

Prisilna hospitalizacija osoba s duševnim poremećajima

Levar, Diana

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:214495>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Diana Levar

**Prisilna hospitalizacija osoba s duševnim
poremećajima**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2019.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Diana Levar

**Prisilna hospitalizacija osoba s duševnim
poremećajima**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu, pod vodstvom redovite prof. dr.sc. Slađane Štrkalj Ivezić, dr. med. spec. psihijatar, te je predan na ocjenjivanje u akademskoj godini 2018/2019.

Sadržaj:

Popis kratica

Sažetak

Summary

1. UVOD	1
1.1. Definicija prisilne hospitalizacije.....	3
2. POSTUPANJE I PRISILNO LIJEČENJE OSOBA S DUŠEVNIM POREMEĆAJIMA TIJEKOM POVIJESTI	3
2.1. Razdoblje Starog vijeka.....	4
2.2. Razdoblje Srednjeg vijeka.....	4
2.3. Razdoblje Novog vijeka.....	4
2.4. Razdoblje medicinskih eksperimenata.....	5
2.5. Razdoblje Drugog svjetskog rata.....	6
3. POKAZATELJI PRISILNIH HOSPITALIZACIJA	7
3.1. Pokazatelji prisilnih hospitalizacije u Republici Hrvatskoj.....	9
4. MEĐUNARODNI PRAVNI OKVIR PROVEDBE PRISILNE HOSPITALIZACIJE	14
4.1. Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda - EKLJP.....	15
4.2. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom - CRPD.....	16
5. PRAVNI OKVIR REPUBLIKE HRVATSKE U PROVEDBI PRISILNE HOSPITALIZACIJE	17
5.1. Razvoj Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s osvrtom na prisilnu hospitalizaciju.....	18
6. INFORMIRANI PRISTANKA I PROVEDBA PRISILNE HOSPITALIZACIJE	22
7. MEDICINSKI OKVIR PRISILNE HOSPITALIZACIJE	26

8. PROVEDBA PRISILNE HOSPITALIZACIJE PREMA ZAKONU O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA.....	25
9. RASPRAVA.....	31
10. ZAKLJUČAK.....	41
11. ZAHVALA.....	42
12. LITERATURA.....	43
13. ŽIVOTOPIS.....	53

Popis kratica:

CPT - Europski odbor za sprječavanje mučenja i neljudskog ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja

CRPD - Konvencija o pravima osoba s invaliditetom

CZSS - Centar za socijalnu skrb

EKT - Elektrokonvulzivna terapija

EKLJP - Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda

EU - Europska unija

ICD - 10 - eng. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

RH - Republika Hrvatska

SAD - Sjedinjene Američke Države

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

T - 4 - eng. Action T4

UK - Ujedinjeno Kraljevstvo

UN - Ujedinjeni Narodi

ZZODZ - Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

ZZPP - Zakon o zaštiti prava pacijenata

Prisilna hospitalizacija osoba s duševnim poremećajima

Diana Levar

Sažetak

Prisilna (civilna) hospitalizacija je postupak na osnovi zakona a provodi se kod osobe s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost. Prisilna hospitalizacija podrazumijeva oduzimanje slobode, pa tako zadire u temeljna ljudska prava, pravo na slobodu i pravo na odlučivanje putem slobodne volje i izbora, stoga prisilna hospitalizacija predstavlja etički, pravni i medicinski izazov, te se njena primjena sve više problematizira. Prisilnom hospitalizacijom dolazi do sukoba između etičkih aspekata i temeljnih ljudskih prava, između ostalog se pojedincu oduzima pravo na slobodu, stoga njena provedba predstavlja pravni, politički, društveni i ekonomski fenomen.

U Republici Hrvatskoj slobodu pojedincu može oduzeti samo sud, stoga će kroz rad biti prikazano koje zakonske i medicinske kriterije osoba s duševnim smetnjama mora zadovoljiti da bi se provela prisilna hospitalizacija u psihijatrijsku ustanovu, kao nužna i neizbježna medicinska intervencija u svrhu liječenja i zaštite kako osobe s duševnom smetnjom, tako i zajednice u kojoj osoba živi.

Ključne riječi: prisilna hospitalizacija, duševna smetnja, temeljna ljudska prava,
provedba prisilne hospitalizacije

Involuntary hospitalization of Mentally Ill patients

Diana Levar

Summary

Involuntary commitment or civil commitment is a legal process handling patients with severe mental disorder who due to their illness have impaired insight into their behaviour and therefore potentially endanger their own life, health, safety, or their actions pose a threat to the community.

Involuntary commitment is conflicting on the grounds of ethical principles and basic human rights. It restricts the basic human right of freedom and as such its enforcement is legal, political, social and economic phenomenon.

In the Republic of Croatia freedom of an individual can only be restricted by the court. Involuntary commitment to a psychiatric institution, an unavoidable and necessary medical intervention designed to both treat and protect the patient with a mental disorder as well as protect the community, can only be applied to patients who fulfill certain medical and legal criteria which this paper aims to present.

Keywords: Involuntary commitment, mental disorder, basic human rights, involuntary commitment enforcement

1. UVOD

Prisilna hospitalizacija predstavlja složen društven fenomen koji potiče brojne medicinske, pravne, političke, a ujedno i ekonomske probleme, te sukob između etičkih dužnosti dobrobiti i poštivanja autonomije pojedinca (1, 2).

Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj, odnosno prisilna hospitalizacija u psihijatrijsku ustanovu provodi se isključivo u cilju zaštite vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti (1). U širem smislu riječ prisilna bi označavala „subjektivni odgovor na određenu intervenciju“ ali i ograničavanje osobnih izbora, što rezultira fizičkim ili psihološkim distresom (3). Upravo problem vezan uz provođenje prisilne hospitalizacije predstavlja jedno od središnjih pitanja u području mentalnog zdravlja (4). Provođenje prisilne hospitalizacije osoba s duševnim poremećajima, bez imalo dvojbe u osnovi znači oduzimanje ili ograničavanje temeljnih ljudskih prava, a to je pravo na slobodu, koje predstavlja temu kontroverznih pravnih i etičkih rasprava posljednjih sto godina. Rasprave se razvijaju iz potrebe primjene prisilnih terapijskih metoda u određenim okolnostima, što predstavlja posebnu komponentu koja razlikuje psihijatriju kao medicinsku disciplinu od drugih medicinskih disciplina (4, 5). Prisilna hospitalizacija nije kazna za bolesnika nego je nužna zaštitna mjera kako bi se omogućilo liječenje koje će dovesti do otklanjanja rizika za hospitalizaciju, a provodi se u slučajevima kada je potrebno liječenje osobe s težim duševnim smetnjama (5). Osobi tada navedeno zdravstveno stanje onemogućava shvaćanje realiteta, pa nije u mogućnosti prosuditi što je u njenom najboljem interesu, te svojim ponašanjem ugrožava svoj život, zdravlje ili sigurnost. Osim za sebe, osoba s duševnim smetnjama zbog duševnog stanja može predstavljati opasnost za život, zdravlje ili sigurnost drugih, pa je i u tim slučajevima moguć i opravdan prisilan psihijatrijski smještaj i liječenje (1, 5). Dakle, razlozi za prisilnu hospitalizaciju uvijek su kombinacija socijalnih i medicinskih faktora, ali stvarni uzrok leži u bolesnoj, duševno poremećenoj osobi koja nema kritički uvid u vlastito, patološki promijenjeno stanje, te odbija psihijatrijski tretman, odnosno ne vidi razlog zašto bi bila liječena (6).

Tijekom 19. i 20. stoljeća različiti pristupi reguliranja primjene prisilnih mjera liječenja razvijeni su diljem Europe i diljem svijeta, te ovise o različitim kulturalnim i pravnim

tradicijama pojedinih zemalja, kao i različitim konceptima i strukturama pružanja zaštite mentalnog zdravlja. Standardi za propisivanje zakonodavstva kojima se nastoji dosegnuti visok stupanj zaštite osoba s duševnim smetnjama postavljeni su rezolucijama koje su prihvatile Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), Vijeće Europe i Opća skupština Ujedinjenih naroda (UN) (2, 7).

