Etički aspekti skrbi za duševne bolesnika

Franov, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:836831

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Image not found or type unknown

Repository / Repozitorij:

University of Zadar Institutional Repository

zir.nsk.hr

Image not found or type unknown

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

Ivana Franov

Etički aspekti skrbi za duševne bolesnike

Završni rad

Zadar, 2018.

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

Etički aspekti skrbi za duševne bolesnike

Završni rad

Student/ica:
Ivana Franov

Mentor/ica:
doc. dr. sc. Nataša Skitarelić

Komentor/ica:
Anita Škarica, mag. med. techn.

Zadar,2018.

Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Ivana Franov,** ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Etički aspekti skrbi za duševne bolesnike** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 26. listopad 2018.

SADRŽAJ

1. UVOD 8

2. ETIKA 9

2.1. Uporišne točke u povijesti etike 10

3. MEDICINSKA ETIKA 12

3.1. Hipokratova zakletva 13

3.2. Ženevska deklaracija 13

4. ETIKA U SESTRINSTVU 14

4.1. Sestrinski pristup i etika u psihijatriji 15

5. ETIKA U PSIHIJATRIJI 17

5.1. Povijesni pregled etike u psihijatriji 18

6. ETIČKI ASPEKTI SKRBI 19

6.1. Odnos psihijatar – bolesnik 19

6.2. Povjerljivost 20

6.2.1. Pristup podacima iz pisane dokumentacije 21

6.3. Informirani pristanak 22

6.4. Sposobnost davanja pristanka 23

6.5. Dobrovoljnost davanja pristanka 23

6.6. Prijem u psihijatrijsku ustanovu/odjel 24

6.6.1. Smještaj bez pristanka 24

6.6.2. Dobrovoljna hospitalizacija bolesnika 24

6.6.3. Prisilna hospitalizacija i prisilni smještaj bolesnika 25

6.7. Biomedicinska istraživanja u psihijatriji 27

6.8. Primjena placebo efekta psihijatrijskim istraživanjima 28

6.9. Lišenje poslovne sposobnosti 29

7. MJERE PRISILE KOD OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA 30

7.1. Način primjene mjere prisile 31

8. STIGMA PSIHIČKE BOLESTI 33

9. ETIKA U SUDSKOJ MEDICINI 35

10. MADRIDSKA I HAVAJSKA DEKLARACIJA 37

11. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U OČUVANJU ASPEKTA 39

12. ZAKLJUČAK 41

13. LITERATURA 42

Etički aspekti skrbi za duševne bolesnika

Sažetak:

Etika (grč.*Ethos*) običaj, navika, filozofska je disciplina koja istražuje porijeklo, motive, normu i svrhu moralnog djelovanja i prosuđivanja. Izrazito je važna stavka u cjelokupnoj medicinskoj i sestrinskoj praksi. Tijekom povijesti psihijatrija i etička pitanja psihijatrijskog djelovanja nailazili su na brojno nerazumijevanje i diskriminiranje, počevši od Drugog svjetskog rata do Havajske deklaracije. Granice psihijatrije danas nisu jasno definirane pa si pojedinci uzimaju pravo djelovati izvan granica što u konačnici rezultira brojnim etičkim problemima. Etička pitanja javljaju se na svakodnevnoj bazi psihijatrijskog djelovanja, ponajviše u prisilnoj hospitalizaciji. Psihijatrija je zbog velike prevalencije duševnih poremećaja vrlo privlačno područje istraživanja za farmakološku industriju, gdje se otvara pitanje koliko su ta istraživanja etički potkrijepljena.

Primjena placeba u istraživanjima na bolesnicima, posebno kada su u pitanju duševno oboljeli privlači pozornost medija i znanstvenika. Tijekom istraživanja čak 50 posto oboljelih je tjednima pa i mjesecima bez terapijskih sredstava što može biti itekako rizično pa se javljaju za i protiv razlozi. Etička pitanja javljaju se i u području sudske psihijatrije.Razlike između kliničke psihijatrije i sudske psihijatrije izvor su brojnih etičkih pitanja koje također sa sobom nose i problem povjerljivosti ukoliko psihijatar u isto vrijeme mora biti i sudski vještak ili pak svjedok. Uloga medicinske sestre u osiguravanju pravilnog postupanja sa duševnim bolesnicima od velike je važnosti s obzirom da je medicinska sestra najviše sa bolesnikom te sukladno tome mora biti njegova zagovornica i zaštitnica prava.

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

Ključne riječi: psihijatrija, etički aspekti.

Ethical aspects of care for mental patients

Summary:

Ethics (Gr. *Ethos*) custom, habit, is a philosophical discipline that explores the origin, motives, norm and purpose of moral action and judgment. It is extremly important part of comprehensive medical and nursing practice. In the history of psychiatry and ethical issues of psychiatric activity, there have been numerous misunderstandings and discrimination, starting with the Second World War to the Hawaiian Declaration. The boundaries of psychiatry today are not clearly defined so individuals take the right to act beyond the boundaries which ultimately results in numerous ethical problems. Ethical issues arise on everyday basis of psychiatric activity, mostly in forcible hospitalization. Psychiatry is a very attractive area of research for the pharmacological industry due to the great prevalence of mental disorders, where the question is how much these researches are ethically supported.

The use of placebo in patients' research, especially when it comes to mental illness, attracts the attention of the media and scientists. During the research,as many as 50 percent have been affected for weeks or months without medicine which can be very risky and thereforethere are for and against reasons. Ethical issues also arise in the area of judicial psychiatry. The differences between clinical psychiatric and judicial psychiatry are the source of many ethical issues that also involve the issue of confidentiality if the psychiatrist at the same time has to be a court expert or witness. The role of a nurse in ensuring proper treatment with a mental patient is of great importance since the nurse is spending the most time with patient and therefore must be his advocate and protector of rights.

Aim: The aim of this final work is to demonstrate the importance of applying ethical aspects in the overall psychiatric practice and the role of the nurse practice in the application of all ethical standards of psychiatric practice.

Key words: psychiatry, ethical aspects.

1. UVOD

Psihijatrija kao grana medicine koju poznajemo danas je relativno mlada. Etički standardi protežu se kroz sve grane medicine, ali se u psihijatriji najčešće javljaju etičke dileme. Etički standardi psihijatrije postoje kako bi olakšali rad psihijatrima i kako bi na neki način psihijatrijski bolesnici bili zaštićeni. Psihijatrijski bolesnici se često diskriminiraju i stigmatiziraju, odnosno kaže se da su to osobe koje su na "marginama života". Bolesnici s psihijatrijskim simptomima ili tegobama se susreću u različitim kliničkim okolnostima, uključujući primarnu skrb i hitnu službu.

U našoj vrlo bliskoj povijesti nailazimo na mučenje psihijatrijskih bolesnika. U vrijeme Drugog svjetskog rata otvoreni su posebni logori upravo za mučenje psihijatrijskih bolesnika. Politika i propaganda Nacionalne stranke u Njemačkoj provodila je sustavna mučenja osoba koja nisu bila po njihovim standardima, uključujući i osobe s duševnim smetnjama. Nakon završetka rata došlo je do promjena u shvaćanju osoba s duševnim poremećajima. Stvorene su Deklaracije i Etički kodeksi sa svrhom boljeg tretiranja osoba s duševnim poremećajima. Takve deklaracije su izrazito važne jer pomoću njih osoblje i duševni bolesnici mogu vidjeti na koji se način treba tretirati duševni bolesnik.

Današnji zdravstveni sustavi ne ulažu previše financijskih sredstava u psihijatrijsku struku. Iz tog razloga su psihijatrijski odjeli najskromnije opremljeni. Sukladno tome, medicinsko osoblje nema adekvatne uvjete za rad što dovodi do smanjene motiviranosti za pružanje najbolje moguće njege i liječenja za duševne bolesnike. S obzirom da su medicinske sestre i tehničari najbrojnije zdravstveno osoblje, nužno je osigurati što bolji uvjeti rada.

U ovom radu objašnjeni su etički aspekti psihijatrijske struke i načini na koji se provode. Pojašnjena je uloga medicinske sestre u provođenju etičkih standarda u svakodnevnoj sestrinskoj praksi.

2. ETIKA

Etika (grč.*Ethos* - običaj, navika) je filozofska disciplina koja istražuje porijeklo, motive, normu i svrhu moralnog djelovanja i prosuđivanja (1). Riječ e*thikos* (moralan, čudoredan) odnosi se na principe i vrijednosti moralnog ponašanja dok *ethos* (običaj, narav, karakter) obilježava sustav vrijednosti u nekom društvu ili zajednici (2). Uz etiku se pojavljuje i pojam moral. Riječ moral vuče korijene iz latinskog jezika od imenice *mos,* a definira se kao skup vrijednosti koje su karakteristične za određenu religiju, kulturu ili vrijeme u kojem čovjek živi. Iako su etika i moral istoznačnice, ne smiju se koristit kao sinonimi. Do današnjih dana nije jasno utvrđena granica između morala i etike, ali većina stručnjaka smatra da je zadatak etike da objasni moral i da zauzme kritičko stajalište u moralnoj praksi (1).

2.1. Uporišne točke u povijesti etike

Etika u najširem smislu postoji otkako je čovjeka. Započinje s grčkom filozofijom, ponajviše u sklopu Aristotelova filozofskog sustava te završava sa svojim vrhuncem, odnosno Kantovom etikom. Od početak stvaranja etike pa sve do danas nije razvijena nijedna važnija etička teorije, a da na neki način nije bila pod utjecajem grčke teorije. Iz toga možemo zaključiti važnost grčkih filozofa i stvaranja teorije etike iz grčkog razdoblja.

Etika se počinje razvijati između 8.i sredine 6.stoljeća prije Krista. Ključni događaj koji je potaknuto razvijanje etike bila je kolonizacija u nove krajeve gdje se počelo nailaziti na nove kulture, poglavito Azijske kulture. Patrijarhalni odnosi polako nestaju, zamjenjuju ih gradovi države, razvija se vlastela i građanska klasa. Upravo u vrijeme stvaranja novih klasa dolazi do velikog interesa za nova etička pitanja i dileme.

Jedan od najvećih mislilaca tog doba je Tales kojeg mnogi smatraju tvorcem filozofije i sukladno tome tvorcem znanosti.Tales je bio prva osoba koja je dala objašnjenje prirodnih fenomena koja su bila racionalna. Također, uveo je pojam prirodnog uzroka i posljedice. Dao je i odgovor na tada najvažnije pitanje kako se može najbolje i najpravednije živjeti: "Kad sami ne činimo ono što u drugih korimo".

Nadalje, Pitagora i njegovi učenici u etiku su unijeli novi element- harmonija. Na taj su način utemeljili poštovanje različitosti za čitav budući ljudski rod. Pitagorejci su također priznali ženama ravnopravnost te su se posebice brinuli o obrazovanju žena.

Heraklit, jedan od najrevolucionarnijih mislilaca u cjelokupnoj povijesti filozofije, navodi da je razum izvor prave spoznaje čovjeka, dok su doživljaji i opažanja podložni promjenama i vanjskim utjecajima. Osnovni princip njegove etike je samokontrola-nadilaženje samoga sebe. Najveću pažnju pridaje zakonima, odnosno njegov opći zakon "logos", skup je zakona i normi koji bi "držali ljude na okupu".

