinsku dokumentaciju i saslušati voditelja odjela. Saslušanju prisustvuje odvjetnik prisilno zadržane osobe te može prisustvovati i psihijatar s liste sudskih vještaka. Ukoliko sudac nakon saslušanja utvrdi da ne postoje razlozi za prisilni smještaj iz članka 27 ZZODS-a, donijeti će rješenje kojim će odrediti otpust zadržane osobe iz psihijatrijske ustanove. Ako sudac zaključi da postoje pretpostavke za prisilni smještaj donijeti će rješenje o nastavku prisilnog zadržavanja. Prisilno zadržavanje ne može trajati duže od osam dana do donošenja

odluke o prisilnom smještaju. Prije donošenja odluke o prisilnom smještaju sud je dužan pribaviti pisano mišljenje jednog psihijatra s liste sudskih vještaka koji mora u sudu biti donijet najkasnije 24 sata prije usmene rasprave. Na usmenoj raspravi su prisutni: prisilno zadržana osoba, zakonski zastupnik,voditelj odjela, odvjetnik. Po zaključenju rasprave sud donosi rješenje o prisilnoj hospitalizaciji ili otpustu. U rješenju o prisilnoj hospitalizaciji sud određuje trajanje koje ne smije biti duže od 30 dana, računajući od dana kojeg je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju osobe s duševnim smetnjama. Rješenje se dostavlja prisilno smještenoj osobi, njezinom zakonskom zastupniku, bliskom srodniku s kojim živi u zajedničkom kućanstvu, opunomoćeniku, nadležnom centru za socijalnu skrb i psihijatrijskoj ustanovi u koju je osoba s duševnim smetnjama smještena.

Psihijatrijske ustanova može tražiti i produženje prisilnog smještaja. Zahtjev za produženje mora dostaviti županijskom sudu 7 dana prije isteka rješenja o prisilnom smještaju. Rješenje o produženju smještaja sud donosi po istom postupku po kojem je donijeto i prvo rješenje. Odluku o produženju smještaja sud je dužan donijeti prije isteka prvog rješenja. Sud može produžiti prisilni smještaj do 3 mjeseca. Protiv navedenih rješenja županijskog suda dopuštena je žalba koja se podnosi u roku od 3 dana od dostave rješenja. O žalbi odlučuje vijeće županijskog suda na sjednici vijeća kojoj prisustvuju tri suca. Prisilno smještena osoba otpustit će se iz psihijatrijske ustanove čim istekne sudsko rješenje ili ranije ako se utvrdi da su prestali razlozi za prisilni smještaj (32,33,29,44).

9.7. Lišenje poslovne sposobnosti

Poslovna sposobnost podrazumijeva svojstvo da se vlastitim očitovanjima volje stječu prava i obveze. Potpuna poslovna sposobnost stječe se s navršenih 18 godina života ili iznimno kod maloljetnika zaključenjem braka. Ograničeno su poslovno sposobne osobe koje su nakon punoljetnosti djelomično lišene poslovne sposobnosti. Potpuno poslovno nesposobne osobe su, osim maloljetnika, i punoljetne osobe koje su potpuno lišene poslovne sposobnosti.

Osobe s duševnim smetnjama koje su lišene poslovne sposobnosti predstavljaju posebno osjetljivu i uglavnom marginaliziranu i stigmatiziranu društvenu skupinu često izloženu

različitim oblicima diskriminacije. Njihova su prava predmet učestalih i različitih oblika kršenja te stoga zaslužuju osobitu pozornost. Konvencija je prvi međunarodni ugovor o ljudskim pravima koji (tek u 21. stoljeću) ima za predmet prava koja izrijekom priznaje osobama s invaliditetom (34).

Prema odredbi čl. 159. st. 1. Obiteljskog zakona osobu koja se zbog određenih duševnih smetnji ili drugih uzroka nije sposobna brinuti o osobnim potrebama, pravima i interesima ili koja ugrožava prava i interese drugih lišit će se poslovne sposobnosti u cijelosti ili djelomice. Odluku o tome donosi sud u izvanparničnom postupku, u pravilu na temelju medicinskog vještačenja (34).