Poštujući osobitost ove materije, gotovo sve europske države donijele su posebne zakone kojima se vrlo precizno regulira zaštita osoba s duševnim smetnjama, njihova prava, te uvjeti dobrovoljne i prisilne hospitalizacije (7).

Najvažniji pravni izvor koji regulira postupak prisilne hospitalizacije osoba s duševnim smetnjama, u Republici Hrvatskoj jest Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) (5, 8). ZZODS je uspostavio mehanizme zaštite mentalnog zdravlja i zaštite osobe s duševnim smetnjama koje odgovaraju suvremenim znanstvenim spoznajama i odgovarajućim dokumentima o zaštiti ljudskih prava.

U ZZODS-u su uspostavljena dva glavna postupka prisilnog smještaja. Jedan je postupak prisilnog smještaja prema glavi VI. koji glasi: Zadržavanje i smještaj osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu. On se primjenjuje prema osobama koje nisu počinile kazneno djelo, odnosno odnosi se na postupak prisilnog smještaja prema tzv. civilnim (ne kaznenim) pacijentima (5, 8). Glava VII. ZZODS odnosi se na prisilni smještaj i liječenje na slobodi neubrojive osobe (8).

Koncept ovog rada usmjeren je na postupak civilne prisilne hospitalizacije osoba s duševnim smetnjama, te je kao takav obrađivan prema glavi VI. ZZODS-a (8).

Duševni poremećaj u suvremenim međunarodnim medicinskim klasifikacijama predstavlja nadređeni pojam za sva psihijatrijski klasificirana stanja (6).

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koristi pojmove "duševna smetnja" i "teža duševna smetnja", stoga će se ti pojmovi koristiti i u ovom radu zajedno s uobičajenim psihijatrijskim pojmovima poput psihičke bolesti/duševne bolesti i duševnog poremećaja (5).

Pojmovi "prisilno zadržavanje" i "prisilni smještaj" za potrebe ovog rada koriste se zajedno pod terminom "prisilna hospitalizacija", osim kada je potrebno navedene pojmove proučavati odvojeno u kontekstu onog što svaki od njih označava prema ZZODS-u (8, 9).

1.1. Definicija prisilne hospitalizacije

Prisilna hospitalizacija predstavlja duboko kontroverznu i etički problematičnu temu koja ugrožava autonomiju bolesnika i prava na slobodu, a definira se kao restriktivna i prisilna intervencija koja ograničava slobodu pacijenta, a usmjerena je na liječenje osobe u kritičnom trenutku (2).

Osoba se može prisilno zadržati u psihijatrijskoj ustanovi ako zadovoljava uvjete navedene u članku 27. ZZODS-a, međutim to ne podrazumijeva automatsku primjenu prisilnih metoda liječenja, uglavnom lijekova, a koji se mogu prisilno dati prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, samo kada postoji vitalna indikacija, odnosno kada bi bez njihove primjene došlo do trenutnog pogoršanja zdravstvenog stanja (8, 10).

U Republici Hrvatskoj prisilna hospitalizacija definirana je člankom 27. ZZODS-a, koji propisuje uvjete pod kojima se fizička osoba može prisilno zadržati i smjestiti u psihijatrijsku ustanovu (8, 11).

Članak 27.

„Osoba s tešim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, smjestit će se u psihijatrijsku ustanovu po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj „ (8).

2. POSTUPANJE I PRISILNO LIJEČENJE OSOBA S DUŠEVNIM POREMEĆAJIMA TIJEKOM POVIJESTI

Odnos prema duševnom bolesniku obilježen je utjecajem okoline određene sredine, i životno-kulturološkim težnjama vremena, a ne stručnim stajalištem o nastanku i prirodi duševnog poremećaja (12). Stigma psihičke bolesti može imati veliku ulogu u procjeni opasnosti osobe s psihičkom bolesti što može imati utjecaja na donošenje odluka za prisilno liječenje (5).

2.1. Razdoblje Starog vijeka

Duševne bolesti postoje od kada postoji i čovjek, a njihovo proučavanje obilježio je dug povijesni put. Put započinje demonističkim shvaćanjem bolesti po kojem duševna bolest nastaje kao posljedica djelovanja zlih duhova. U skladu s time, liječenjem su se bavili vračevi i čarobnjaci. Prvi tragovi kirurškog liječenja duševne bolesti, trepanacije, vidljivi su na iskopanim lubanjama, 5000. godina prije Krista. Trepanacija je korištena u svrhu „otpuštanja“ zlih duhova iz osobe (13).

2.2. Razdoblje Srednjeg vijeka

Propašću Rimskog Carstva započinje tzv. „mračno doba“, koje dovodi do zastoja u medicini i zdravstvu. U to vrijeme, uglavnom pod utjecajem kršćanstva, povećava se misticizam i animističko tumačenje nastanka duševnih bolesti. Liječenje duševnih bolesnika ponovno poprima primitivne oblike, prakticira se egzorcizam i drugi magijsko-religijski postupci (14). Temeljem uvjerenja pojedinih vjerskih organizacija, ljudi su sklopili paktove s vragom i počinili užasne radnje. Takve osobe smatrane su vješticama, te su bile osuđene, najčešće spaljivanjem na lomači, u skladu sa pravilima iz priručnika „*Maleus maleficarum*“ . Procjenjuje se, da su u svijetu desetine tisuća duševno bolesnih ljudi ubijeni nakon što su optuženi za vješticiarstvo (15).

2.3. Razdoblje Novog vijeka

Azili, utočišta za duševne bolesnike. Prava namjera utočišta bila je isključenje duševno oboljelih osoba iz zajednice u kojoj su živjeli (15, 16). Uvjeti u ustanovama bili su u izrazito lošem stanju....

.....“Uvjeti su bili u najmanju ruku još gori u institucijama koje su se specijalizirale za zatvaranje ludih....Vrvjele su buhama i štakorima, te su bile toliko hladne i vlažne da su mnogi pacijenti patili od gangrene i tuberkuloze; namještenici su usto grubo zlostavljali bolesnike. Batinanje i šibanje bili su u širokoj upotrebi, a pacijentice se često silovalo. Inkontinentne se pacijente redovito odvlačilo u dvorište, gdje ih se pralo pod mlazom hladne vode iz crpke“... (17).

Phillipe Pinel, smatrao je duševnu bolest posljedicom prekomjernog izlaganja psihološkom i društvenom stresu, genetskom utjecaju, te fiziološkim oštećenjima (18). Oslobodio je duševne bolesnike lanaca, a svojom reformom dao je poticaj da se i u drugim zemljama duševni bolesnici oslobode, te da se humanizira postupak prema njima (19).

2.4. Razdoblje medicinskih eksperimenata

Tijekom 19. i 20. stoljeća u svijetu je općeprihvaćeno da su duševne bolesti slične medicinskim, odnosno somatskim bolestima. Provođenjem medicinskih eksperimenata na duševnim bolesnicima nastojao se pronaći uzrok duševnog oboljenja, a samim time i način izlječenja. Eksperimenti koji su se tada provodili danas su identični zlostavljanju (20). Smatrajući "unutarnji biokemijski odnos" uzrokom duševnog oboljenja, nastojalo se postići izlječenje duševnog poremećaja upotrebom kupke s ledenom vodom, izolacijom bolesnika, te fizičkim sputavanjem (21). Duševna bolest koja nastaje kao posljedica neliječenih infekcija u tijelu bolesnika, jedna je od teorija nastanka duševnog poremećaja. Smatralo se da bi kirurškim odstranjenjem dijelova tijela koji su zahvaćeni infekcijom, duševni bolesnik mogao biti izliječen. Odstranjivali su se zubi, tonzile, želudac, žučni mjehur, crijeva, testisi, jajnici. Preminuo je svaki treći bolesnik, no smrtnost je bila mnogo veća nego što je to prikazivano u javnosti (22, 23).