Demokrit dijeli spoznaju na osjetilnu i razumsku spoznaju, a zadovoljstvo dijeli na osjetilno i duhovno zadovoljstvo. Eutimija, najviši mogući stupanj zadovoljstva, pojam je koji u etiku prvi put uvodi Demokrit. Da bi se postigla eutimija potrebno je ispuniti tri uvjeta: održavanje mjere, ispunjavanje dužnosti, rad i napor. Od svih dužnosti najvažnija je bila ona prema državi, jer je država ta koja pruža sigurnost pojedincu, te ovisno o stanju države takvo stanje će vladati i među građanima. Treći uvjet, rad i napor, smatra najbitnijim. Ističe važnost stvaranja radnih navika, učenja, pisanja i čitanja još u djetinjstvu.

Početkom 5. stoljeća, dolazi do burnih promjena u životu Helena, posebice Atenjana. Život seli iz kuća na ulice, a onaj koji je najglasniji lako je mogao nametnuti svoje mišljenje

bez da se ono temelji na poznatim znanstvenim činjenicama. Sofistika je u to doba bila okrenuta prema čovjeku. U središte svoje etike stavljaju čovjeka kao mjerilo svih stvari. Kod sofista istina pada u zaborav. Smatra se da je istina sve ono što ljudi vide i što tvrde da vide, stoga ono što je istina za jednog čovjeka ne znači da je istina za svakog čovjeka. Jedna od najbitnijih stvari nastala u doba sofista je retorika, govornička vještina s ogromnom snagom uvjeravanja. Stvara se pretpostavka "dva logosa" koju možemo primijeniti i danas- o svakoj stvari možemo iznijeti najmanje dva različita mišljenja i reći najmanje dvije istine, prevladat će onaj logos koji je jači, poznato kao pravo jačega.

Sokrat oštro kritizira sofiste zbog neshvaćanja razuma te miješanja pojma razum i moć. Sokrat ističe važnost znanja i praktičnog rada, a vrlina i znanje su povezani. Prema Sokratu, ukoliko čovjek čini nešto hrabro i dobro, a to čini bez znanja i svjesne namjere, takav čin nema nikakve koristi. Temelj etike je postavio u ljudsku prirodu i dobro ljudske prirode i naglašava da su etičke vrijednosti nepromjenjive i pokušava ih odrediti općim definicijama koje bi bile vodilje i norme ljudskog ponašanja.

Najveći Sokratov učenik i jedno od najvažnijih imena filozofije je Platon. Temelj Platonove filozofije bio je idealizam. Čovjek je podvojeno biće koje ima fizičko tijelo i besmrtnu dušu. Veliku važnost pridaje odgoju i obrazovanju mladih ljudi, a glavna zadaća države je pružiti pravilan odgoj mladih snaga. Zbog svojih svjetonazora koji su uvelike nadmašili okvire doba u kojem je živio, smatra se jednim od najistaknutijih filozofa svih vremena.

Aristotel, začetnik mnogih filozofskih i znanstvenih disciplina nije prihvaćao Platonovo učenje o idejama jer ideje ne mogu postojati odvojeno od stvari. Zauzima stav da tijelo ne može postojati odvojeno od duše niti duša od tijela.

Za Kantovu etiku možemo reći da je dovela do vrhunca etičku refleksiju. Prema Kantu, svaka moralna radnja proizlazi iz moralnog zakona koji pokreće ljudsku volju. Moralni je zakon zapravo zakon dužnosti – "kategorički imperativ". Definicija glasi: djeluj tako da se maksima tvoje volje u svako doba ujedno može važiti kao princip općeg zakonodavstva. O Kantovoj etici vode se filozofske rasprave ali možemo reći da je za medicinsku i sestrinsku profesiju njegovo objašnjenje etike temelj, jer se temelji na djelovanju iz dužnosti, za što možemo reći da je vrhovni princip medicinske struke (1).

3. MEDICINSKA ETIKA

Medicinska etika dio je opće znanstvene discipline koja se bavi jednim od bitnih područja ljudskog življenja- problematika morala. U medicini, ta je problematika posebno izražena jer liječnik ne može liječiti isključivo znanjem i vještinama, bez upotrebe emocija, bez odnosa liječnik- bolesnik. Problem etike u medicini potječe iz davnina, ali se različito promatrao u različitim sferama društva.

Hipokratova zakletva, potekla iz 4. stoljeća prije Krista i danas predstavlja osnovni predložak etičkog kodeksa i prisege liječnika nakon završetka obrazovanja. Liječnici su se u svojoj praksi oduvijek borili s brojnim etičkim dilemama, ali posljedično razvojem znanosti dolazi do porasta etičkih dvojbi u medicini. Uz to, dolazi i do sve jačih ekonomskih centara koji često ne djeluju u potpunosti radi pomoći bolesniku već za što veći dobitak. Neki znanstvenici, s jedne strane, a liječnici s druge strane teško se mogu oduprijeti takvim novim načinom poslovanja (3).

Podrijetlo sintagme "medicinska etika" prvi je put spomenuo engleski liječnik Thomas Percival. 1803. godine u Manchesteru objavljuje Code of Medical Ethics (Kodeks medicinske etike). U početku je taj termin označavao "obrazovanje koje je bilo nametnuto da bi se prenijela pravila etike u medicini". Radilo se o etici koja gleda medicinu iznutra, odnosno javlja se pogled "etika u medicini" što je bio razlog nastanka podjele etike na psihijatrijsku etiku, pedijatrijsku etiku, etiku medicinskih sestara, etiku liječnika i slično. Do pojave već spomenute Percivalove etike, etika u medicini bila je ograničena samo za liječnike. Početkom 19. stoljeća, engleske bolnice u kojima je radio Percival uvjeravale su ga da je za bolesnike važno kako se svi djelatnici ponašaju i odnose prema njima, a ne samo liječnici. Stoga on medicinskoj etici daje šire značenje i povezuje ga s profesionalnim ponašanjem svih u bolnicama i dobrotvornim ustanovama. U tu definiciju također spadaju i njegovateljice, kao preteče sestrinske profesije pa je Percivalova sintagma na neki način najava sestrinstva i početak sestrinske etike i profesije.

Pojam medicinske etike vrlo je teško definirati u potpunosti. Najjednostavniju definiciju dao je engleski profesor G. R. Dunstan navodeći da medicinska etika predstavlja obaveze moralne prirode koje prevladavaju medicinskom praksom. Nedostatak te definicije je taj da se u prvi plan stavljaju obaveze, a zanemaruje se aspekt korisnosti. Stoga bi bolja definicija bila: "Medicinska etika je znanstvena definicija koja je grana etike, a bavi se teorijskim i praktičnim moralnim pitanjima vezanim za medicinu i zdravstvo" (4).

3.1. Hipokratova zakletva

Hipokrat se danas smatra jednim od najvažniji liječnika, točnije ocem medicine. Smatra se začetnikom znanstvenog pristupa medicine kroz praksu. Njegova zakletva i danas predstavlja temelj medicinske etike te je svaki student medicine obavezan pri završetku studija prisegnuti njegovu zakletvu, odnosno Ženevsku deklaraciju, koja predstavlja reviziju Hipokratove zakletve. Njegovi pisani radovi sakupljeni su u zbirci od 70 knjiga, nazvana Corpus Hippocraticus. Iako se do prije neko vrijeme smatralo da je Hipokrat sam napisao sve svoje tekstove, danas se zna da su mu u tome pomogli njegovi brojni učenici. Hipokrat svoju medicinu temelji na promatranju ljudskoga tijela, odnosno on je smatrao da se tijelo mora tretirati kao cjelina, a ne kao skup dijelova. Također je smatrao da je prirodno stanje čovjeka da je zdrav, a bolest se pojavljuje jer je priroda "skrenula s puta".

Uz zakletvu, Hipokrat je zaslužan za brojna otkrića u medicini u njenom najranijem postojanju. Objasnio je kliničke simptome epilepsije i eklampsije, detaljno je opisao mozak, moždane ovojnice, tumore i upale mozga. Također, Hipokrat je tvrdio da se lijek i hrana razlikuju po količini istoga. Njegova domena istraživanja također je uključivala i duševne bolesnike. Smatrao je da je uzrok duševne bolesti mozak, duševni bolesnik je zapravo bolestan čovjek, a terapija za takve bolesti sadržavala je današnje konzervativno liječenje: rad, odmor i dijeta.

Corpus Hippocraticus nastao je otprilike između 5. i 3. stoljeća prije nove ere. To je skup djela koji govori o medicinskoj etici i etičkim dilemama tog doba. Iz Hipokratove zakletve proizlazi četiri osnovna etička principa: princip dobročinstva, princip pravednosti, princip poštovanja ličnosti pacijenta, princip poštovanja ljudskog života (5).

3.2. Ženevska deklaracija

Ženevska deklaracija predstavlja dokument koji je 1948. godine prihvatila Opća skupština Svjetskog liječničkog udruženja. Deklaracija je nekoliko puta nadopunjena kroz godine, a temelji se na Hipokratovoj zakletvi. Danas je to jedan od najvažniji dokumenata svih liječnika svijeta, uključujući i studente medicinskih fakulteta koji na zadnjoj godini studija prisežu Ženevsku deklaraciju (6).

4. ETIKA U SESTRINSTVU

Etika je jedno od pet bitnih obilježja svake profesije, pa se također javlja i naziv profesionalna etika. Profesionalna etika je skup načela i pravila, vrijednosti i ciljeva koje usvajaju pripadnici neke profesije da bi na osnovu njih primjenjivali svoja profesionalna znanja. Medicinske sestre su svoje prve etičke kodekse počele stvarati u vrijeme kad se sestrinstvo kao profesija počelo intenzivnije razvijati (4). Razvoj profesionalnog sestrinstva i sestrinske etike u svijetu utjecao je na početak utvrđivanja vrijednosnih kriterija dobrog sestrinskog djelovanja i ispravnog ponašanja sestara u cjelokupnom procesu skrbi i njege bolesnika. Prvo ozbiljnije nastajanje sestrinskog etičkog kodeksa održao se 1923. godine na kongresu Međunarodnog udruženja sestara (ICN) u Kanadi.(1) Od ideje stvaranja prvog etičkog kodeksa medicinskih sestra pa do realizacije prošlo je punih 30 godina. 1953. godine na konferenciji u Sao Paolu stvoren je prvi međunarodni sestrinski etički kodeks koji je preveden na više jezika. Službeni naziv kodeksa glasi: „Kodeks medicinskih sestara: Etički pojmovi primijenjeni u njezi bolesnika“ i danas važi kao službeni etički dokument sestrinske profesije (4).

Prateći sve promjene vezane uz etičke kodekse medicinskih sestara u svijetu Hrvatska udruga medicinskih sestara (HUMS) objavila je 1995. godine Etički kodeks medicinskih sestara Hrvatske. Deset godina kasnije, 2005. godine, Hrvatska Komora medicinskih sestara kao glavno regulacijsko tijelo sestrinske profesije, objavljuje danas važeći etički kodeks sestara. Postavljeno je pet osnovnih načela: načelo odnosa prema Hrvatskoj komori medicinskih sestara, načelo poštivanja bolesnika, načelo odgovornosti medicinskih sestara prema radu svojim postupcima bez obzira na savjete i upute drugih, načelo skrbi za bolesnike, načelo poštivanja zakona. Mišljenja stručnjaka oko važnosti etičkih kodeksa sestara su podijeljena. Neki smatraju da kodeks daje lažnu sigurnost sestrama jer nekolicina sestara smatra da ukoliko rade po principima kodeksa zaštićene su od propusta, grešaka i slično. Bitno je naglasiti da kodeks sestrama ipak daje određenu legalnu sigurnost i može se upotrijebiti u slučaju optužbi (1).