Vještačenje poslovne sposobnosti dijeli se na tri kategorije: potpuno poslovno sposoban, djelomično poslovno sposoban i poslovno nesposoban. Kod procjene djelomične poslovne sposobnosti potrebno je decidirano navesti za koje je radnje osoba poslovno sposobna, a za koje nije. Poslovna se sposobnost najčešće ocjenjuje kod shizofrenih bolesnika, dementnih bolesnika, bolesnika s poremećajima raspoloženja i ovisnika. Jednom „oduzeta“ poslovna sposobnost ne znači i trajno stanje, jer se kod poboljšanja duševne bolesti ponovnim vještačenjem osobi može „vratiti“ (35).

S psihijatrijskog stajališta vještak psihijatar trebao bi znati prepoznati sposobnost ili nesposobnost rasuđivanja ispitanika, te objasniti zašto se procjenjuje njegova poslovna sposobnost, s čim je u svezi i kakve su moguće posljedice u slučaju da ga se proglasi poslovno sposobnim, a kakve su u slučaju da ga se proglasi poslovno nesposobnim. Vještačenje poslovne sposobnosti duševnih bolesnika jedno je od najzahtjevnijih zadataka u kliničkoj i forenzičkoj praksi. Vještak mora biti iskusan psihijatar, ali i poznavatelj forenzičkih načela novog zakonodavstva i posebno visokih etičkih principa, kako prema ispitaniku i njegovim pravima tako i prema potencijalnim žrtvama ispitanikovog mogućeg agresivnog ponašanja, a i prema sebi samom (35).

9.8. Biomedicinska istraživanja

Biomedicinska istraživanja važna su za razvoj znanosti, dijagnostiku i proizvodnju novih, učinkovitih metoda liječenja, sa što manje mogućeg rizika. Njihovo provođenje na ljudima otvara brojna etička pitanja. Bioetička konvencija Vijeća Europe navodi, između ostalog, kako se istraživanja na nekoj osobi mogu poduzeti ako ne postoji alternativa usporedive učinkovitosti istraživanju na ljudima te su rizici kojima se izlaže osoba nerazmjerni potencijalnim koristima od istraživanja. Kada se govori o osobi koja nije sposobna dati pristanak, rezultati istraživanja nad takom osobom mogu proizvesti stvarnu i izravnu korist za njezino zdravlje. Istraživački projekti trebaju biti u suglasju s relevantnim zakonom zemlje u kojoj se istraživanje provodi (36).

Biomedicinsko istraživanje može se primjenjivati prema osobi s duševnim smetnjama ukoliko je povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama odobrilo projekt biomedicinskog istraživanja nakon preispitivanja znanstvenog značaja, važnosti cilja i etičnosti istraživanja. Ukoliko je etičko povjerenstvo dalo pozitivno mišljenje o etičkoj prihvatljivosti uključivanja osobe s duševnim smetnjama u istraživanje. Ispitivani lijek je farmaceutski oblik s djelatnom tvari ili placebo koji se ispituje ili primjenjuje kao usporedba u kliničkom ispitivanju, a uključuje i lijekove koji imaju odobrenje za stavljanje u promet, ali se upotrebljavaju na drugačiji način od odobrenog ili se razlikuju u formulaciji ili pakiranju, ili se koriste kod neodobrenih indikacija ili se koriste za dobivanje dodatnih podataka o obliku lijeka koji ima odobrenje za stavljanje u promet (40). Stoga “pronailaženje prave doze ” ne možemo smatrati kliničkim ispitivanjem, već se koriste definirane smjernice terapijske širine lijekova – lijek se ne primjenjuje na novi način.

Osoba s duševnim smetnjama mora biti na precizan i razumljiv način, usmeno i pisano upoznata o važnosti istraživanja, te njegovoj svrsi, prirodi, posljedicama, koristima i rizicima. U istraživanju bolesnici sudjeluju samo uz pismeni pristanak kojeg mogu povući u svakom trenutku. Opravdano očekuje da će rezultati istraživanja biti korisni za zdravlje te osobe i bez štetnih popratnih posljedica, o čemu mišljenje daje odjelni liječnik. Odluku o uključivanju osobe s duševnim smetnjama u biomedicinsko istraživanje donosi čelnik psihijatrijske ustanove. Psihijatrijska ustanova obvezna je izvijestiti Povjerenstvo o provedbi biomedicinskog istraživanja (32).