Namjernim izazivanjem konvulzija kod bolesnika želio se potvrditi argument da bolesnik ne može istodobno bolovati od shizofrenije i epilepsije. Konvulzije su se izazivale injekcijama kamofora, strihinina, pentilenetrazola (17). Komplikacije primijenjene terapije bile su zastrašujuće. Iščašenje zglobova, lomovi kostiju, oštećenje srca, trajna moždana trauma, konvulzije, čak i smrt. Zbog navedenih komplikacija i straha koji je prevladavao među bolesnicima postupak je prekinut (24).

Lobotomija, zahvat kojim se pristupalo mozgu kroz lubanju bolesnika. Prilikom izvođenja lobotomije, upotrebljavala se injekcija alkohola čija je svrha bila razoriti dio mozga odgovornog za duševnu bolest. Uz lobotomiju provodila se i transorbitalna lobotomija (tzv. eng. „ice-pick“). Postupak se provodio „na slijepo“, pri čemu se koristio modificirani instrument poput šiljka za led, koji se uvodio između očne šupljine i gornjeg kapka. Kad bi liječnik smatrao da je „na pravom mjestu“ udario bi čekićem po

instrumentu. Zahvat se izvodio u lokalnoj anesteziji ili sedaciji nakon elektrokonvulzivne terapije (EKT-a). Samo u Sjedinjenim američkim državama (SAD) učinjeno je između 40 000 i 50 000 lobotomija, što SAD stavlja na prvo mjesto po broju lobotomija (25, 26).

2.5. Razdoblje Drugog svjetskog rata

Dvadesetih godina prošlog stoljeća, ugledni njemački psihijatri, smatrali su duševne bolesnike beznadnim i inferiornim primjercima, te su još 1920. godine pozvali na uklanjanje „živih koji nisu vrijedi življenja“, počevši od onih sa mentalnim i fizičkim hendikepom (27).

Hitler je izborio usvajanje Zakona o sprečavanju nasljedno bolesnog potomstva, te je između 1934. i 1939. godine sterilizirano 300 do 400 tisuća ljudi. Potom je 1939. godine izdao dekret o pokretanju takozvanog programa T - 4. Duševni bolesnici okupljani su i pošiljani u niz duševnih bolnica. Ondje su bili istrebljivani, najprije smrtonosnom injekcijom ili strijeljanjem, a kad se to pokazalo suviše sporim i nespretnim, konstruirane su plinske komore gdje su se ljudi „gomilali pod tuševima“ (17).

Tijekom Staljinovog režima u Sovjetskom savezu osobe neprihvatljivog ponašanja dobivale bi lažne dijagnoze duševnih bolesti kako bi mogle biti smještene u kazneno pravne ili zatvorske ustanove. Optuženi su bili podvrgnuti psihijatrijskim ispitivanjima te su "liječeni" snažnim lijekovima u svrhu kažnjavanja umjesto liječenja (28, 29). Nakon Drugog svjetskog rata bolnice u Japanu bile su u privatnom vlasništvu. Motivirana ekonomskim razlozima zloupotreba psihijatrije nastala je u ovom vremenskom periodu, te je potrajala do reforme u kasnim 1980-ima. U velikoj mjeri bolnice su korištene u svrhu stvaranja profita, pri čemu se vrlo malo brige posvećivalo pacijentima. Gotovo sve hospitalizacije bile su prisilne. Kroz duži vremenski period pacijenti su bili prisilno zadržani, fizički i psihički zlostavljani, a zakonska zaštita bila je neznatna (29).

3. POKAZATELJI PRISILNIH HOSPITALIZACIJA

Postupak provedbe prisilne hospitalizacije uređen je zakonima koji su usklađeni sa međunarodnim propisima, no specifičnost zakonske regulacije, društvenog stava i provedbe u kliničkoj praksi razlikuje se u zemljama različitih područja svijeta. U razvijenim zemljama u provedbi postupka prisilne hospitalizacije osoba s duševnim smetnjama kao glavni kriterij navodi se postojanje duševne bolesti, i /ili postojanje akutne prijetnje ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti (2, 30).

Europska komisija provela je istraživanje prikupljanjem i analizom informacija o razlikama i sličnostima pravnih okvira za prisilni smještaj ili liječenje osoba s duševnim poremećajima u zemljama članicama Europske unije (EU), u vremenskom periodu od studenog 2000. godine do siječnja 2002. godine. Istraživanjem su isključene duševno bolesne osobe koje su počinitelji kaznenih djela. Informacije su prikupljene upitnikom koji je obuhvaćao 80 stavki uključujući četiri glavna područja: zakonodavstvo, praksu, prava pacijenta i epidemiologiju (31).

Tablica 1. Proceduralna regulativa za prisilno liječenje zemalja članica EU. Prema: Salize i Dressing (2004), str. 166. (31).

Zemlje članice EU	Pravni kriterij za prisilni smještaj (uz duševni poremećaj)	Odlučujuće tijelo za odredbu prisilnog smještaja
Austrija	Opasnost	Ne medicinsko
Belgija	Opasnost	Ne medicinsko
Danska	Opasnost ili potreba za liječenjem	Medicinsko
Finska	Opasnost ili potreba za liječenjem	Medicinsko
Francuska	Opasnost	Ne medicinsko
Njemačka	Opasnost	Ne medicinsko
Grčka	Opasnost ili potreba za liječenjem	Ne medicinsko
Irska	Opasnost ili potreba za liječenjem	Medicinsko
Italija	Potreba za liječenjem	Ne medicinsko
Luksemburg	Opasnost	Medicinsko
Nizozemska	Opasnost	Ne medicinsko

Portugal	Opasnost ili potreba za liječenjem	Ne medicinsko
Španjolska	Potreba za liječenjem	Ne medicinsko
Švedska	Potreba za liječenjem	Medicinsko
Ujedinjeno Kraljevstvo UK	Opasnost ili potreba za liječenjem	Ne medicinsko ili medicinsko

Izvor: <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.163>

Zakoni svih država članica EU propisuju dijagnozu duševnog poremećaja kao glavni uvjet za prisilni smještaj, dok su ostali kriteriji heterogeni. Prijetnja ili opasnost za sebe ili druge najčešći je dodatni kriterij za provođenje prisilne hospitalizacije, ali nije preduvjet u Italiji, Španjolskoj, Švedskoj. Među zemljama koje propisuju potrebu za liječenjem (drugi najčešći kriterij), Danska, Finska, Grčka, Irska, Portugal, i UK smatraju da je kriterij opasnosti dovoljan. U desetak zemalja članica EU odluku o prisilnom smještaju donosi ne medicinski autoritet, bilo predstavnik pravnog sustava (sudac, gradonačelnik) ili druga agencija neovisna o medicinskom sustavu. U preostalim zemljama članicama odluka je ostavljena psihijatrima ili drugim zdravstvenim djelatnicima (Tablica 1.). Rezultati ukazuju na potrebu daljnjeg istraživanja za navedeno područje. Međunarodne stope prisilne hospitalizacije od temeljne su važnosti za ocjenu nacionalne i europske politike, te poboljšanje međunarodnih standarda (31).

Napomena: Za potrebe istraživanja Europske komisije prikupljali su se podaci u vremenskom periodu od studenog 2000. godine do siječnja 2002. godine. Postoji mogućnost, u odnosu na danas, da su se kriteriji pravnih okvira za prisilni smještaj ili liječenje osoba s duševnim poremećajima u zemljama članicama Europske unije promijenili.

Iako se relevantni propisi između Danske i Portugala uvelike razlikuju, te dvije zemlje imaju najnižu stopu prisilnih hospitalizacija u Europi. Suprotnost čine Danska i Finska. Zakonodavstvo i kulturalna obilježja između dvije zemlje u manjem postotku čine razliku, a opet Finska ima jednu od najviših stopa prisilnih hospitalizacija u Europi. Paradoks se dogodio u Belgiji koja je broj prisilnih hospitalizacija nastojala smanjiti s orijentacijom na kriterij opasnosti, pa je broj prisilnih hospitalizacija neočekivano porastao. Nije posve jasno u kojoj su mjeri zakonski i kulturološki aspekti odgovorni za razlike u provođenju mjera prisile (2, 30).