4.1. Sestrinski pristup i etika u psihijatriji

Kao i u svakoj profesiji tako i u sestrinstvu i psihijatriji postoje određena načela kojih se treba nužno pridržavati. Načela su opća pravila ili zakonitosti te temelj za sve sestrinske intervencije. Osnovna načela sestrinske psihijatrijske prakse uključuju- holistički pristup, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, poštovanje jedinstvenosti ljudskoga bića te bezuvjetno prihvaćanje i uključivanje klijenta. Većina ovih načela definira odnos sestre prema psihijatrijskim bolesnicima. Upravo taj odnos je osnova za pružanje kvalitetne zdravstvene njege i skrbi, stoga je usvajanje načela i trajna edukacija od izrazite važnosti za cjelokupnu kvalitetu pružanja zdravstvene njege.

Holistički pristup, odnosno poimanje bolesnika kao cjelovitog bića, glavno je obilježje psihijatrijskog sestrinstva. Holistički pristup psihijatrijskom bolesniku zapravo znači da je bolesnik cjelovito ljudsko biće, sestra u obzir uzima sve ljudsko potrebe, a svaka potreba ima psihološku, biološku i socijalnu dimenziju te sagledavamo cjelokupno uže i šire socijalno i kulturalno okruženje. Sljedeće načelo, poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića najjednostavnije objašnjavamo poštivanjem pacijenta sa svim njegovim vrijednostima i različitostima. Svako ljudsko biće je jedinstveno i neponovljivo, kao što je i svaka dijagnoza različita, ponajviše kod psihijatrijskih dijagnoza. Svakog psihijatrijskog bolesnika moramo gledati kao jedinstvenu osobu, dok primjerice dijagnoza shizofrenije skoro nikad neće biti jednaka kod dva psihijatrijska pacijenta. Privatnost i dostojanstvo je načelo koje se najviše krši, najviše kod mentalno bolesnih pacijenata. Potreba za samopoštovanjem jedna je od osnovnih ljudskih potreba i nužna je za svakog čovjeka. Narušavanje privatnosti i dostojanstva kod mentalno oboljelih osoba najčešće se događa u vidu narušavanje tjelesne privatnosti kod obavljanja osobne higijene te kao etiketiranje psihijatrijskih bolesnika. Također, postoje i suptilniji načini kako rušimo dostojanstvo našeg pacijenta, a to uključuje uskraćivanje objašnjenja pacijentu, ne traženje odnosno formalno traženje pristanka na određene zahvate ili hospitalizaciju i slično.

Terapijska komunikacija omogućuje stvaranje partnerskog odnosa između sestre i bolesnika. Ona omogućuju pacijentu da ima potpuno povjerenje u medicinsku sestru, osigurava mu potporu i savjete, mogućnost da se osjeća prihvaćeno sa svim svojim manama i vrlinama.

Bezuvjetno prihvaćanje pacijenta znači da svaki pacijent ima pravo primiti najvišu moguću razinu kvalitete zdravstvene njege. Kršenje ovog načela najviše započinje s

rangiranjem pacijenata na ono koji nam se sviđaju i na one koji nam se malo manje sviđaju. Neovisno o osobnim preferencijama medicinske sestre prema pacijentu, svaki pacijent treba dobiti najbolju moguću zdravstvenu skrb. Načelo uključivanja pacijenta je vrlo bitna stavka skrbi za psihijatrijskog pacijenta. Psihijatrijski pacijenti su često demotivirani za bilo kakvu aktivnost, počevši od dizanja iz kreveta i vlastite higijene (7). Stoga, sestra mora motivirati psihijatrijskog pacijenta poštivajući ovo načelo i davajući mu zadatke koje će on uspješno izvršavati, naprimjer ujutro će oprati zube. Na taj način uključujemo pacijenta u cjelokupni proces zdravstvene njege. Pomoć pri učinkovitoj prilagodi je također jedno načelo vrlo specifično za psihijatrijske bolesnike. Oni su nerijetko u konfliktu s obitelji, prijateljima, radnim mjestom. Sestra mora biti u stanju prepoznati takvo ponašanje i pružiti pomoć pacijentu da se što je bolje moguće prilagodi svojoj sredini.

Kada govorimo o primjeni etike u sestrinskoj praksi najviše dolazi do povrede povjerljivosti informacija o pacijentima. Psihijatrijske dijagnoze su vrlo delikatne i zbog toga je posebno važno ne govoriti nikakve profesionalne tajne izvan kruga osoblja koje brine za pacijenta.

Čuvanje profesionalne tajne je i za medicinsku sestru moralna dužnost i obveza, bilo kakvo otkrivanje dijagnoza, imena i slično može dovesti medicinsku sestru pred sud. Profesionalnom tajnom smatra se sve ono što je sestri rečeno, a odnosi se na osobne, obiteljske i socijalne podatke (HKMS) (4). Etičke dvojbe se javljaju kada treba razlučiti do koje granice medicinsko osoblje mora čuvati profesionalnu tajnu. U literaturi se navodi da je medicinsko osoblje dužno čuvati sve što im se kaže izuzev informacija koje mogu ugroziti ljudski život i slično (4).

5. ETIKA U PSIHIJATRIJI

Etika u modernoj psihijatriji temelji se na dvije osnovne etičke tradicije: deontološka i teleološka tradicija. Deontološka tradicija odnosi se na obveze liječnika prema bolesniku i izvor je formiranja zakonskih i etičkih normi, koje u konačnici reguliraju odnos liječnik-bolesnik. Teleološka tradicija bavi se proučavanjem posljedica svega onoga što liječnik čini bolesniku, bilo pozitivno ili negativno. U istraživačkoj praksi, koje je ujedno i etički najproblematičnije područje psihijatrije, najviše se koristi deontološka tradicija, a zanemaruje se ona teleološka. Takav način rada često ostavlja misli bolesniku da je iskorišten kao nekakav pokusni kunić. Psihijatrija kao znanost ima jednu užu specijalnost koja također povlači za sobom velike etičke dvojbe. Ta specijalnost je forenzična psihijatrija. Nijedan psihijatar ne može izbjeći obaveze prema pravosudnom sustavu ukoliko je pozvan na svjedočenje kao vještak. Temeljne vrijednosti forenzične psihijatrije su objektivnost i poštivanje osobe. Te dvije vrijednosti pomažu liječnicima da donesu što pravedniju etičku odluku u slučajevima prakse (2).

5.1. Povijesni pregled etike u psihijatriji

U najstarijoj povijesti poimanje psihičkih poremećaja svodilo se na vjerovanje u nadnaravne sile. Psihijatrijske bolesti bile su posljedica zlih duhova koje su opsjedale oboljelu osobu. U liječenju bolesti primjenjivale su se metode egzorcizma odnosno tjeranje zlih duhova iz osobe te razne druge metode čaranja i magije. U vrijeme Babilonaca i Egipćana liječenjem bolesti nisu se bavili liječnici već vračari i svećenici. Stari Grci i Rimljani svoje psihijatrijske bolesnike liječili su primjenom somatske terapije (oblozi, masaže, svježi zrak). Pod utjecajem kršćanske civilizacije i jačanja utjecaja crkve ponovno se vraća mišljenje da je psihijatrijski bolesnik opsjednut i da ga se mora liječiti egzorcizmom. Većinom bi terapija za takve bolesti bilo spaljivanje, bacanje u tamnicu odnosno potpuno dehumanizirani načini liječenja koji su danas u potpunosti iskorijenjeni, barem što se razvijenih zemalja tiče. U 16. stoljeću dolazi do pomaka u poimanju psihičkih poremećaja. Paracelsus smatra psihičku bolest prirodnom bolesti, a ne demonskim opsjedanjem. Francuska revolucija donosi poboljšanje za prava ljudi i psihijatrijske bolesnike. Francuski liječnik Philippe Pinel 1793. godine oslobađa psihijatrijske bolesnike iz bolnice u Parizu (7).

Suvremena povijest etike u medicini započinje Nürnberškim kodeksom. Prvu trećinu 20.stoljeća obilježila je nacistička propaganda. Iako je nacizam naziv za politički pokret u Njemačkoj prošlog stoljeća, oni su itekako utjecali na razvoj etike u psihijatriji. Tijekom Drugog svjetskog rata u Njemačkoj se javio pokret rasne higijene, koji zagovara čišćenje njemačke rase, odnosno stvaranje takozvane arijevske rase koja je uključivala samo najbolje i najljepše Nijemce. Između ostalih, žrtve su bile i psihijatrijski bolesnici koji se nisu uklapali u profil Hitlerove arijevske rase. Oni su bili "bića koja nisu vrijedna života". Započinju prisilne sterilizacije shizofrenih, manično-depresivnih, pa čak i epileptičnih bolesnika. Nakon završetka rata krenuo je Nürnberški proces, odnosno kazneno suđenje liječnicima nacističke Njemačke. Rezultat je bio stvaranje Nürnberškog etičkog kodeksa, koji je bio početak sprječavanja eksperimentiranja na ljudima, te prvi međunarodni kodeks o medicinskim istraživanjima koji se temeljio na Hipokratovoj zakletvi. Iz kodeksa potekao je i današnji koncept "Informirani pristanak" ispitanika koji sudjeluju u liječenju i medicinskim istraživanjima.

Sedamdesetih godina prošlog stoljeća Svjetska psihijatrijska organizacija stvorila je Havajsku deklaraciju kao prvi etički dokument koji sadrži odgovore na pitanja o eksperimentiranju na bolesnicima i koja izričito nalaže da se prije svakog liječenja i istraživanja obavezno potpisuje pristanak bolesnika (2).

6. ETIČKI ASPEKTI SKRBI

Etički aspekti skrbi za duševne bolesnike odnose se na: odnos psihijatar-bolesnik, povjerljivost, informiranost, dobrovoljni pristanak i sposobnost davanja pristanka, smještaj u psihijatrijsku ustanovi, biomedicinska istraživanja uključujući placebo efekt te specifičnosti oko sudske medicine i smanjivanja stigme duševnih bolesnika.

6.1. Odnos psihijatar - bolesnik

Etika odnosa liječnika prema duševnim bolesnicima uvelike je komplicirana. Odnos prvenstveno započinje rješavanjem arhitektonskih pojedinosti prostora gdje će se razgovor ili intervju odvijati. Vrlo je zanimljiva činjenica da se kulturna razina jednog društva prepoznaje prema obziru društva prema duševnom bolesniku. Upravo iz tih razloga arhitektonske pojedinosti ne ovise o psihijatru već o društvu.