10. Stigma duševnog bolesnika

Duševna bolest ima veliki utjecaj na život osobe. Osoba kada oboli, ne samo da se treba nositi sa svojom bolešću, već i sa nizom drugih problema. Često se događa da se osoba srami svoje bolesti radi mišljenja okoline, te da skriva bolest iz srama. Stigmatizacija je jedan od najvećih problema sa kojim se osoba mora boriti. Stigma je riječ grčkog porijekla i označava oznaku ili žig koji se utiskivao na koži robova, zločinaca ili izdajica, označavajući vlasništvo nad njima i njihov podređen status. Stigmatizacija je proces kojim društvo pridaje pojedincu negativne vrijednosti, pri čemu grupa koja je socijalno moćnija omalovažava manje moćnu grupu. Pojava stigme je u direktnoj vezi s društvenim nejednakostima i isključivanje, pa je upravo zato i društvena odgovornost (37).

Percepcija stigmatizacije duševnih bolesnika može kod (novo)oboljelih osoba potaknuti proces internalizacije stigme, odnosno potaknuti samopercepciju osobe kao objekta stigme. Znatan udio pacijenata prihvaća negativna društvena vjerovanja i počinju o sebi razmišljati kao o manje vrijednima, opasnima ili nesposobnima za samostalan život. Budući da internalizacija stigmatizirajućih vjerovanja podrazumijeva negativnu promjenu u pojedinčevoj slici o sebi. Samostigmatizacija je relativno recentan konstrukt koji se odnosi na proces transformacije identiteta osoba sa psihičkim bolestima, koji je potaknut negativnim reakcijama društva. Socijalno uvriježeni stavovi o duševnim bolesnicima za većinu ljudi nisu od osobne važnosti, ali s bolešću ih pojedinac može početi razmatrati kao osobno relevantne i početi ih primjenjivati na sebe. Tako osoba prihvaćanjem stavova društva o psihički bolesnim osobama kao manje vrijednima, nekompetentnima ili opasnima, može početi samu sebe doživljavati manje vrijednom, kompetentnom ili opasnom. Proces samostigmatizacije uključuje percepciju diskriminacije psihički bolesnih osoba, odnosno svijest o postojanju stereotipa, ali čini se da je percepcija tek inicijalni korak u tom procesu (38).

Usprkos napretku u medicini, stigma nastavlja rasti i ima sve veće posljedice za bolesnike i njihove obitelji, pa tako psihički bolesnici nailaze na dvije vrste teškoća: na razini osobe - skrivanje, smanjeno samopoštovanje i sram, a na razini društva, socijalna izolacija, predrasude i diskriminacija. Većina članova obitelji oboljelih od mentalnih poremećaja pokušati će zatajiti informaciju da član njihove obitelji boluje od duševnog poremećaja. Obitelj takvog bolesnika osjeća stid, krivnju i zabrinutost. Stigmatizirana osoba odgađa

traženje pomoći, prekida liječenje, pokušava prikriti bolest kako bi izbjegla sram i izolaciju od okoline, diskriminaciju kod zaposlenja, omalovažavanje i podcjenjivanje i nepoštivanje mišljenja (39).

Osim samog duševnog bolesnika i njegove obitelji stigmom su zahvaćene i psihijatrijske ustanove . Psihijatrijske ustanove su lošije opremljene od drugih ustanova u RH , smještene na rubnim dijelovima gradova. Liječnike psihijatre doživljava se nedjelotvornima jer se psihička bolest doživljava neizlječivom.

Stigma je problem društva radi koje se stvaraju stereotipi koji proizlaze iz fiksiranih standarda. Kod društva se javlja osobni strah od duševnih bolesnika, koji svoj projicirani strah pretvaraju u izbjegavanje. Zapravo to izbjegavanje duševnih bolesnika od strane društva dovodi do odbijanja liječenja, kasnog upućivanja na liječenje, otežava povratak u zajednicu, oštećuje kvalitetu života te ugrožava mentalno zdravlje populacije. Borba protiv stigme je veliki etički izazov i društveno poticajna nužnost koja bi trebala rezultirati povratkom ljudskog dostojanstva. Medicina i psihijatrija kao struka moraju razvijati uspješne metode borbe protiv stigme kako bi jednoj velikoj skupini ljudi osigurala osnovna ljudska prava (39).