3.1. Pokazatelji prisilnih hospitalizacija u Republici Hrvatskoj

Istraživanje u Republici Hrvatskoj o provedbi postupka prisilne hospitalizacije uključivalo je dvije bolnice, Psihijatrijsku bolnicu Vrapče i Psihijatrijsku bolnicu Rab, 1998. godine, samo šest mjeseci od donošenja Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Istraživanje je provedeno na uzorku od 380 muškaraca i 335 žena dobrovoljno hospitaliziranih, te 48 muškaraca i 125 žena koji su prisilno hospitalizirani. Većina bolesnika u obje bolnice prilikom otpusta imala je dijagnozu psihoze, zatim slijede poremećaji raspoloženja kod bolesnika, te alkoholizam kod bolesnika. Iako je postojala razlika između bolnica u čimbenicima koji diferenciraju dobrovoljnu od prisilne hospitalizacije, najstalniji čimbenik povezan s prisilnom hospitalizacijom bio je ženski spol bolesnika. Provedenim istraživanjem nije dobivena razlika u dužini liječenja prisilnih i dobrovoljnih bolesnika u muškaraca, te je prisilna hospitalizacija kod osoba muškog spola povezana sa mlađom životnom dobi. Osobe ženskog spola prisilno su liječene duže, te su, prema rezultatima istraživanja, bile starije životne dobi (29, 32).

Članovi radne skupine koji su sudjelovali u izradi ZZODS-a /97, proveli su istraživanje kako bi mogli uskladiti sve veće standarde zaštite prava osoba s duševnim smetnjama s postojećom praksom postupanja prema tim istim osobama u RH, a sve u svrhu izrade novog Nacrta ZZODS-a/14. Istraživanje je obuhvaćalo podatke o smještajnim i sigurnosnim kapacitetima psihijatrijskih ustanova. Podaci ukazuju na realnu sliku primjene ZZODS-a/97 (33).

Tablica 2. Broj postupaka prisilne hospitalizacije pri županijskim sudovima u Osijeku, Rijeci, Splitu, Zagrebu u razdoblju 2010. - 2012. godine. Prema: Grozdanić i Tripalo (2013), str. 804. (33).

Županijski sud	2010.	2011.	2012.
Osijek	15	18	13
Rijeka	70	62	65
Split	30	42	34
Zagreb	191	176	161

Izvor: <https://hrcak.srce.hr/143551>

Prema podacima županijskih sudova u Osijeku, Rijeci, Splitu i Zagrebu proizlazi da ne postoji veća opterećenost navedenih sudova odlukama o prisilnom smještaju u psihijatrijsku ustanovu opasnih osoba s težim duševnim smetnjama, kao i da broj prisilnih hospitalizacija na godišnjoj razini stagnira ili je u blagom opadanju (33).

Tablica 3. Omjer broja prisilno smještenih osoba prema broju svih hospitaliziranih u psihijatrijskim ustanovama, listopad 2012. Prema: Grozdanić i Tripalo (2013), str. 804 - 805. (33).

Bolnica	Ukupno liječeni	Prisilno smješteni	%
KBC Zagreb	955	6	0,63%
KBC Split	1.342	17	1,27%
KBC Rijeka	1.365	30	2,20%
KBC Osijek	1.403	5	0,36%
Klinička bolnica Dubrava	649	0	0,00%
Klinika za psihijatriju Vrapče	6.002	77	1,28%
Opća bolnica Varaždin	808	3	0,37%
Opća bolnica Virovitica	286	0	0,00%
Opća županijska bolnica Požega	408	0	0,00%
Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“	36	3	8,33%
Opća bolnica Zadar	541	6	1,10%
Opća županijska bolnica Našice	288	1	0,35%
Opća bolnica Šibensko-kninske županije	536	10	1,87%
Opća županijska bolnica Vinkovci	719	6	0,83%
Opća bolnica Dubrovnik	498	7	1,40%
Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“	551	8	1,45%
Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“	659	10	1,52%

Izvor: <https://hrcak.srce.hr/143551>

Postotak broja prisilno smještenih osoba, prema broju svih hospitaliziranih u psihijatrijskim ustanovama, nalazi se između 1% i 2%. Iz navedenih podataka postavlja se pitanje da li su ostale osobe smještene u psihijatrijsku ustanovu na temelju vlastitog pristanka, pristanka zakonskog zastupnika ili skrbnika, ili se radi o pristanku osobe s duševnim smetnjama do kojeg se došlo na upitan način.

Predočeni rezultati ukazuju na potrebu daljnjeg istraživanja iz razloga što rezultati drugih istraživanja provedbe postupka prisilne hospitalizacije u psihijatrijskim ustanovama u RH ne govore u prilog navedenim statističkim podacima, te upućuju na niz nedostatka u primjeni ZZODS-a, što je u konačnici i jedan od razloga izrade novog ZZODS (33).

Sa svrhom zaštite ljudskih prava osoba lišenih slobode, prvenstveno pravo na slobodu i pravo na ljudsko dostojanstvo, uspostavljen je sustav međunarodnih i nacionalnih tijela prevencije. U Republici Hrvatskoj funkciju Nacionalnog preventivnog mehanizma zaštite osoba lišenih slobode predstavlja Ured pučke pravobraniteljice. Međunarodna i nacionalna tijela koja provode preventivni mehanizam nadležna su ispitati kako se državna tijela i tijela s javnim ovlastima odnose prema svim kategorijama osoba lišenih slobode, uključujući i osobe s duševnim smetnjama koje su prisilno smještene u psihijatrijsku ustanovu kako bi se podvrgnule liječenju.

Upravo je prisilno liječenje bio prioritet Ureda pučke pravobraniteljice 2014. godine, te su u sklopu Nacionalnog preventivnog mehanizma posjećene psihijatrijske ustanove. Obilazak je obuhvatio: Kliniku za psihijatriju Vrapče, Neuropsihijatrijsku bolnicu Dr. Ivan Barbot, Psihijatrijsku bolnicu Ugljan, Psihijatrijsku bolnicu Lopača, i Psihijatrijsku bolnicu Rab.

Obilaskom ustanova dobio se uvid o različitim kategorijama osoba koje se nalaze u psihijatrijskim ustanovama: prisilno smještene neubrojive osobe, osobe s težim duševnim smetnjama koje ozbiljno i izravno ugrožavaju vlastiti život, zdravlje ili sigurnost, odnosno život, zdravlje ili sigurnost drugih osoba, a koje su prisilno smještene temeljem odluke županijskog suda, tzv. „civilno“ prisilno smještene osobe (34).

Tablica 4. Prikaz broja dobrovoljno smještenih osoba, osoba smještenih bez pristanka i prisilno smještenih osoba. Prema: Pučki pravobranitelj (2015), str. 3. (34).

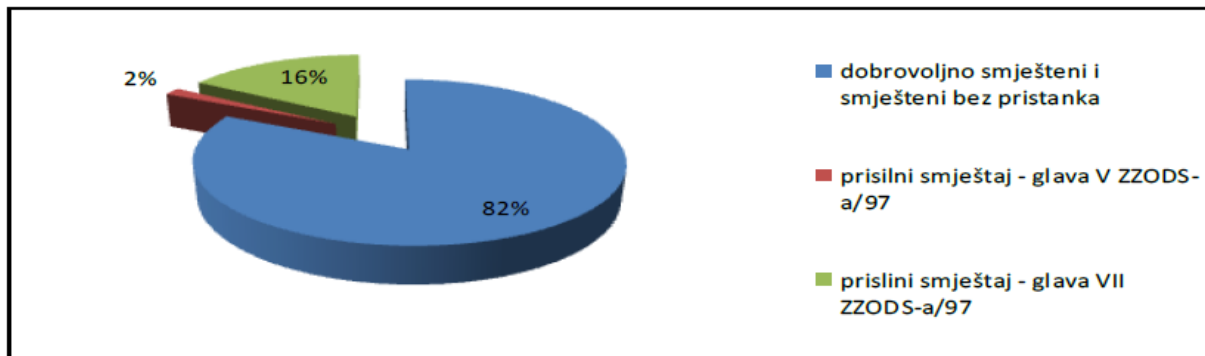
	Ukupan broj pacijenata	Dobrovoljno smješteni i smješteni bez pristanka	Prisilno smješteni pacijenti	
			Civilni	Neubrojivi
NPB Popovača	623	426	6	191
PB Ugljan	376	325	6	45
PB Lopača	126	126	-	-
PB Rab	363	310	8	45
KP Vrapče	619	545	11	63
Ukupno	2107	1731	32	344