Liječenje oboljelih od psihijatrijskih bolesti prožeto je nizom etičkih dvojbi zbog nerijetko prisilnog prijema, nasilnog davanja lijekova, ograničavanja slobode i slično. Liječnik psihijatar, za razliku od drugih grana medicine, na dnevnoj bazi susreće bolesnike koji iz raznoraznih razloga ne žele sudjelovati u liječenju. Uvjeti za razgovor s takvim bolesnikom mogu biti nepovoljni što u konačnici dovodi do obeshrabljenja liječnika i bolesnika. Od liječnika se u takvim trenutcima očekuje da uspješno upravlja odnosnom liječnik-bolesnik i to koristeći ove osobine: visok stupanj tolerancije prema agresiji, sposobnost savladavanja straha, strpljivost, suosjećajnost, tolerancija tuđih etičkih načela poglavito prema političkim i religioznim uvjerenjima.

Odnos psihijatar - bolesnik traje tijekom cijelog procesa liječenja. U medicinskoj dokumentaciji potrebno je izbjegavati bilježenje bilo kakvih podataka koje bi mogle pacijenta u bilo kojem smislu kompromitirati. Možemo reći da je kvalitetan odnos između psihijatra i bolesnika prva razina izlječenja jer utječe na daljnju povjerljivost pacijenta i poštovanje prava na privatnost i čuvanje profesionalne tajne pacijenta.

Etička obaveza psihijatra je konkretan odnos sa svim kolegama i osobljem, zaštita interesa i prava oboljelih od duševnih poremećaja te prijenos stečenih znanja i vještina na mlađe kolege (2).

6.2. Povjerljivost

Obaveza čuvanja liječničke tajne jedno je od osnovnih pravila medicinske etike. Kako je već spomenuto Hipokratova zakletva jedna je od temeljnih i prvih dokumenata u kojima stoji dužnost liječnika da čuva privatnost svog pacijenta. Tijekom povijesti, liječnička tajna primjenjivala se u svim kategorijama osobe, bilo psihičke ili fizičke tegobe. Sukladno nepovoljnome položaju osoba s duševnim smetanja tijekom povijesti, isto se može primijeniti i na čuvanje profesionalne tajne. Činjenice o psihičkim bolestima bile su dostupnije javnosti od ostalih bolesti. U prilog tome ide i danas sveprisutna stigma psihijatrijskih bolesti (8).

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama liječnik je dužan čuvati kao tajnu sve ono što sazna tijekom liječenja osobe s duševnim smetnjama. Ovakva definicija posebice je važna u psihijatrijskoj praksi jer liječnik saznaje pojedinosti iz pacijentova života koje uključuju njegov bračni, obiteljski život koji ne utječu direktno na stanje bolesnika ali njihovo otkrivanje ponekad može nanijeti sramotu bolesniku.

Prema istom zakonu, uvedena je zabrana liječnicima, medicinskim sestrama i svim osobama koji dolaze u kontakt s bolesnikom bilo kakvo javno komentiranje njegovoga stanja, imena te psihijatrijske dijagnoze. Jedan od razloga ove odredbe su mediji koji znaju naštetiti pacijentima, poglavito kada su posrijedi krivična djela. Kada se zajedno s pacijentom u takvim okolnostima nađe i psihijatar u očima javnosti svaki psihijatrijski bolesnik postaje kriminalac što potiče stigmu društva da su psihijatrijski bolesnici agresivni i nepopravljivi. Izrazito je važno informirati i educirati javnost o psihičkim bolestima i tako otkloniti stigmu koja pogađa ovu skupinu ljudi. U slučaju otkrivanja profesionalne tajne slijedi moralna, prekršajna pa i kaznena odgovornost stručne osobe. Za počinitelje neovlaštenog otkrivanja podataka o bolesniku predviđena je uz novčanu kaznu i kazna zatvora do jedne godine.

Liječničku tajnu možemo podijeliti na dvije skupine. Prva skupina uključuje one slučajeve kada pacijent sam da pristanak da liječnik koristi njegove podatke, dok je druga skupina slučajevi otkrivanja pacijentovih podataka bez njegovog pristanka. Korištenje pacijentovih podataka uz prethodno dobiven pisani pristanak pacijenta naglašava se načelo autonomije kojem se mora težiti. U nekim slučajevima, sukladno prirodi psihičkih poremećaja, pacijent nije u stanju dati nam pisani pristanak. U tom slučaju potrebno je prethodno procijeniti ukoliko osoba nije u mogućnosti u slobodnoj volji dati pristanak za korištenje podataka. Osoba s duševnim smetnjama sposobna je dati pristanak ukoliko može razumjeti informaciju koja je važna za pristanak, ukoliko je može upamtiti i kasnije koristiti, odnosno procijeniti svrhu, štetnost i korist davanja svojih podataka.

Ukoliko osoba s duševnim smetnjama priprema počinjenje kaznenog djela, zaštita i osiguranje sigurnosti društva su na prvom mjestu. Drugim riječima, psihijatar se treba obratiti određenim državnim službama i otkriti plan bolesnika (8).

Ukratko, svi stručnjaci primorani su čuvati medicinsku tajnu bolesnika, te se informaciju smiju iskoristiti isključivo uz dobrovoljni pristanak pacijenta. Psihijatri i drugo zdravstveno osoblje ne smiju javno komentirati stanje bolesnika, te ne smiju ni u nijednom slučaju omogućiti identifikaciju bolesnika (9).

Obitelj je usko povezana s bolesnikom. Jedna od etičkih dvojbi s kojom se susreću psihijatri je svakako izlaganje informacija obitelji. Tridesetogodišnja žena, u četvrtom mjesecu trudnoće, nakon pokušaja samoubojstva je primljena na odjel na psihijatrijsko liječenje. Pripadnica je etičke manjine i zahtjeva da se njeno stanje ne govori njenoj obitelji. Pitanje je mora li psihijatar upoznati obitelj sa stanjem bolesnice? U suštini, liječnik bi trebao obavijestiti obitelj o stanju bolesnice jer razotkrivanjem informacija potiče se sigurnost i zaštita bolesnika. Obitelj bolesnice isto tako može promijeniti razmišljanje o psihijatrijskim bolestima te smanjiti pritisak na nju. Ukoliko liječnik zataji informaciju da se bolesnica pokušala ubiti, novi pokušaj samoubojstva može se vrlo brzo dogoditi, a i liječnik može biti tužen jer će nakon nekog vremena policija izvijestiti obitelj o događaju (10).

6.2.1. Pristup podacima iz pisane dokumentacije

Obaveza čuvanja liječničke tajne uključuje i svu pisanu dokumentaciju bolesnika. Medicinska dokumentacija predstavlja skup svih informacija o pacijentu na jednom mjestu. Podaci iz medicinske dokumentacije daju se na uvid u službene i javne svrhe isključivo kada to zatraži sud za ostvarivanje prava bolesnika iz kruga mirovinskog, zdravstvenog osiguranja te prava iz socijalne skrbi. Naravno, prethodno se mora tražiti pisani pristanak bolesnika.

Povjerljivost nije uvijek temeljna pretpostavka u psihijatriji. Potrebno je pažljivo balansiranje između očuvanja povjerljivosti i povrede povjerljivosti u cilju očuvanja najboljih interesa bolesnika. Povreda je dopuštena u slučaju dobrobiti drugih osoba (10).

6.3. Informirani pristanak

Prema Zakonu o zaštiti prava osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) 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." (11).

Informirani pristanak temelji se na načelu autonomije. Zasniva se na uvjerenju da svatko ima vrijednost i dostojanstvo koje se održava dopuštajući osobi slobodu da sami donose odluke o svome životu, a te se odluke temelje na vlastitim uvjerenjima i očekivanjima. Prije početka bilo kakvog liječenja bolesnika potrebno je kvalitetnom komunikacijom informirati bolesnika. Bolesniku je potrebno reći nešto o prirodi i svrsi tretmana, prednostima i rizicima tretmana, što bi liječenje trebalo postići, ukoliko ima mogućnosti za alternativne tretmane koji su. Nadalje, bolesnika treba informirati o lijekovima, koje vrste psihofarmaka će uzimati i kako će djelovati na budući život (moguća seksualna disfunkcija i slično). Možda najbitnija stavka informiranog pristanka je svakako objasniti pacijentu koji su rizici prekidanja i odbijanja liječenja (12).

Liječnik mora biti osposobljen pomoći pacijentu u donošenju najbolje moguće odluke. Bolesnikov izbor mora biti autonoman što znači da je odluku donio bez prisile i požurivanja. Ukoliko se procjeni da bolesnik nije u mogućnosti samostalno donijeti odluku, a prethodno je dobio sve potrebne informacije, liječenje je prisilno. Kod suicidalnog bolesnika također se poduzima prisilno liječenje do trenutka kad je bolesnik sposoban samostalno donijeti ispravnu odluku.

Jedan zanimljiv slučaj opisuje dvadesetpetogodišnjeg bolesnika na prvom pregledu kod psihijatra. Analiza psihijatra upućuje na intenzivne mistične deluzije, koje nisu opasne. Psihijatar opisuje pacijentu mogućnost i nužnost neuroleptičkog liječenja ali bolesnik odbija liječenje zbog straha od stradavanja intelektualnog kapaciteta. Psihijatar ponovno pokušava objasniti bolesniku važnost liječenja ali ovaj put uz prisustvo oca, na što bolesnik pristaje na liječenje jer je otac njegov "Božji poslanik". Etička dvojba je ovdje smije li psihijatar liječiti pacijenta pod ovakvim okolnostima, gdje njegov pristanak nije u skladu s gore opisanim karakteristikama? Mišljenja su podijeljena. Psihijatar nije u trenutku donošenja odluke bolesnika uzeo u obzir da je odluka donošena u stanju deluzija, već je tu odluku uzeo kao najbolju moguću za bolesnika, s ciljem sprječavanja pogoršanja stanja i omogućavanja potrebne hospitalizacije (10).

6.4. Sposobnost davanja pristanka

Psihičko stanje pacijenta kod manjeg broja ljudi (najčešće osobe lišene slobode ili psihotične osobe) može utjecati na sposobnost davanja pristanka, odnosno može oštetiti sposobnost osobe da razumije informacije bitne za donošenje odluke. Liječnik pri prijemu u psihijatrijsku ustanovu/odjel dužan je procijeniti sposobnost davanja pristanka. Sposobnost pri davanju pristanka dijeli se u dvije kategorije: zakonska kompetentnost (osoba je punoljetna s očuvanom poslovnom sposobnošću) i klinička kompetentnost (funkcionalna sposobnost bolesnika da odbije ili pristane na liječenje ili medicinske postupke).

Osoba koja nije sposobna, nakon što je liječnik kliničkim intervjuom osobu informirao o njenom stanju i potrebi liječenja, razumjeti informacije, razlučiti razloge za i protiv liječenja, niti može sagledati posljedice odluke neliječenja nije u mogućnosti dati pristanak na liječenje. Takva osoba se na liječenje prima isključivo prisilnom hospitalizacijom ili uz pristanak skrbnika ukoliko ga ima. Utvrđivanje sposobnosti za pristanak i traženje pristanka nije nužno ni u hitnim stanjima u psihijatriji kao ni u stanjima u kojoj je ugrožen ljudski život (9).

U suštini, prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) "Osoba je sposobna za davanje pristanka ako može razumjeti i upamtiti informacije koje su važne za donošenje odluke, sagledati razloge za i protiv odluke, posljedice svoje odluke te komunicirati svoju odluku" (11).