14. Kompetencije medicinske sestre u liječenju duševnog bolesnika

Najbrojnija skupina u multidiciplinarnom timu liječenja duševnog bolesnika svakako su medicinske sestre/tehničari. Medicinska sestra/tehničar provodi kontinuirano vrijeme s bolesnikom te je važno naglasiti njezinu ulogu u procesu liječenja. Medicinske sestre/tehničari nisu više vezani isključivo uz „njegu“ pacijenta, već nadziru, ali i upravljaju kvalitetom i kvantitetom zdravstvene njege, prikupljaju, procjenjuju, analiziraju, interpretiraju i predstavljaju podatke, planiraju cjelokupnu zdravstvenu skrb za pacijenta.

Sestrinstvo u psihijatriji počelo se pojavljivati u kasno razdoblje 19. st. kao nova dimenzija brige za psihički oboljele osobe te u kontekstu psihijatrije kao znanstvene discipline. Kako bi poboljšali psihijatrijsku zdravstvenu njegu i liječenje, psihijatri potražuju bolje obučeno osoblje koje bi se brinulo o psihički oboljelim osobama, te je tu sestrinstvo kao struka prepoznata i priznata kao ravnopravni član medicinskog tima (3).

Važnu ulogu u specifičnostima u liječenju duševnog bolesnika ima psihijatrijska sestra. Edukacijom sestara/ tehničara o mjerama prisile minimalizira se bolesnikovo agresivno stanje. Psihijatrijska sestra će rano prepoznati znakove agresivnosti, procijeniti rizik i ranim preventivnim postupcima umiriti bolesnika. Deeskalacijske tehnike ključ su razgovora s agresivnim bolesnikom kojima je cilj smanjiti nivo uznemirenosti te omogućiti adekvatne terapijske postupke.

Edukacija o primjeni psihofarmaka odnosi se na upoznavanje duševnog bolesnika s terapijom koju dobiva, samo-procjeni učinkovitosti terapije, te samo-procjeni mogućih nuspojava terapije. U pristupu bolesniku, smatra se značajnim pretvaranje složene stručne medicinske informacije u jednostavni jezik, koji bolesnik razumije, a omogućuje bolji pacijentov uvid u liječenje i razumijevanje bolesti. Bolesnik će tako dobiti potvrdu zašto uzima lijekove, što može očekivati od terapije lijekovima, te moći pratiti znakove učinkovitosti i mogućih nuspojava. Edukacija o lijekovima, facilitirana pristupom medicinske sestre/tehničara, koji posjeduje specifična znanja o farmakoterapiji i znanja kako prenijeti informaciju pacijentu, doprinijet će suradljivosti bolesnika u liječenju i povoljnom ishodu liječenja (41).

Kompetencije medicinskih sestara regulirane su Zakonom o sestrinstvu. Osim Zakonom, kompetencije, odgovornost i etičnost medicinskih sestara u Hrvatskoj definirane su Etičkim kodeksom medicinskih sestara 2005. godine. Kompetencije medicinske sestre u psihijatriji usmjerene su na pružanje klinički sigurne i kvalitetne sestrinske skrbi, autonomnom djelovanju i kritičkom razmišljanju, komunikaciji unutar multidisciplinarnog tima i kreativnom pružanju sestrinske skrbi u različitim životnim situacijama. Intervencije su utemeljene na znanju i najnovijim istraživanjima, te usklađene standardima sestrinske profesije. Znanja i vještine u psihijatrijskoj praksi temeljene su na prepoznavanju simptoma psihičke bolesti, sposobnosti procijene rizika, znanju o sigurnosti liječenja za bolesnike i osoblje, prepoznavanju psihobiosocijalnog modela bolesti i liječenja, uspostavljanju terapijskog odnosa s bolesnikom, poznavanju psihoterapijskih tehnika i uvježbavanju socijalnih vještina. Psihijatrijska medicinska sestra duševnog bolesnika sagleda holistički. Danas sestrinstvo nije samo poziv s osnovnom zadaćom skrbi, nego se razvija i prerasta iz zanimanja u profesiju.

Psihijatrijska sestra ima važnu funkciju u provedbi antistigma programa u psihijatriji. Učinkovitost sestre ovisi o stavovima prema psihijatrijskom bolesniku i njezinoj svijesti svojih stavova. Medicinska sestra treba biti svjesna da je ona zagovaratelj prava svojih bolesnika, ako ih ona na bilo koji način stigmatizira ili ponižava, isti takvi stavovi prikazat će se na javnost (6).