Izvor: https://ombudsman.hr/images/Osobe_s_du%C5%A1evnim_smetnjama_u_psihijatrijskim_ustanovama_-_PP.pdf

Najveći broj osoba koje su smještene u psihijatrijsku ustanovu odnosi se na smještaj uz dobrovoljni pristanak (dobrovoljni smještaj), ili ukoliko osoba nije sposobna dati pristanak, smještaj se provodi temeljem zakonskog zastupnika ili nadležnog centra za socijalnu skrb (smještaj bez pristanka). Udio prisilno smještenih osoba u ukupnom broju bolesnika iznosio je 18%, s time da je dio hospitaliziran prema „civilnom“ prisilnom smještaju (glava V. ZZODS-a/97), a dio prema prisilnom smještaju neubrojivih osoba (glava VI. ZZODS-a/97).

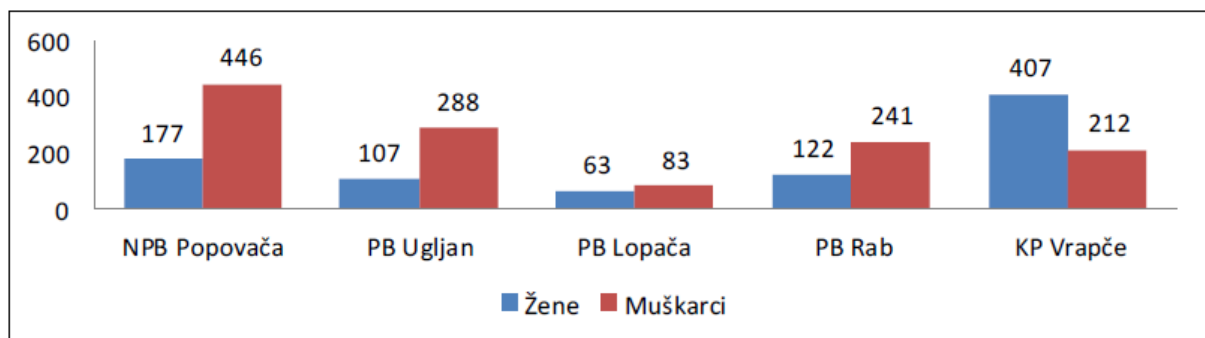
Napomena: Istraživanje je provedeno tijekom prethodnog Zakona. Prema sadašnjem Zakonu postoji razlika vezana uz davanje pristanka skrbnika. U slučaju neslaganja pacijenta sa skrbnikom, vezano uz njegov ostanak u bolnici, psihijatar procjenjuje postoje li kriteriji za prisilnu hospitalizaciju. Ako ne postoje pacijent se upućuje u ambulantni sustav liječenja (5, 8).

Graf 1. Udio prisilno smještenih u ukupnom broju pacijenata. Prema: Pučki pravobranitelj (2015), str. 3. (34).



Izvor: https://ombudsman.hr/images/Osobe_s_du%C5%A1evnim_smetnjama_u_psihijatrijskim_ustanovama_-_PP.pdf

Graf 2. Prikaz bolesnika prema spolu. Prema: Pučki pravobranitelj (2015), str. 3. (34).



Izvor: https://ombudsman.hr/images/Osobe_s_du%C5%A1evnim_smetnjama_u_psihijatrijskim_ustanovama_-_PP.pdf

Od ukupnog broja bolesnika u ustanovama tijekom obilaska, 59% činile su osobe muškog spola, a 41% osobe ženskog spola. Samo je u psihijatrijskoj bolnici Vrapče bilo zastupljeno više osoba ženskog spola (34).

4. MEĐUNARODNI PRAVNI OKVIR PROVEDBE PRISILNE HOSPITALIZACIJE

Zaštita prava osoba s duševnim smetnjama usmjerena je na ostvarivanje jednakopravnog društvenog položaja u svim segmentima života, a ne samo na provedbu zdravstvene skrbi kroz provođenje preventivnih i kurativnih mjera. Skupština Vijeća Europe svojom Preporukom o psihijatriji i ljudskim pravima 1235 (1994) propisuje standarde psihijatrijskog postupanja prema osobama s duševnim smetnjama (prisilni smještaj, liječenje i postupak prema civilnim i forenzičkim psihijatrijskim bolesnicima) (35).

Preporukom je utvrđeno da prisilni smještaj može biti određen u iznimnim situacijama ako postoji ozbiljna opasnost za bolesnika ili druge osobe. Dopunski kriterij u navedenoj situaciji ističe da bi se neprovođenjem hospitalizacije bolesnika u zdravstvenu ustanovu moglo dovesti do pogoršanja njegova zdravlja, ili bi neprovođenje hospitalizacije onemogućilo dobivanje prikladnog tretmana (36).

Vijeće Europe (2000) donijelo je i tzv. „Bijeli papir“ o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva osoba koje boluju od duševnih poremećaja, posebno onih koji su protiv svoje volje smješteni u psihijatrijske ustanove.

Povjerenik Vijeća Europe uz potporu SZO donio je odredbe o zaštiti i promociji ljudskih prava osoba s duševnim smetnjama. Prilikom donošenja odluke o prisilnom smještaju mora postojati jamstvo neovisnosti i nepristranosti, uz objektivno kliničko vještačenje, jamstvo preispitivanja odluke o prisilnom smještaju pred sudbenom vlašću, i mogućnost revizije odluke pred nezavisnim vlastima (37).

Usvojena Rezolucijom 46/119 Opća skupština UN-a 1991. godine utvrdila je „Načela zaštite duševno bolesnih osoba i unaprjeđenje zaštite duševnog zdravlja“. Načela navode da sve osobe imaju pravo na najbolju moguću zaštitu duševnog zdravlja, te im prava moraju biti osigurana i provedena bez diskriminacije i poštovanja dostojanstva osobe. Načela pružaju zaštitu od najozbiljnijih povreda ljudskih prava do kojih može doći u institucionalnom okruženju, poput zlouporabe, prisilnog odvajanja, sterilizacije, te ostalih metoda koje dovode do nepovratnih oštećenja zdravlja (38).

4.1. Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda-EKLJP

Međunarodni ugovori danas su glavni i najznačajniji pravni izvori zaštite ljudskih prava. U kontekstu europskog zakonodavstva u zaštiti ljudskih prava najznačajniji pravni izvor predstavlja Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, poznatija kao Europska konvencija o ljudskim pravima (EKLJP), koja je stupila na snagu 3. rujna 1953. godine. Republika Hrvatska ratificirala je EKLJP 1997. godine, te je sukladno članku 141. Ustava dio njezinog unutarnjeg poretka (39, 40).

EKLJP regulira pravni položaj osoba s duševnim smetnjama kroz više članaka na temelju kojih se razvila sudska praksa Europskog suda za ljudska prava, koji ima posljednju riječ o tumačenju Konvencije i njegove sudske prakse, dok su države članice dužne provoditi njegove odluke (5, 39).

Konvencijsko pravo o prisilnom smještaju osoba s duševnim smetnjama određuju pravne pretpostavke za zakonito oduzimanje i ograničenje osobne slobode osoba s duševnim smetnjama sukladno:

Članak 5. stavka 1. točka e)

„Svatko ima pravo na slobodu i na osobnu sigurnost. Nitko se ne smije lišiti slobode, osim u sljedećim slučajevima i u postupku propisanom zakonome) ako se radi o zakonitom lišenju slobode osoba radi sprječavanja širenja zaraznih bolesti, o pritvaranju umobolnika, alkoholičara, ovisnika o drogi ili skitnica“ (41).