6.5. Dobrovoljnost davanja pristanka

Dobrovoljnost podrazumijeva da bolesnik donosi svoju odluku svojevoljno, bez tuđeg utjecanja, obmane i manipulacije. Dobrovoljnost može biti narušena u uvjetima medicinske prakse, prije svega iz nesrazmjera moći i znanja između psihijatra i bolesnika, u slučaju vrlo teških psihijatrijskih slučajeva i slično. Odnos između bolesnika i liječnika može dovesti do stanja gdje se pacijent osjeća obaveznim sudjelovati u istraživanjima zbog straha da će ukoliko odbije biti drugačije tretiran. Upravo iz tog razloga informirani pristanak je izrazito bitna stavka cjelokupne psihijatrijske prakse, jer ukoliko je pacijent dobro informiran neće ni pomisliti da nije u mogućnosti odbiti nekakav medicinski postupak (13).

6.6. Prijem u psihijatrijsku ustanovu/odjel

Prijem u psihijatrijsku ustanovu dijeli se s obzirom na pristanak bolesnika na hospitalizaciju. Hospitalizacija može biti dobrovoljna, prisilna hospitalizacija te smještaj bez pristanka. Smještaj bez pristanka je nova kategorija u smještaju bolesnika u ustanovu, a temelji se na nemogućnošću pristanka same osobe na hospitalizaciju te posredovanje skrbnika.

6.6.1. Smještaj bez pristanka

Kako je već rečeno, ukoliko bolesnik nije u mogućnosti sam dati pristanak na liječenje, uzima se pristanak zakonskog zastupnika/skrbnika. Kada osoba ima skrbnika znači da je lišena poslovne sposobnosti i da njene odluke nisu valjane. Potpis skrbnika valjan je isključivo ukoliko se pacijent ne protivi ostanku na liječenju. U protivnom potrebno je započeti proces prisilne hospitalizacije. Ukoliko se bolesnik nakon pristanka skrbnika na hospitalizaciju, predomisli i odluči da ne želi biti hospitaliziran (sposoban je dati svojevoljni pristanak) psihijatar je dužan procijeniti potrebu za prisilnom hospitalizacijom bolesnika. O tome je dužan obavijestiti sud najkasnije 12 sati od donošene odluke. Skrbnik mora na svoju ulogu pristati te biti punoljetan. Također, bolesnik ne smije biti mlađi od 16 godina i ne smije biti lišen poslovne sposobnosti. U roku od 48 sati od danog pisanog pristanka obavještava se pravobranitelj za osobe s invaliditetom koji pregledava opravdanost hospitalizacije bolesnika te se pisana bilješka prilaže u medicinsku dokumentaciju pacijenta kao dokaz (9).

6.6.2. Dobrovoljna hospitalizacija bolesnika

Dobrovoljni prijem bolesnika na odjel/ustanovu izraz je slobodne volje bolesnika na odluku o liječenju. Dobrovoljni pristanak na liječenje u psihijatrijskim okolnostima ne razlikuje se od dobrovoljnog pristanka na bilo koji drugi odjel. Dobrovoljni pristanak može se opozvati u bilo kojem trenutku, uz dužnost liječnika da objasni posljedice i savjetuje o daljnjem liječenju. Pri otpustu bolesnika nema razlike s obzirom na otpuste na drugim odjelima ukoliko u međuvremenu nije došlo do prisilne hospitalizacije (9).

6.6.3. Prisilna hospitalizacija i prisilni smještaj bolesnika

Prisilna hospitalizacija ponekad predstavlja nužan oblik liječenja. Predstavlja jedno od najosjetljivijih etičkih pitanja današnjice. Osoba koja je prisilno zadržana u psihijatrijskoj ustanovi te je primorana primati terapiju vodi se kao bolesnik na prisilnom liječenju. Prema Havajskoj deklaraciji (1977.) navodi se da: "niti jedan postupak ili oblik liječenja ne smije se provoditi suprotno ili neovisno o pacijentovoj vlastitoj volji, osim ako pacijent zbog duševne bolesti ne može prosuditi što je za njega najkorisnije, a izostanak toga liječenja može ozbiljno nauditi pacijentu i drugima". Nadalje, prema točki 6.iste deklaracije: "takvo bi liječenje trebalo prestati čim nestanu razlozi te da pacijenta treba osloboditi obaveze prisilnoga liječenja i uložiti napore da se nastavi sa dobrovoljnim liječenjem" (2).

Osoba može biti prisilno hospitalizirana ukoliko osoba zbog svoje bolesti ugrožava zdravlje sebe i drugih ljudi. Druga mogućnost uključuje "hitan postupak" u kojem zakonodavna tijela mogu osobu dovesti u bolnicu bez prethodnog pregleda liječnika (2).

U Republici Hrvatskoj (RH) prisilna hospitalizacija bolesnika regulirana je člankom 27. ZZODS, koji navodi da je prisilno smještena osoba: "Osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost". Osobu se prima na liječenje na temelju uputnice liječnika medicine koji je tu osobu pregledao i napisao pisanu ispravu koja obrazlaže razloge prisilne hospitalizacije. Psihijatar koji primi osobu dužan je u roku od 48 sati od prijema bolesnika utvrditi postoje li razlozi za prisilnu hospitalizaciju te osobu upoznati sa svim svojim pravima, koje obavezno uključuje pravo na odvjetnika.

Ukoliko psihijatar odluči da postoje razlozi za prisilnu hospitalizaciju, osoba se zadržava u psihijatrijskoj ustanovi, psihijatar razloge ulaže u medicinsku dokumentaciju. Potrebno je obavijestiti zakonskog zastupnika/skrbnika, osobu od povjerenja ili obitelj pacijenta, i pacijentu na miran i pravilan način objasniti što se događa te zašto je hospitaliziran. Unutar 12 sati od prijema bolesnika, psihijatrijska ustanova dužna je donijeti nadležnom županijskom sudu odluku o prisilnom zadržavanju bolesnika. Također, bolesnik koji je dobrovoljno pristao na hospitalizaciju u međuvremenu može promijeniti svoj iskaz kao i obrnuto (bolesnik koji je prisilno smješten može potpisati dobrovoljni pristanak) te odbiti liječenje koje je nužno i ulazi u okvire od 12-satnog roka davanja odluke o hospitalizaciji.

O prisilnom smještaju odlučuje nadležni sudac koji je dužan u roku od 72 sata od primitka odluke o prisilnoj hospitalizaciji posjetiti zadržanu osobu u psihijatrijsku ustanovu,

obavijestiti je o razlogu prisilnog smještaja te saslušati osobu. Sudac je dužan imati uvid u medicinsku dokumentaciju pacijenta. Voditelj odjela dužan je osigurati da bolesnik ne bude pod liječničkim tretmanom koji bi na bilo koji način mogao onemogućiti sudsko saslušanje. Tijekom razgovora s pacijentom može prisustvovati i psihijatar vještak koji nije zaposlen u ustanovi.

U postupku prisilnog smještaja javnost je isključena. To se ne odnosi na samu osobu, skrbnika, odvjetnika, službenika iz Centra za socijalnu skrb (CZSS) i voditelja odjela.

Ukoliko sudac zaključi da nema potrebe za prisilno zadržavanje bolesnika, bolesnik se otpušta iz zdravstvene ustanove. U suprotnom, donosi rješenje za nastavak hospitalizacije. Prisilna hospitalizacija bez sudskog rješenja može trajati najdulje 8 dana. Uz sudsku odluku određuje se prisilna hospitalizacija od 30 dana. Nadalje se hospitalizacija može produžiti ovisno o potrebama i to na najviše 3 mjeseca (11).

Tanka je granica slobode bolesnika da sam odlučuje o svojoj hospitalizaciji. Većina psihijatra smatra da se prisilna hospitalizacija može koristiti u vrlo malom broju bolesnika. U svim ostalim slučajevima psihijatri bi trebali na neki način uvjeriti bolesnika u dobrobit hospitalizacije za njegovo stanje. Također, etički su upitne dobrovoljne hospitalizacije koje ponekad i nisu dobrovoljne već pacijenti prihvaćaju hospitalizaciju da bi zadovoljili okolinu, roditelje i slično (2).

Na konkretnom primjeru slučaja možemo objasniti etičku dilemu pri prisilnom liječenju i hospitalizaciji. Četrdesetogodišnji inženjer s recidivom paranoidne shizofrenije nazvao je hitnu psihijatrijsku službu sa zahtjevom za primanje na zatvoren odjel. Nakon ulaska, bolesnik odbija uzimanje psihofarmaka pritom tvrdeći da se osjeća sigurno jer progonitelji ne mogu doći do njega. Pitanje je što bi psihijatar trebao učini u ovom slučaju? Nadovezujući se na temu informiranosti psihijatar je dužan bolesniku objasniti važnost uzimanja psihofarmaka te posljedice odbijanja uzimanja lijekova. Nadalje, potrebno je odmah pokrenuti postupak za prisilno liječenje pacijenta kako bi se smanjila njegova psihoza. U slučaju neslaganja s pacijentom najbolje moguće rješenje je raznim komunikacijskim vještinama i terapijskim konceptom pokušati dočarati pacijentu neizmjernu važnost uzimanja lijekova, prvenstveno za njegovo stanje pa i sigurnost njegove okoline (10).

6.7. Biomedicinska istraživanja u psihijatriji

Medicinska istraživanja u psihijatriji bave se etiologijom psihičkih bolesti te ispitivanjem novih mogućnosti liječenja (farmakoterapija, socioterapija). Biomedicinska istraživanja na ljudima danas tvore jednu od najvećih etičkih dilema (14).

Uzimajući u obzir povijest biomedicinskih istraživanja na ljudima najčešće se ističe informirani pristanak osobe na istraživanje. Informirani pristanak svakoj osobi omogućava moć odlučivanja o svome vlastitome životu. Povijest se najviše veže uz Drugi svjetski rat i Nürnberg, odnosno suđenje za medicinska istraživanja u koncentracijskim logorima u Drugom svjetskom ratu. Time je odlučeno da je to bio zločin protiv čovječanstva te je donesena zabrana medicinskih istraživanja bez pristanka osobe. Nadalje, farmaceutske tvrtke su kroz povijest također imale brojne afere u istraživanjima. Jedna od najpoznatijih uključuje farmaceutsku kompaniju Pfizer koju su tužili roditelji djece u Nigeriji. Nakon epidemije kolere, ospica i meningitisa farmaceutska kompanija Pfizer uključila se u akciju pomaganja testirajući novi lijek Trovan. Polovica djece dobila je eksperimentalnu dozu dok je druga polovica dobila standard terapiju. Određeni dio djece smrtno je stradao. Etičke dileme uz biomedicinska istraživanja vezana su uz djecu, osobe koje nisu pri svijesti te odrasle osobe koje zbog bolesti ili invaliditeta nisu u mogućnosti samostalno dati pristanak (u ovom slučaju duševni bolesnici) (15).

Biomedicinska istraživanja nad duševnim bolesnicima mogu se primijeniti isključivo ako nema druge odgovarajuće metode istraživanja nad ljudima, ukoliko su osobe koje sudjeluju u istraživanju dale svoj slobodan pristanak, ukoliko su obaviještene o svim rizicima i pravima te ukoliko je o tome obaviješteno Državno povjerenstvo. Biomedicinska istraživanja nad osobama koje nisu dale svoj slobodan pristanak moguće je poduzeti uz suglasnost Etičkog povjerenstva. Etičko povjerenstvo dužno je razmotriti prijedlog te uvidjeti jesu li rizici istraživanja opravdani, poštuje li se dostojanstvo ispitanika te poštuje li se povjerljivost informacija.