12. Zaključak

Duševni bolesnici su najranjivija skupina, te su izloženi češćem kršenju ljudskih prava od ostale populacije. Samim time su ranjiva skupina nisu u mogućnosti donositi racionalne odluke vezane uz svoje zdravlje i zalagati se za svoja prava. Duševni bolesnik prema etičkom kodeksu psihijatrije zaslužuje odnos s poštovanjem, zaštitom njegovih prava i interesa. Osoba primljena u ustanovu ima pravo na jednake uvjete i standarde liječenja kao i osobe smještene radi liječenja u druge zdravstvene ustanove. Etičnost i promišljanje o poziciji duševnih bolesnika ne pridonosi isključivo etičnom postupanju, nego i poboljšanju društevene pozicije duševnog bolesnika.

Mjere prisile se sve više gledaju kao osjetljivo pitanje ljudskih prava. Mjere prisile su u svojim različitim oblicima uvijek bili centralni dio psihijatrije. Etički gledano mjere prisile narušavaju autonomiju bolesnika te se svi napori trebaju uložiti u izbjegavanje mjera prisile. Mjere prisile su zadnji nužni terapijski postupak kad su iscrpljene sve druge mogućnosti i tehnike. Potrebno je stvoriti povoljnu terapijsku okolinu bez predrasuda i te da osoblje može kontrolirati svoje osjećaje kako bi se stvorili dobri preduvjeti za prevenciju i smanjenje primjena mjere prisile.

Motivirati duševnog bolesnika na liječenje je glavni preduvjet uspješnog liječenja. Potreban je terapijski savez između bolesnika i multidiciplinarnog tima u liječenju. Važno je istaknuti čuvanje profesionalne tajne kao obaveze zdravstvenih djelatnika. Cilj svakog liječenja duševnog bolesnika je povratak u radnu i obiteljsku sredinu kao ravnopravan član zajednice.

Biti duševni bolesnik danas vrlo često znači biti stigmatiziran i obeshrabljen. Borba protiv stigme sastoji se od kombinacije edukacije, kontakata s predstavnicima stigmatizirane grupe i protesta, a pritom edukacija treba obuhvatiti točne informacije koje će se suprotstaviti krivim vjerovanjima. Svaki zdravstveni djelatnik zagovara potrebe i prava duševnog bolesnika.

U Varaždinu, 06.10.2020.

13. Literatura:

1. Mimica N.,Folenegović-Šmalc V.;Psihofarmaci; Časopis Medicinar; 2004. str 19-24.
2. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006
3. Jakovljević M. Psihijatrija. Zagreb: A. G. Matoš; 1995.
4. Begić D. Jukić V. Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
5. Jakovljević M.; Terapija održavanja ili faza stabilizacije bipolarnog afektivnog poremećaja; časopis Medix; 2008
6. Sedić B.; Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
7. Liberman RP. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. American Psychiatric Press. 1988;14:15-26.
8. Schofield RF, Amodeo M. Interdisciplinary Teams in Health Care and Human services settings: Are They Effective? Health and Social Work. Vol. 24, 1999.
9. Štrkalj-Ivezić S. i sur.;Rehabilitacija u psihijatriji;Zagreb;2010.
10. Jagetić N. i sur.; Suvremene mogućnosti liječenja glazbom; časopis Sveta Cecilja; 2007.
11. Jukić V. i sur.; Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća; Zagreb;2018.
12. R.Turčin, M. Lipovac, B. Matjaca, V.Rogina, A.Sila, F. Stanetti, urednici. Psihijatrijska bolnica Vrapče 1879-1979. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče; 1979.
13. Grozdanić V. Komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s provedbenim propisima, primjerima sudskih odluka, međunarodnim dokumentima i presudama Europskog suda za ljudska prava, Rijeka; Pravni fakultet; 2015.
14. Jengić-Šendula V. Katalinić S. Krizna stanja i primjena mjere prisile u psihijatriji. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. 2017; 38(3)str. 1225.-1240. Preuzeto s: http://pravri.uniri.hr/files/zbornik/v_38_3_2017/11%20Jengic%20Katalinic.pdf
15. Colaizzi J. Seclusion & restraint: a historical perspective. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2005;43(2):31-7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15745238
16. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. Psychiatric Services. 2010;61(10):1012-7. doi:10.1176/ps.2010.61.10.1012

17. Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama. Zagreb: Ministarstvo zdravlja; 2014.
18. Ujedinjeni Narodi (1991) Načela zaštite osoba s mentalnim oboljenjima i unapređenju mentalnog zdravlja; Dokument usvojen na Plenarnom sastanku Ujedinjenih Naroda
19. . Folnegović-Šmalc V (2007) O etičnosti u psihijatriji, Zagreb, Medix 70:130-132
20. Šegota I (1994) Medicinska etika; Rijeka; Medicinski fakultet
21. Ferenčić S, Tucak A, Medicinska etika. Zagreb: Medicinska naklada; 2011. str. 175-189.
22. Filaković P, Požganin I (2008) Etičke dvojbe suvremene psihijatrije:Liječnički vjesnik; 130:2630
23. Opća deklaracija o ljudskim pravima; Narodne novine;2009. Preuzeto s: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/2009_11_12_143.html
24. WPA (1983) Declaration of Hawaii; Austria, Approved byt he General Assembly o fthe World Psychiatric Association inVienna:http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html
25. WPA (1996) Declaration of Madrid; Spain, Approved by the General Assembly oft he World Psychiatric Association in Madrid
26. Mihaljević-Peleša A. Posljediplomski tečaj I. kategorije Antidepresivi u kliničkoj praksi;Medicinska naklada;2009.
27. Jukić V. Etički problemi na području psihijatrije, Zagreb
28. Turković K. Roksandić-Vidlička S. Maršalevski A. Predavanje etike u psihijatriji: Skice slučajeva. Zagreb: Pravni fakultet, Sveučilište u Zagreb; 2012
29. Štrkalj Ivezić S. ; Funkcioniranje između zdravlja i bolesti; Smjernice za procjenu funkcioniranja u pshijatriji; Zagreb;2016.
30. Proglas povodom Dana prava osoba s duševnim smetnjama; Hrvatsko pshijatrijsko društvo; 2017. Preuzeto dana 07.09.2020. s: http://www.psihijatrija.hr/site/?p=3017
31. Štrkalj Ivezić S.; Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju;2017. Preuzeto s: http://www.psihijatrija.hr/site/?p=2903
32. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zagreb: Hrvatski sabor; 2014.
33. Štrkalj-Ivezić S i sur. ; Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim poremećajima; Zagreb, HLZ udruga Svitanje; 35-52; 2011.
34. Korać-Graovac, Aleksandra: Konvencija o pravima osoba s invaliditetom - novi pristup shvaćanju prava osoba s duševnim smetnjama. // Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu. - 61 (2011), 1 ; str. 65-109.

35. Folnegović Šmalc, Vera: Poslovna sposobnost duševnih bolesnika. // Medix. - 15 (2009), 84/85 ; str. 203-206
36. Grđan K. Biomedicinska istraživanja u psihijatriji i pravo na autonomiju;Zbirka Pravnog fakulteta sveučilišta;Rijeka (1991) v. 38, br. 3, 1133-1161;2017
37. T. Frančišković, Lj. Moro i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
38. K. Horvat, S. Štrkalj-Ivezić. Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti osoba s dijagnozom shizofrenije. Soc. psihijat. Vol. 43 (2015) Br. 3, str. 121-128
39. S. Štrkalj-Ivezić: Život bez stigme psihičke bolesti, Medicinska naklada, Zagreb, 2016
40. Minstarstvo zdravlja. Pravilnik o kliničkim ispitivanjima lijekova i dobroj kliničkoj praksi. Narodne Novine, NN 25/2017.
41. Jakovljević M. 2013. How to increase treatment effectiveness and efficiency in psychiatry: creative psychopharmacotherapy - part 1: definition, fundamental principles and higher effectiveness polypharmacy. Psychiatr Danub, 25, 269-73.
42. V. GROZDANIĆ, Bioetički senzibilitet Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama Zb. Prav. fak. Sveuč. Rij. (1991) v. 38, br. 3, 929-946 (2017)
43. Znidarčić Ž., Medicinska etika 1; Zagreb;2004.
44. Bektić Hodžić J., Etički standardi u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja; Zagreb,2015.

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, MARIJA MAGDALENA HRLIĆ *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom SPECIFIČNOSTI, NAČELA I STANDARDI U LIJEČENJU DUŠEVNIH BOLESNIKA *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Hrlić Marija Magdalena
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, MARIJA MAGDALENA HRLIC *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom SPECIFICNOSTI, NAČELA I STANDARDI U LIJEČENJU DUŠEVNIH BOLESNIKA *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Hrlić Marija Magdalena
(vlastoručni potpis)