Odredba „pritvaranje umobolnika“ odnosi se na prisilni smještaj osoba s duševnim poremećajima u psihijatrijsku ustanovu (5). Odredbom Europskog suda moraju postojati dvije materijalno pravne pretpostavke za provedbu prisilne hospitalizacije, a to su postojanje duševne smetnje i opasnost. Duševna smetnja je medicinski pojam, koju je kao pretpostavku za prisilni smještaj moguće utvrditi na temelju stručnog mišljenja liječnika. U slučaju Winterwerp, koji označava presedan u zaštiti osoba s duševnim smetnjama, gdje je i sam Winterwerp iskusio prisilnu hospitalizaciju u trajanju od šest godina. Sud je odredio uvjete (tzv. Winterwerpski uvjeti) koji moraju biti ispunjeni da bi se neka osoba mogla zakonito lišiti slobode pod konceptom „umobolnika“, a u smislu Konvencije, članka 5. stavka 1. točka. (e) (5, 7, 42).

Potrebno je dokazati: "da postoji stvarni duševni poremećaj koji je ustanovljen objektivnom medicinskom ekspertizom; da je duševni poremećaj vrste ili stupnja koji opravdava prisilno zatvaranje; a za svaki produžetak pritvaranja vlast mora isto tako moći dokazati da je produženje pritvaranja osnovano na perzistenciji poremećaja".

Kao druga materijalno pravna pretpostavka za provedbu prisilnog smještaja kod osoba s duševnim smetnjama jest njezina opasnost, za sebe ili druge osobe. Opasnost mora izazvati duševne smetnje. Ukoliko osoba manifestira opasno ponašanje, a nije medicinski utvrđeno da osoba ima duševnu smetnju, opasnost ne može biti temelj za provođenje prisilne hospitalizacije.

Odredbom Konvencije, „svatko tko je uhićen mora biti obaviješten, na jeziku koji razumije, o razlogu svog uhićenja i svakoj optužbi protiv sebe“ (41). Sa perspektive Suda, čl. 5. st. 2., bez obzira što ima konotaciju kaznenog zakona, odnosi se i na slučajeve prisilno hospitaliziranih bolesnika, te se sukladno čl. 5. mora tumačiti autonomno, štiteći svaku osobu od arbitrarnog oduzimanja slobode. Sudska praksa Konvencije navodi da razlog prisilne hospitalizacije nadležni liječnik mora priopćiti odmah po prijemu u psihijatrijsku ustanovu (42).

Članak 5. stavka 4. Konvencije definira proceduralna jamstva zaštite od samovoljnog uhićenja, koje se primjenjuje i na prisilno hospitalizirane osobe, odnosno svatko kome je oduzeta sloboda uhićenjem ili pritvaranjem, ima pravo na sudski postupak u kojem će se brzo odlučiti o zakonitosti njegova pritvaranja ili puštanja na slobodu, ako je pritvaranje bilo nezakonito (41, 42).

Konvencijom je određeno da je osobi koja je lišena slobode potrebno omogućiti iznošenje argumenata protiv daljnjeg zadržavanja, odnosno u slučajevima u kojima se ta osoba ne može sama uspješno braniti ili zastupati svoje interese, kao što je to slučaj u postupku prisilne hospitalizacije, osoba ima pravo na stručnu pomoć branitelja (7).

4.2. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom - CRPD

Također, jedan od međunarodnih dokumenta koji se bavi zaštitom integriteta osoba s duševnim smetnjama predstavlja Konvencija o pravima osoba s invaliditetom - CRPD. Konvencija je usvojena u prosincu 2006. godine s ciljem promicanja, zaštite i osiguranja prava i dostojanstva osoba s invaliditetom. Ostvarivanje temeljnih ljudskih

prava osobama s invaliditetom Republika Hrvatska potvrdila je potpisivanjem Konvencije 2007. godine (43, 44).

Konvencija je odredila da su osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja otežavaju ili onemogućavaju njihovo ravnopravno sudjelovanje u društvu, osobe s invaliditetom (41). Iz Konvencije je jasno vidljivo da se osobama s invaliditetom smatraju i osobe s duševnim smetnjama, psihičkim bolestima, ili problemima mentalnog zdravlja (45).

Temelj Konvencije, kao i kod drugih međunarodnih ugovora jest poštovanje jednakosti svih ispred zakona, te zabrana diskriminacije za čije osiguranje države moraju poduzeti sve potrebne korake (46). Konvencija je pravo na osobnu slobodu i sigurnost regulirala člankom 14., te time zabranila nezakonito i arbitrarno oduzimanje slobode. Postojanje invaliditeta ni u kojem slučaju ne smije biti razlog za oduzimanje slobode, a ukoliko dođe do oduzimanja slobode, osobi s invaliditetom osigurat će se sva prava koja su u skladu sa međunarodnim pravom (41). Države potpisnice Konvencije imaju obavezu njene implementacije (44).

5. PRAVNI OKVIR REPUBLIKE HRVATSKE U PROVEDBI PRISILNE HOSPITALIZACIJE

Pravo na osobnu slobodu u Republici Hrvatskoj ustanovljeno je odredbama Ustava, prema člancima 16. i 22., kao najvišim pravnim i političkim aktom države (47). Usmjerenost suvremenih država da svojim unutarnjim zakonodavstvom urede zaštitu osoba s duševnim smetnjama ogleda se u pravnom normiranju ponašanja svih sudionika u postupcima prema osobama s duševnim smetnjama (npr. kaznenom, građanskom, izvanparničnom itd.) kao zaštitnom mehanizmu (33).

U hrvatskom zakonodavstvu postoje mnogobrojni propisi kojima se regulira postupanje prema osobama s duševnim smetnjama, kao što je Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Obiteljski zakon, Zakon o socijalnoj skrbi, Kazneni zakon, Zakon o izvršenju kazne zatvora, Zakon o radu... Navedenim izvorima potrebno je pridružiti međunarodne i do-

maće izvore medicinskog prava čije se odredbe odnose na osobe s duševnim smetnjama, a to su Zakon o pravima pacijenata, te niz dokumenata donesenih u okviru Ujedinjenih naroda i Vijeća Europe (5, 33).

Najvažniji pravni izvor koji regulira postupak prisilne hospitalizacije osoba s duševnim poremećajima u RH jest Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji je, kao potpuno nov zakon, stupio na snagu 1. siječnja 2015. godine (8).

5.1. Razvoj Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s osvrtom na prisilnu hospitalizaciju

Svojevrsnu prekretnicu zaštite prava osoba s duševnim smetnjama u zakonodavstvu RH označava 1997. godina. Navedene godine donesen je Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, koji je stupio na snagu 1. siječnja 1998. godine., kao prvi zasebni zakon koji je uredio položaj i prava osoba s duševnim smetnjama, te osigurao zaštitne mehanizme u slučaju povrede tih prava (46). Prije donošenja ZZODS-a malo tko se, uključujući psihijatre, suce, a i same bolesnike osvrtao na zakonske odredbe po kojima se morala provoditi prisilna hospitalizacija. Relevantni pravni propisi za prisilnu hospitalizaciju bili su Zakon o vanparničnom postupku iz 1934. godine, članak 29. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju RH iz 1993., odnosno člankom 33. istog zakona iz 1980. godine (48). Potrebno je napomenuti da su u hrvatskoj psihijatrijskoj pravnoj praksi prije navedenih zakonskih rješenja postojale jasne naznake regulacije ne samo problema prisilne hospitalizacije, već i drugih problema, u prvom redu prava duševnih bolesnika. Tako je još davne 1856. godine donesen «Pravilnik o primanju duševnih bolesnika u psihijatrijske ustanove («nova osnova zaprimanje ljudakah poslije sagrađene ludnice»), a 1880. godine donesen je Statut današnje Psihijatrijske bolnice Vrapče (tada «Zavod za umobolne Stenjevec») koji je tada bio vrlo suvremen i napredan dokument (29).