Mnoga psihijatrijska stanja utječu na sposobnost davanja pristanka (shizofrenija, halucinacije, sumanute ideje i slično). Priroda duševne bolesti dovodi do veće ovisnosti pacijenta o liječenju nego u nekoj drugoj medicinskoj grani. Kako je već naglašeno, pristanak mora biti dobrovoljan, bez pritiska izvana i prijetnji, uz zaštitu dostojanstva i sigurnost osobe koja provodi istraživanje (14).

Zbog visoke prevalencije duševnih poremećaja, psihijatrija je vrlo privlačno istraživačko područje. U psihijatrijskim istraživanjima manjka moć postavljanja etiološke

dijagnoze i objektivnosti instrumentarija u istraživanjima. Većina psihijatrijskih poremećaja se dijagnosticira kao sindrom. Dijagnostički instrumenti su upitnici koji ispunjavaju liječnici. Teško je razlučiti kad se javi novi simptom, pripada li novom sindromu ili nuspojavi terapije. Zakonski skrbnici i osobe od povjerenja nemaju dozvolu pristanka na istraživanje umjesto bolesnika.

6.8. Primjena placebo efekta u psihijatrijskim istraživanjima

Primjena placebo efekta kod duševnih bolesnika može biti osobito rizično zbog mogućeg pogoršanja bolesti, agresije i samoubojstva. Istraživanja na bolesnicima koristeći placebo efekt privlači pažnju javnosti, medija i znanstvenika. Čak 25-50 % bolesnika tijekom istraživanja ima uskraćeno liječenje. Pri primjeni placeba, mišljenja su podijeljena. Protivnici nerijetko zaboravljaju da svako terapijsko sredstvo ima određeni postotak placebo efekta. Razlučiti placebo učinak od običnog terapijskog učinka nije u svakom slučaju najjednostavnije. Primjena placebo efekta radi se u maloj, kontroliranoj skupini ljudi pa je rizik izrazito manji od izlaganja cijele populacije neistraženom lijeku. Najistaknutiji prigovori liječenju placebo efektom uključuju moralnu obvezu liječnika: pomoći, a ne škoditi bolesniku te kao i u svakom istraživanju nad duševnim bolesnikom, kompetentnost pacijenta da pristane na istraživanje. Zaključno se može reći da se placebo efekt tolerira u stanjima kad nema drugog mogućeg terapijskog liječenja (2).

U psihijatriji se placebo efekt najčešće primjenjuje putem psihofarmaka. Medicinske sestre odgovorne su za primjenu psihofarmaka kod pacijenata. Prilikom primjene lijekova, medicinska sestra mora poznavati:

1. propisanu dozu lijeka i koja je najveća moguća doza lijeka koja se može dati pacijentu.
2. način primjene lijeka
3. način dijelovanja lijeka
4. nuspojave lijeka (16).

Prije svega, uloga medicinske sestre je osigurati najveću sigurnost bolesnika prilikom uzimanja lijekova uključujući i placebo. Prilikom korištenja placebo efekta namjere medicinske sestre trebaju biti dobronamjerne. Nikakav drugi interes ne smije ugroziti primjenu placebo efekta. Ukoliko medicinska sestra primijeti da je placebo nedjelotvoran

mora o tome obavijestiti liječnika. U takvim situacijama nužno je da bolesnik dobije pravilnu dozu lijekova kako ne bi došlo do pogoršanja stanja bolesnika. Ukoliko bolesnik upita medicinsku sestru o prirodi lijekova koje dobiva, medicinska sestra bi trebala pacijentu objasniti koje lijekove pije i koji je njihov učinak (17). Medicinska sestra u primjeni placebo efekta mora imati razvijene dobre komunikacijske vještine kako bi bolesniku objasnila koja je njegova uloga prilikom uzimanja placebo efekta.

6.9. Lišenje poslovne sposobnosti

Vještačenje poslovne sposobnosti duševnih bolesnika jedno je od najtežih i najdelikatnijih zadataka u kliničkoj i forenzičkoj psihijatriji. Poslovna sposobnost je sposobnost da se vlastitim snaga steknu prava i obveze. U RH potpuna poslovna sposobnost stječe se punoljetnošću, odnosno punjenjem 18 godina. Vještačenje poslovne sposobnosti duševnog bolesnika dijeli se u tri kategorije: potpuno poslovno sposoban, djelomično poslovno sposoban i poslovno nesposoban. Poslovna sposobnost najviše se procjenjuje kod bolesnika oboljelih od shizofrenije, demencije, bolesnika s poremećajem raspoloženja i bolesnika koji se liječe od ovisnosti. Kod procjene djelomično sposobne osobe potrebno je naglasiti u kojim poslovima je osoba sposobna, a u kojim ne. Sa psihijatrijskog stajališta vještak psihijatar mora prepoznati sposobnosti odnosno nesposobnosti rasuđivanja ispitanika te opasnosti i odgovornosti pacijenta. Tijekom života u skladu s promjena u psihičkom stanju kod iste osobe provodi se nekoliko psihijatrijskih vještačenja. Jednom "oduzeta" poslovna sposobnost osobi se može vratiti, ovisno o psihijatrijskom vještačenju (18).

7. MJERE PRISILE KOD OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Mjere prisile su sredstva i metode fizičkoga ograničavanja kretanja i djelovanja bolesnika. Pravilnik o vrstama i načinu mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama (Ministarstvo zdravlja) opisuje dvije vrste: sputavanje i odvajanje. Sputavanje uključuje fiksaciju bolesnika (pojasevi, magnetne trake) i odvajanje koje uključuje stavljanje bolesnika u zasebnu sobu.

Kriznim odnosno hitnim stanjem u psihijatriji možemo nazvati svako stanje koje zahtjeva hitnu intervenciju u cilju zaštite života bolesnika i sigurnost okoline. Upravo se u kriznim situacija koriste mjere prisile. Mjere prisile isključivo se primjenjuju u onim stanjima kad nijedna druga tehnika ne daje rezultate, te se koriste onoliko koliko traje fizička opasnost (19).

Mjere prisile primjenjuju se kod bolesnika s težim duševnim poremećajima i strogo je zabranjeno koristit mjere prisile u svrhu kažnjavanja bolesnika. Gledajući kroz povijest vidimo nastojanje da se duševnim bolesnicima omogući što bolji uvjeti liječenja. Psihijatrijske ustanove u Španjolskoj još u 15. stoljeću primjenjivale su humaniji oblik liječenja osoba s duševnim smetnjama zbog čega se Španjolsku smatra kolijevkom psihijatrije. Poznato je da je Philippe Pinel otpustio pacijente sa lanaca te je tako počela nova era psihijatrije u Europi.

Mišljenje javnosti je da duševna bolest uvijek ide s agresivnošću bolesnika. Istraživanja su pokazala da je incidencija i prevalencija nasilja kod duševnih bolesnika manja nego kod zdrave populacije te da su duševni bolesnici češće izloženi nasilju od zdrave populacije. Prisilne mjere negativno su iskustvo za svakog čovjeka, i to iz dvaju razloga. Prvo, njima se krši osnovno ljudsko pravo na slobodan izbor. Drugi razlog je povreda autonomije osobe. Prvi postupak u kriznom stanju je korištenje određenih verbalnih i neverbalnih mjera komunikacije s bolesnikom. Ukoliko ovaj pokušaj ostaje neuspješan, počinje se s korištenjem mjera prisile. Ne postoji jedinstveni kriteriji koji se koriste kao temelj jedinstvenog postupanja prema osoba s težim duševnim smetnjama. Svaka intervencija prema osobama s duševnim smetnjama treba biti medicinsko opravdana, a ukoliko se postupa suprotno navedenim indikacijama, takav postupak smatra se nehumanim i ponižavajućim (19).

7.1. Način primjene mjere prisile

Odluku o mjeri prisile donosi psihijatar. Ukoliko zbog iznimne hitnoće nije moguće pričekati psihijatra odluku može donijeti i drugo osoblje na odjelu (doktor medicine, medicinska sestra) koji su nužni odmah po dolasku psihijatra izvijestiti ga o primjeni mjere prisile. Kliničke indikacije za mjere prisile su: nepredvidivo i agresivno ponašanje, samodestruktivno ponašanje, ponašanje koje je opasno za bolesnika i za druge, intoksikacija alkoholom i opojnim drogama, manično ponašanje sa slabom kontrolom te sprječavanje samoozljede bolesnika.

Mjera sputavanja primjenjuje se kao fizičko sputavanje korištenjem fizičkih pomagala (remeni, vezice, zaštitne košulje) ili kemijskim putem (sedacija). Maksimalno vrijeme unutar kojeg osoba može biti sputavana je četiri sata. Nakon isteka tog vremena psihijatar mora doći i osobno procijeniti nužnost daljnjeg sputavanja. Kako bi se izbjegle eventualne ozljede i povećala sigurnost bolesnika i osoblja u procesu sputavanja sudjeluju pet osoba, po jedna osoba za svaki ekstremitet i glavu. Sputavanje se provodi na velikim zglobovima kako bi uvijek bilo moguće otvoriti intravenski put u slučaju hitnoće. Korišteni remeni ne smiju se prejako stisnuti kako bi se izbjegla mogućnost nastanka kontraktura bolesnika. Bolesnika kod kojeg je prisutna fiksacija potrebno je smjestiti u vlastitu sobu s nadzorom. Prilikom održavanja osnovnih ljudskih potreba (hranjenje, eliminacija i slično) potrebno je prema bolesniku se odnositi kao i prema svakome drugome. Bilo kakav drugi način (primjerice ne davanje hrane kao kaznu) strogo je zabranjeno i u potpunosti krši osnovna prava bolesnika.

Odvajanje odnosno izolacija u drugi prostor privremena je mjera prisile koja se koristi isključivo u ekstremnim rizičnim situacijama. Uz mjeru izolacije ne smije se koristiti i mjera sputavanja. Važno je naglasiti da pacijenti koji su suicidalni, intoksicirani, sa srčanim i respiratornim smetnjama ili oni pacijenti koji imaju konvulzije ne smiju se odvajati u posebnu sobu. Bolesnika se prije odvajanja u posebnu sobu mora detaljno pregledati, popisati sve vrijedne stvari i sve upisati u medicinsku dokumentaciju pacijenta. Ovisno o stanju bolesnika, nakon procjene psihijatra, bolesnik se može pustiti da objeduje s drugim bolesnicima. Odvajanje bolesnika mora biti svedeno na najmanje moguće vrijeme i samo u najnužnijim situacijama (20).

U suvremenoj psihijatrijskoj praksi postoji jasna tendencija izbjegavanja sputavanja i odvajanja bolesnika. CPT (Europski komitet za sprječavanje mučenja i nečovječnoga ili ponižavajućega postupanja ili kažnjavanja) naglašava da se ova praksa u većini razvijenih zemalja polako ukida, međutim dokle god se ove mjere prisile koriste one moraju biti u

potpunosti provedene prema svim pravilima. Osoblje u psihijatrijskim ustanovama mora poznavati tehnike nefizičkoga i fizičkoga obuzdavanja bolesnika. Time će biti u mogućnosti odabrati najbolji mogući način suočavanja s tim situacijama te povećanja sigurnosti bolesnika i cjelokupnog osoblja (21).