Nadležni sudovi obavještavali su se vrlo rijetko o prisilnoj hospitalizaciji, i to samo kada je postojala pretpostavka da bi prisilno hospitalizirana osoba mogla tužiti psihijatrijsku ustanovu zbog protupravnog oduzimanja slobode. U takvom okruženju učestalo su se kršila prava duševnih bolesnika, a bilo je i onih koji su „iz drugih razloga“ (politički uvjetovanih razloga), bili na kraće ili duže vrijeme smješteni u psihijatrijskim ustanovama

(48). Takvim postupcima učestalo su se kršile odredbe Ustava RH, ali i mnogih međunarodnih dokumenata, koji su upravo štiteći temeljno ljudsko pravo, a to je sloboda čovjeka, zahtijevali sudsku odluku kao jedinu odluku kojim se može ograničiti ili oduzeti sloboda (33).

Nakon donošenja ZZODS-a problemu prisilne hospitalizacije počela se pridavati veća pažnja, te su se hospitalizacije provodile u skladu sa navedenim zakonom. Primjenom zakona zabilježena je hiperprodukcija psihijatrijskih hospitalizacija, odnosno svaka treća hospitalizacija bila je sudski procesuirana (48). No, to nije predstavljalo jedini problem za Zakon. ZZODS nije naišao na odobravanje, ni od psihijatrijske, ni od pravne struke. Za njih je novi zakon predstavljao nepovjerenje u njihov rad, nove obaveze, a za cijelo društvo troškove. Tako je nepripremljenost za primjenu zakona, kako u psihijatriji, tako i u pravosuđu, manjak educiranosti s obje strane, nerazumijevanje, te formalni pristup samoj formi zakona, nakon samo godinu dana od stupanja na snagu, doveo do njegove izmjene. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama temeljito se izmijenio u studenom 1999.godine (8, 33, 48). Izmijenjenim zakonom odustalo se od propisanih visokih standarda, te se time nastojala ublažiti nejednakost između zakonskih rješenja i realnog stanja zatečenog u praksi prilikom postupanja prema osobama s duševnim smetnjama (33).

Izmjena zakona ponovno je učinjena u lipnju 2002. godine, sa svrhom jednostavnije provedbe postupka prisilne hospitalizacije nebrojivih osoba (33, 49).

Zakon o kaznenom postupku 2008. godine i donošenje novog Kaznenog zakona 2011. godine, uključujući razvoj konvencijskog prava kojim su postavljeni viši standardi zaštite prema osobama s duševnim smetnjama, kao i rastuća praksa Europskog suda za ljudska prava, doprinijeli su donošenju novog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji je stupio na snagu 1. siječnja 2015. godine, a čija je zakonska regulativa važeća i danas (8, 46).

Svakim poglavljem Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama iz 2015. godine teži većoj zaštiti prava za osobe s duševnim smetnjama propisujući nova načela, dopunom novih prava ili ograničavanjem primjene pojedinih medicinskih postupaka ili mjera prisila (33).

Kod dobrovoljnog smještaja najveća promjena u odnosu na Zakon o zaštiti osoba iz 1997. godine vezana je uz pristanak bolesnika, koji mora biti u pisanom obliku umjesto dosadašnjeg usmenog pristanka. Pisani pristanak sastavni je dio medicinske dokumentacije i osoba ga može povući u bilo kojem trenutku (8, 33, 50).

Pored dobrovoljnog i prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu, u Zakon se uvodi kategorija „smještaj bez pristanka“. Smještaj bez pristanka se provodi kod osobe s težim duševnim smetnjama koja nije sposobna dati pristanak, pa se smještaj u psihijatrijsku ustanovu provodi na temelju pisanog pristanka zakonskog zastupnika ili osobe od povjerenja (8, 33). Također, kao još jedna novina ZZODS-a uvodi se „obvezujuća izjava“. Obvezujućom izjavom osoba s duševnim smetnjama može ovjerom kod javnog bilježnika ovlastiti osobu od povjerenja da umjesto nje daje ili uskraćuje pristanak na medicinske postupke (8). Obvezujuća izjava sadrži smjernice u slučaju buduće nesposobnosti očitovanja vlastite volje osobe s duševnim smetnjama, kako bi se poštivale njene želje i stavovi od trenutka kada zbog duševnog poremećaja osoba više neće biti u mogućnosti izraziti svoje želje ili stavove (8, 33).

Kod prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja ZZODS-a zadržana je ista pravna osnova, ali je jednostavnije izražena pa se prisilno u psihijatrijsku ustanovu može smjestiti osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje, ili sigurnost (33).

U odnosu na ZZODS /97 duševna smetnja i teža duševna smetnja definirane su jasnije, preciznije i na suvremen način :

Članak 3. stavka 1. točka 3.

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

Članak 3. stavka 1. točka 17.

„Teža duševna smetnja je duševna smetnja iz točke 3.ovog članka koja po svojoj naravi ili intenzitetu ograničava ili otežava psihičke funkcije osobe u mjeri da joj je neophodna psihijatrijska pomoć“ (8).

Prema navedenom članku važna je neophodnost psihijatrijske procijene, odnosno procjene što će se dogoditi ako osoba ne bude prisilno hospitalizirana (5).

U svrhu unaprjeđenja zaštite osoba s težim duševnim smetnjama odredbe ZZODS/14 po kojima se ostvaruje smještaj u psihijatrijsku ustanovu u odnosu na ZZODS/97 propisano je; vremenski rok prijema u psihijatrijsku ustanovu od tadašnjih 72 sata u kojem je psihijatar morao donijeti odluku hoće li osobu zadržati ili otpustiti, ZZODS/14 taj rok smanjio se na 48 sati. U navedenom razdoblju zakon dopušta prisilno zadržavanje osobe bez sudske odluke.

Također kao novitet u ZZODS/14 nakon uložene žalbe na rješenje predviđena je revizija postupka koja do tada nije postojala. Mjesto održavanja rasprave izričito je psihijatrijska ustanova, a tek se iznimno rasprava može održavati na sudu. Na taj način nastoji se ukloniti praksa održavanja rasprave na sudu, gdje se vrlo često polazilo od činjenice da nitko, čak ni odvjetnik prisilno zadržanu osobu nije ni vidio. Za vođenje postupka prisilnog smještaja i dalje ostaju suci nadležnih županijskih sudova, postavljeni od strane Vrhovnog suda RH na vrijeme od pet godina, vodeći računa o njihovoj stručnosti iz područja forenzičke psihijatrije (8, 33).

Određivanjem potrebe za educiranim sucima postiže se veća kompetentnost sudaca u zaštiti osobe s duševnim smetnjama koja se prisilno smješta u psihijatrijsku ustanovu. Sa istom svrhom, veće kompetencije traže se i za odvjetnika kojeg sud dodjeljuje prisilno zadržanoj osobi, ako ga ona ili njezin zakonski zastupnik već nisu izabrali. Zakon obvezuje odvjetnika na prisustvovanje posjetu i saslušanju prisilno zadržane osobe, i voditelja odjela psihijatrijske ustanove.

ZZODS/14 odustaje od obveznog psihijatrijskog vještačenja drugog psihijatra vještaka izvan ustanove u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba, no mogućnost vještačenja drugog psihijatra vještaka, ukoliko ocjeni da mu je potrebna, ostavljena je sucu na raspolaganju, a također je moguća i na traženje samog pacijenta (8, 33).

6. INFORMIRANI PRISTANAK I PROVEDBA PRISILNE HOSPITALIZACIJE

Informirani pristanak (eng. Informed consent) je postupak tijekom kojeg pacijent svoj pristanak za provedbu ili odbijanje medicinskog postupaka donosi na temelju informacija dobivenih od zdravstvenih djelatnika o prirodi i potencijalnim rizicima predloženog postupka, kao i alternativnim načinima liječenja (51).

Koncept informiranog pristanka razrađen je Zakonom o zaštiti prava pacijenata (ZZPP), koji je u RH stupio na snagu u prosincu 2004. godine (52). Zakon o zaštiti prava pacijenata, člancima 17. i 18., štiti osobe koje nisu sposobne dati svoj informirani pristanak na medicinski postupak, što se odnosi i na osobe s duševnim smetnjama. Zakon o zaštiti prava pacijenta nastao je kao rezultat prihvaćanja Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, sastavljena je 1997. godine, a ratificirana je od strane Hrvatskog Sabora 2003. godine (52, 53). Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini također ima odredbe kojima se štite osobe koje nisu sposobne dati svoj informirani pristanak na medicinski postupak, a obuhvaćene su člankom 6. do članka 9. Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini (54).