Slika 1. - Prikaz postupaka u slučaju primjene mjera prisile
http://sestrinstvo.kbcsm.hr/upoznavanje-zdravstvenih-djelatnika-s-postupanjem-u-slucaju-primjene-mjera-prisile/

8. STIGMA PSIHIČKE BOLESTI

Osobe oboljele od duševnih poremećaja i danas su najranjivija i najnezaštićenija skupina bolesnika. Stigma je negativno mišljenje da su osobe s duševnim smetnjama manje vrijedne, lijene, opasne i nepoželjni prijatelji, poslovni suradnici, članovi obitelji i slično. Njih se smatra nesposobnim za rad, zajednicu, samostalan život uopće. Svakodnevno ih se podcjenjuje, izbjegava i ignorira. Često doživljavaju neugodnosti i od zdravstvenoga osoblja dok obitelj takvog bolesnika osjeća krivnju, zabrinutost, zbog čega postaje disfunkcionalna i manje otporna na negativne stavove okoline. Cijela obitelj je pod stresom što dovodi do pogoršanja simptoma kod bolesnika (2).

Kako osobe oboljele od duševnih poremećaja okolina najčešće doživljava prikazano je u tablici 1.

Tablica 1 Doživljaji okoline osoba s duševnim smetnjama

OBILJEŽJE	DIJAGNOZA
Opasni, nesposobni za samostalan život, donošenje odluka i zarađivanje	Shizofrenija i općenito liječenje u psihijatrijskoj ustanovi
Sami su krivi za svoju bolest	Anksiozni poremećaj i depresija
Neizlječivi	Demencija, intelektualna teškoća, shizofrenija

Izvor: Crisp A. H, Gelder M. G, Rix S, Meltzer H. I, Rowlands O. J. Stigmatisation of people with mental illnesses. British Journal of Psychiatry, 2000; 177(4-7).

Oboljeli od duševnih bolesti najčešće su više žrtve stigmatizacije nego simptoma svoje bolesti. Negativna predrasuda o bolesnicima s duševnim poremećajima uvijek dovede do negativne diskriminacije. Takva diskriminacija onemogućuje bolesnika ostvariti dugoročne i kratkoročne socijalne ciljeve. Osoba gubi samopouzdanje, osjeća krivnju, sam priznaje poraz te se dodatno stigmatizira.

Psihijatrijske ustanove zbog istih razloga su također u krugu diskriminacije i stigmatizacije psihičkih bolesnika. Psihijatrijske ustanove stječu stigmu neučinkovitih ustanova. Smanjuje se financijsko izdavanje društva za te ustanove, dolazi do sve lošijih i lošijih uvjeta te sukladno tome osoblje je nezadovoljno i nesvjesno se upada u začarani krug stigme i diskriminacije. Psihijatrijske ustanove i dalje su najskromnije opremljene, poneke su smještene u podrumima zgrada ili derutnim zgradama. Obično se nalaze izvan većih gradova, na kraju bolnica i slično.

Stigma psihičke bolesti je glavna zapreka pravilnom i učinkovitom liječenju od duševnih poremećaja. Utječe na kvalitetu života, obitelj i zajednicu u kojoj žive te osoblje koje ih liječi. Stigma vrlo negativno utječe na cjelokupno društvo i usprkos razvitku medicine stigma je i dalje u velikoj mjeri prisutna. Bolesnici oboljeli od duševnih poremećaja pomoć najčešće traže kod psihijatra i ostalog osoblja na odjelu. Iz tih razloga sve zdravstveno osoblje koje sudjeluje u liječenju osobe sa duševnim smetnjama moraju biti dovoljno educirani i prosvjećeni o ovoj temi da bi mogli u najvećoj mogućoj mjeri štititi pacijentova prava i ne kršiti etičke kodekse (2).

9. ETIKA U SUDSKOJ MEDICINI

Forenzična psihijatrija je područje u kojem se dodiruju medicina i pravo. Forenzični psihijatri/vještaci imaju jako težak zadatak prezentirati sudu medicinska i psihološka obilježja vještačene osobe, kako bi sud mogao odlučiti je li osoba u vrijeme počinjenog djela bila ubrojiva odnosno neubrojiva. Ubrojivost je sposobnost pravilnog shvaćanja zbivanja oko sebe, shvaćanje postupaka i posljedica svojih postupaka. Ubrojivost je pretpostavka krivnje osobe koju procjenjuje psihijatar vještak. Neubrojivost je dakle, nesposobnost shvaćanja svojih postupaka i posljedica. Smanjena ubrojivost umanjuje krivnju i smanjuje kaznu dok neubrojivost isključuje krivnju u pravnom smislu riječi i tiče se psihijatrijskog liječenja osobe. Najčešća stanja koja dovode do neubrojivosti bolesnika su: psihotične bolesti, intoksikacija alkoholom i drogama i razna sumanuta stanja (22).

Prilikom psihijatrijskog vještačenja psihijatar vještak je u vrlo delikatnoj situaciji. Nalazi se između "dvije vatre", medicine i prava čiji su ciljevi i etički aspekti različiti. Cilj medicine je pomoći pojedincu u skladu s načelima humane medicine dok je cilj prava riješiti slučaj temeljen na istini i zadovoljavanju pravde. Upravo iz ove razlike u ciljevima proizlazi većina etičkih dilema psihijatrijskog vještačenja.

Sudski psihijatri moraju poštovati dostojanstvo i autonomiju svake osobe. Etička dilema se javlja u razini educiranosti psihijatra vještaka za određeni slučaj. Sudski psihijatar trebao bi prihvaćati samo one slučajeve za koje je siguran da je educiran. Nadalje, pojam povjerljivosti u sudskoj je praksi na većoj kušnji nego u kliničkoj praksi. Od psihijatra vještaka se očekuje da otkrije neke činjenice o svome ispitaniku koje ne bi bile otkrivene u drugačijim kontekstima. Ukoliko vještak sazna da optuženik sprema počiniti neko opasno kazneno djelo ili ga je već počinio od vještaka se očekuje zaštita interesa drugih osoba, posebice ukoliko se radi o ugrožavanju života i zdravlja (2).

Primjerice, jedan turski radnik nožem je nasrnuo na svoju ženu i teško je ranio. Nakon psihijatrijskog vještačenja koje nije utvrdilo nikakve poremećaje, turski radnik želi razgovarati s psihijatrom pozivajući se na povjerljivost informacija između bolesnika i liječnika. Nakon što je psihijatar to odbio, radnik se počeo tresti, drhtati i znojiti se te je naposljetku i kolabirao. Nakon toga je utvrđeno da je on bio žrtva seksualnog zlostavljanja u Turskoj. Nitko osim psihijatra i njegovog brata ne zna za događaj, jer je u Turskoj to velika sramota i on bi izgubio poštovanje svojih kolega i suprugu. Pitanje je očekuje li se od psihijatra da izvijesti sud o seksualnom zlostavljanju? Bolesnik u trenutku razgovora nije imao status bolesnika već je pregledan u svrhu vještačenja, a ne u svrhu stvaranja pozitivnog

odnosa bolesnika i liječnika. Nadalje, za odlučivanje ispravne presude suda potrebno je uzeti u obzir sve moguće činjenice koje su mogle utjecati na radnika. Također, turski je radnik u ovom slučaju zdrava punoljetna osoba koji ima pravo na slobodnu volju i psihijatar nema pravo reći njegovu tajnu bez njegova pristanka. Ipak, vještaci su angažirani od strane suda sa namjerom da pruže stručno mišljenje i njihova je dužnost predočiti sudu sve nalaze, bilo da okrivljuju osobu ili je oslobađaju (10).

10. MADRIDSKA I HAVAJSKA DEKLARACIJA

Havajska deklaracija donesena je 1977. godine u državi Havaji. Svjetska psihijatrijska udruga donijela je smjernice Havajske deklaracije kako bi spriječila zlouporabu psihijatrijskih koncepata, znanja i tehnologije. Kako bi se pojasnile etičke smjernice psihijatrije i time olakšao rad zdravstvenog osoblja psihijatrijske struke Generalna Skupština Svjetske psihijatrijske udruge donijela je ove etičke smjernice:

1. Cilj psihijatrije je liječenje duševnog poremećaja. Psihijatar će služiti najboljem interesu bolesnika poštivajući sve etičke standarde;
2. Svaki psihijatar dužan je bolesniku omogućiti najbolju moguću terapiju uz apsolutno poštivanje dostojanstva pacijenta;
3. Odnos između bolesnika i liječnika treba biti terapijski. Terapijski odnos zahtjeva suradnju, povjerenje i međusobnu odgovornost. Svaki odnos bolesnika mora biti detaljno objašnjen;
4. Psihijatar treba obavijestiti bolesnika o prirodi svog stanja, terapijskim postupcima uključujući alternativne metode i moguće ishode. Takve informacije moraju se bolesniku ponuditi na način da može izabrati koju metodu liječenja želji;
5. Ne smiju se provoditi nikakvi tretmani ni liječenje koje je protiv volje bolesnika. Ukoliko bolesnik boluje od težih duševnih poremećaja takvu odluku određuje skrbnik ili zakonski zastupnik;
6. Čim prestane nužnost za prisilno liječenje, psihijatar mora prestati s takvim liječenjem. Ukoliko je potrebno daljnje liječenje potrebno je bolesniku omogućiti dobrovoljni pristanak;
7. Psihijatar nikada ne smije koristiti svoje profesionalne mogućnosti da prekrši dostojanstvo ili ljudska prava bilo kojeg pojedinca ili grupe. Ne smije dopustiti da želje, osjećaje, predrasude ili uvjerenja ometaju tretman. Ako bolesnik ili neka treća strana zahtijeva radnje protivno znanstvenim spoznajama ili etičkim načelima, psihijatar mora odbiti suradnju;
8. Što god da je rečeno tijekom pregleda, psihijatar mora čuvati strogo povjerljivo osim ako bolesnik ne da svoju suglasnost. Ukoliko bolesnikove informacije upućuju na neko kazneno djelo ili ugrožava sigurnost zajednice, takve informacije psihijatar je dužan priopćiti;

9. Ukoliko se slučaj bolesnika koristi za promociju i istraživanje psihijatrije, potrebno je dobiti pacijentov pristanak. Psihijatar će poduzeti sve mjere da se održi dostojanstvo i anonimnost bolesnika;
10. Bilo kakve radnje protivno ovoj Deklaraciji moraju se obustaviti (23).

Madridska deklaracija donesena je 1996. godine u Madridu. Dijeli se na 3 dijela. Prvi i drugi dio navodi etičke obaveze struke i ne razlikuje se previše od Havajske deklaracije. Treći dio Deklaracije bavi se smjernicama za specifične postupke u psihijatriji. Uključuje eutanaziju, mučenje, presađivanje organa, smrtnu kaznu, etiku psihoterapije i diskriminaciju.

Eutanazija

Madridska deklaracija naglašava da je dužnost liječnika promicati zdravlje. Psihijatar treba biti svjestan da stavovi bolesnika mogu biti iskrivljeni zbog bolesti.

Mučenje

Psihijatar ne smije sudjelovati u nikakvim aktivnostima mučenja i zlostavljanja. Psihijatri ne smiju sudjelovati u izvršenjima smrtne kazne bolesnika.

Selekcija spola

Madridska deklaracija naglašava da psihijatar ne smije sudjelovati u prekidu trudnoće zbog odabira određenog spola.

Presađivanje organa

Psihijatar ne smije psihoterapijskim vještinama utjecati na odluku bolesnika.

Diskriminacija

Bilo kakav vid diskriminacije je strogo zabranjen. Uključuje diskriminaciju na osnovi spola, politike, etničke pripadnosti i kulture.

Etika psihoterapije

Prije svakog liječenja pacijenta psihijatar mora dobiti pristanak bolesnika. Psihijatar ne smije prekršiti granice utvrđene profesionalnim odnosnom (24).

11. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U OČUVANJU ASPEKTA

Medicinske sestre su najbrojnija skupina zdravstvenih djelatnika i sukladno tome provode najviše vremena s bolesnicima. Životni uvjeti pacijenta i način liječenja svakodnevno mogu kršiti etičke aspekte rada psihijatrije. Medicinske sestre imaju veliku odgovornost u stvaranju pozitivne klime na odjelu. Suvremeni pristup u zbrinjavanju psihijatrijskih bolesnika okreće se stvaranju pozitivnog terapijskog okruženja. Istraživanja su pokazala da pozitivno okruženje utječe na brže i učinkovitije izlječenje i poboljšanje stanja bolesnika.

Fizičko okruženje uključuje veličinu i razmještaj prostora, osvijetljenost sobe i slično. Kad govorimo u ulozi sestre u osiguravanju povoljnog fizičkog okruženja za bolesnika, naglašavamo iskorištavanje već prisutnih stvari na odjelu. Kalendari i slike mogu se često nabaviti dobrotvornim akcijama, a bolesnici će se moći orijentirati u prostoru i urediti svoju bolesničku sobu (7). Nadalje, ukoliko je moguće bolesniku se može omogućiti da svoje osobne stvari zaključa u ormarić čime potičemo osjećaj sigurnosti, dostojanstva i autonomije bolesnika. Poznato je da se ne preporuča cjelodnevno nošenje pidžame bolesnika znajući da na taj način pacijenta odvlačimo od orijentacije u prostoru. Uloga medicinske sestre je i ovdje nužna jer tijekom jutarnje njege bolesnika medicinska sestra kvalitetnom komunikacijom može pacijentu navesti na oblačenje dnevne odjeće po izboru bolesnika.

Prehrana bolesnika predstavlja drugi važan aspekt životnih uvjeta tijekom hospitalizacije i liječenja bolesnika. Hrana koju bolesnik uzima mora biti u određenim nutritivnim vrijednostima te dana u određenim uvjetima. Medicinska sestra mora omogućiti bolesniku da se hrana servira na odgovarajućoj temperaturi i u svakodnevnim uvjetima. To uključuje da bolesnik sjedi za stolom, koristeći se priborom za jelo. Prilikom obavljanja osobne higijene i eliminacije medicinska sestra dužna je omogućiti pacijentu privatnost i onoliko vremena koliko treba. Zadovoljavanjem ljudskih potreba medicinska sestra djeluje na zadovoljavanje osnovnih prava svakog pojedinca bez obzira na dijagnozu i invaliditet pacijenta.

Nadovezujući se na spomenuto pozitivno terapijsko okruženje, steći povjerenje je početak odnosa sestra - bolesnik. Steći i sačuvati povjerenje bolesnika nije uvijek lako. Na važnost stvaranja povjerenja upućuju svi etički kodeksi sestara. Primjerice, prema Međunarodnom vijeću medicinskih sestara (ICN) "Medicinska sestra čuva povjerene joj osobne informacije i razborito ih koristi". S obzirom da sestre provede više vremena s bolesnicima od drugih zdravstvenih disciplina od iznimne je važnosti da njeguju pozitivan odnos i da na nikakav način ne kompromitiraju taj odnos (4).

Psihijatrijska sestra ima važnu ulogu u provođenju antistigma programa u psihijatriji. Uspješnost sestre najviše ovisi o stavovima prema psihijatrijskom bolesniku i njenoj svjesnosti svojih stavova. Medicinska sestra mora biti svjesna da je ona zagovarač prava svojih bolesnika te ukoliko ih ona na bilo koji način diskriminira ili omalovažava, isti takvi stavovi producirati će se i na javnost. Medicinska sestra može osvijestiti stavove i ponašanja putem: introspekcije ili samoopažanja (shvaćanjem vlastitih želja, stavova i misli), raspravom (raspravom o svakodnevnim situacijama potiče pozitivno emocionalno ozračje), proširenjem iskustva (trajna edukacija, osobna želja za učenjem) i igranjem uloga (7).

12.**ZAKLJUČAK**

Etički aspekti psihijatrije definirani su u Madridskoj i Havajskoj deklaraciji. Psihijatri kao liječnici i medicinske sestre u svom svakodnevnom radu dužni su poštovati etičke standarde. U nijednom trenutku pacijent ne smije biti kažnjavan ili zlostavljan od strane zdravstvenih djelatnika. Od iznimne je koristi širu javnost educirati o psihijatrijskim bolesnicima kao ravnopravnim članovima društva koji nisu niti opasni niti agresivni za okolinu. Programima antistigme i raznima akcijama kojima se obilježavaju dani psihijatrije nužno je osvijestiti javnost za poboljšanje uvjeta psihijatrijskih ustanova i liječenja psihijatrijskih bolesnika. Bolji uvjeti rada uvjetuju i bolje uvjete izlječenja i sukladno tome zdraviju populaciju. Medicinske sestre i tehničari dužni su prilikom zdravstvene njege poštovati autonomiju i dostojanstvo svog pacijenta. Prilikom svake intervencije, pacijenta se poštuje u svakom smislu riječi. Zdravstveno osoblje mora težiti cjeloživotnom obrazovanju što ponajviše uključuje korištenje novijih i humanijih načina liječenja osoba s težim duševnim smetnjama te odbacivanje primjene sile u situacijama kada takav način nije apsolutno indiciran. Današnji zdravstveni sustav ne ulaže dovoljno u psihijatrijsku praksu. Psihijatrijski odjeli oskudnije su opremljeni uz nedostatne uvjete za rad što može utjecati na zdravstveno osoblje koje nije motivirano za pružanje boljih uvjeta sebi i bolesnicima. Suočeni sa ne toliko davnom prošlošću rata, u kojem je došlo do prisilnih sterilizacija i eutanazija osoba koje nisu bili "po standardima", nužno je da se ovakav koncept promjeni, da se osvijesti da psihijatrijski bolesnik nije osoba bez duše i osjećaja. Takvim načinom razmišljanja poboljšat će se život bolesnika kojima je nužna pomoć i koji u 21. stoljeću ne smiju biti tretirani kao "građani drugog reda."

13. LITERATURA

1. Kalauz S.Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011. str.83-195.

2. Ferenčić S, Tucak A, Medicinska etika. Zagreb: Medicinska naklada; 2011. str. 175-189.

3. Zindarlić Ž. Medicinska etika 1. Zagreb: Hrvatsko katoličko liječničko društvo; 2004. str.113-127.

4. Šegota I. Etika sestrinstva. Rijeka: Medicinski fakultet u Rijeci; 1997. str. 50-155.

5. Salihbegović E. Medicinska praksa i etičko pitanje. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva 4. Kantona Sarajeva; 2008. str. 28-37.

6. Sveučilište u Splitu. Medicinska humanistika (skripta). Split: Medicinski fakultet u Splitu; 2016. str. 4-5. Preuzeto s: http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/med_humanistika/Medicina/Narativna/Skripta%20MHV.pdf (27.07.2018.)

7. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb:Zdravstveno veleučilište; 2006. str.3-21.

8. Grozdanić V, Škorić M, Rittossa D, Liječnička tajna u funkciji zaštite privatnosti osoba s duševnim smetanjama. Zbornik Pravnog fakulteta Zagreb. 2014 listopad; 64:5-6 str: 834-843. Preuzeto s : file:///C:/Users/Ivana%20Franov/Downloads/5_GROZDANIC_SKORIC_RITTOSSA.pdf (30.08.2018.)

9. Udruga za zaštitu i promicanje mentalnog zdravlja Svitanje, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Društvo za kliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora. Prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim bolnicama prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Zagreb: Udruga Svitanje;2015, Preuzeto s: http://www.kucaljudskihprava.hr/wpcontent/uploads/2017/05/Prava_osoba_s_du_evnim_smetnjama_u_psihijatrijskim_bolnicama.pdf (30.08.2018.)

10. Turković K. Roksandić-Vidlička S. Maršalevski A. Predavanje etike u psihijatriji: Skice slučajeva. Zagreb: Pravni fakultet, Sveučilište u Zagreb; 2012.

11. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zagreb: Hrvatski sabor; 2014.

12. G., Chaimowitz G. Informed consent to treatment in Psychiatry. Can J Psychiatry. 2015 Apr; 60(4) str. 1–11. Preuzeto s: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459249/ (30.08. 2018.)

13. Jeremić V. Informirani pristanak: komunikacija između liječnika i bolesnika. Europski časopis za bioetiku. 2013 svibanj; 4(1) str. 528. Preuzeto s: https://hrcak.srce.hr/110372 (30.08.2018.)

14. Jelačić P. Uzun S. Mimica N. Žakić M. Folengović- Šmalac D. Psihijatrijski bolesnik u medicinskim istraživanjima-etičke dileme. Knjiga postera stručnjaka Psihijatrijske bolnice Vrapče - 1978. – 2006. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče; 2006. str.17.

15. Grđan K. Biomedicinska istraživanja u psihijatriji i pravo na autonomiju ispitanika. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. 2017 Prosinac; 38(3) str.1134-1135. Preuzeto s: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=285787 (30.08.2018.)

16. Johnson Schoen B. Psychiatric- mental health nursing. Pennsylvania: J.B. Lippincott Company; 1989. str. 270.

17. Lichtenberg P. Heresco-Levy U. Nitzan U. The etics of placebo in clinical practice. BMJ Journals. 2004 Dec; 30(4) str. 551-554. Preuzeto s: https://jme.bmj.com/content/30/6/551 (13.10.2018.)

18. Šmalc- Folengović V. Poslovna sposobnost duševnih bolesnika. Medix. 2009 listopad/studeni; 15(84/85) str. 203.-206. Preuzeto s: http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2010/01/203-206.pdf (07.10.2018.)

19. 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: file:///C:/Users/Ivana%20Franov/Downloads/11_Jengic_Katalinic%20(1).pdf (30.08.2018.)

20. Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama. Zagreb: Ministarstvo zdravlja; 2014.

21. Europski komitet za sprječavanje mučenja i nečovječnoga ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Standardi CTP-a. Najbitniji odjeljci općih izvještaja CTP-a. 2016; Europski koncil. str. 50-68.Preuzeto s: https://npm.rs/attachments/Standardi.pdf (30.08.2018.)

22. Šačić P. Psihijatrijska vještačenja u kaznenom postupku. Pravnik. 2009 srpanj; 43(87) str. 59-73. Preuzeto s: https://hrcak.srce.hr/74433 (30.09.2018).

23. World Psychiatric Association (WPA). The Declaration of Hawaii. Preuzeto s: http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html (30.09.2018.)

24. World Psychiatric Association (WPA). The Declaration of Madrid. Preuzeto s: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48 (30.09.2018.)