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama predstavlja pravni mehanizam koji štiti osobe s duševnim smetnjama, te se primjenjuje kao *lex specialis* na odredbe Zakona o zaštiti prava pacijenta, što znači da je nadređen zakonu o pravima pacijenata (55).

Pristanak je definiran Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama:

Članak 3. stavka 1. točka 13.

„Pristanak je slobodno dana suglasnost osobe s duševnim smetnjama za primjenu određenog medicinskog postupka, koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, posljedica, koristi i rizika toga medicinskog postupka i drugih mogućnosti liječenja. Osoba s duševnim smetnjama sposobna je za davanje pristanka ako može razumjeti informaciju koja je važna za davanje pristanka, upamtiti tu informaciju i koristiti ju u postupku davanja pristanka“ (8).

Medicinski postupak definiran je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama :

Članak 3. stavka 1. točka 4.

Medicinski postupak označava „prijem, zadržavanje i smještaj u psihijatrijsku ustanovu, te dijagnostički postupak i liječenje osobe s duševnim smetnjama“ (8).

Informiranim pristankom potvrđuje se autonomija bolesnika. Temelji se na uvjerenju da svatko ima pravo slobodno donositi odluke za koje smatra da su u njegovom najboljem interesu. Stoga, da bi donio najbolju odluku za svoje zdravstveno stanje, bolesnik mora na jasan i jednostavan način, te primjeren dobi, obrazovanju i mentalnim sposobnostima biti informiran o bolesti, načinu, rizicima, i alternativnim metodama liječenja kako bi pristao ili odbio medicinski postupak. Iz navedenog proizlazi da osoba mora imati sposobnost da razumije dobivene informacije, kako bi pristala ili uskratila svoj pristanak na medicinski postupak.

Mentalne sposobnosti kod osoba s duševnim poremećajima, mogu u privremenom ili trajnom obliku biti toliko umanjene da osoba nije u mogućnosti razumjeti dobivene informacije, pa tako ni dati pristanak na liječenje (5, 55).

Prilikom prijema u psihijatrijsku ustanovu, psihijatar na temelju aktualnog psihičkog stanja i utjecaja tog stanja na donošenje odluka procjenjuje sposobnost bolesnika za davanje informiranog pristanka.

Sposobnost pri davanju pristanka dijeli se u dvije kategorije:

- zakonska sposobnost (osoba je punoljetna s očuvanom poslovnom sposobnošću)
- klinička sposobnost (funkcionalna sposobnost bolesnika da odbije ili pristane na medicinske postupke).

Kako bi donio prosudbu o sposobnostima bolesnika za davanje informiranog pristanka, psihijatar procjenjuje kliničku sposobnost na temelju karakteristika psihičkog stanja koje uključuje:

- kontaktibilnost
- orijentiranost u mjestu i osobama (osoba je svjesna da se nalazi u zdravstvenoj ustanovi i komunicira sa zdravstvenim djelatnicima)
- kooperativnost
- kritičnost prema bolesti (bolesnikovo prihvaćanje ocjene psihijatra o bolesnoj osnovi njegovih smetnji koje indiciraju prisilnu hospitalizaciju)
- uvid u potrebu bolničkog liječenja (bolesnikovo razumijevanje o prednosti hospitalizacije u odnosu na ambulantni tretman ili drugu terapiju (5).

Ako je osoba s duševnim smetnjama nakon razgovora sa psihijatrom, koju ju je informirao o svim prednostima i rizicima preporučenog medicinskog postupka u stanju razumjeti dobivenu informaciju, upamtiti tu informaciju, te ju koristiti u postupku davanja pristanka, tada je sposobna odlučiti o prihvaćanju ili odbijanju medicinskog postupka (5, 55).

Sposobnost osobe procjenjuje se neovisno o dijagnozi, pa dijagnoza sama po sebi nije dovoljna za procjenu bolesnikovih psihičkih kapaciteta (5).

Procjenu sposobnosti za davanje pristanka na medicinski postupak također je potrebno provesti i kod osoba sa duševnim smetnjama koje su lišene poslovne sposobnosti. Lišenje poslovne sposobnosti ne znači nesposobnost za davanje pristanka. Osoba može biti nesposobna donositi odluke npr. o imovinskim pravima, a sasvim sposobna donositi odluke o svom zdravlju (5, 11, 33).

ZZODS je odredio da se osoba s duševnim smetnjama može podvrgnuti medicinskom postupku, ali samo uz njezin pisani pristanak koji može opozvati u bilo kojem trenutku. Na formu pisanog pristanka potrebno je gledati kao o zaštitnoj odredbi koja štiti bolesnika, ali i psihijatra u slučaju eventualnog pravnog spora (8, 11). Pisani pristanak čini sastavni dio medicinske dokumentacije, mora biti rezultat slobodne volje bolesnika, bez pritiska i nagovaranja, uz sva upozorenja o posljedicama neprihvatanja određenog medicinskog postupka (8, 11).

Na temelju dobrovoljnog pisanog pristanka provodi se smještaj osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu (11). Osoba s duševnim smetnjama može svoj pristanak na dobrovoljni smještaj opozvati u svakom trenutku, te joj tada moraju biti objašnjene posljedice prestanka dobrovoljnog medicinskog postupka. Opozivom pristanka osoba s duševnim smetnjama otpušta se iz psihijatrijske ustanove, osim u slučaju pogoršanja zdravstvenog stanja, gdje se osoba može zadržati aktivacijom postupka za smještaj bez pristanka ili postupkom prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu (8, 11).

Osoba s težim duševnim smetnjama koja nije sposobna dati pristanak, može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu na temelju pisanog pristanka zakonskog zastupnika ili osobe od povjerenja, ali se mora uzeti u obzir i mišljenje osobe s obzirom na njezine mogućnosti razumijevanja, a ukoliko je riječ o djeci, razmjerno njihovoj dobi i zrelosti (8, 33). Takav način smještaja u psihijatrijsku ustanovu naziva se smještaj bez pristanka (8). Ako osoba nema teže duševne smetnje, postupak provedbe smještaja bez pristanka, a ni prisilnog zadržavanje nije moguće ostvariti (11). Kako bi se osigurala dodatna zaštita osobama s duševnim smetnjama od zloupotrebe zamjenskog pristanka psihijatrijska ustanova dužna je, najkasnije u roku od 48 sati obavijestiti pravobranitelja za osobe s invaliditetom u slučaju kada je pristanak na liječenje dao skrbnik. Ukoliko pravobranitelj posumnja u opravdanost provedbe prisilnog smještaja na temelju pristanka zamjenskog zastupnika ima ovlasti obavijestiti županijski sud. Ako se osoba s duševnim smetnjama protivi smještaju na temelju pristanka zamjenskog zastupnika, psihijatrijska ustanova ima obvezu, najkasnije u roku od 12 sati obavijestiti županijski sud. Zakon je osobama s duševnim smetnjama koje nisu u mogućnosti izraziti svoju volju putem kategorije „smještaj bez pristanka“ osigurao kontrolu opravdanosti boravka u psihijatrijskoj ustanovi, a sukladno s time i sudsku provjeru opravdanosti navedenog postupka (8, 11).

Temeljem obvezujuće izjave osoba s duševnim smetnjama može ovlastiti osobu od povjerenja koja umjesto nje daje ili uskraćuje pristanak na određene medicinske postupke, od trenutka kada osoba zbog svog duševnog stanja više neće biti sposobna izraziti svoje želje i zahtjeve (8).

Postupak prisilnog zadržavanja provodi se u slučaju ozbiljne i izravne ugroženosti života, zdravlja, i sigurnosti, stoga se kod osoba s duševnim smetnjama mogu primjenjivati medicinski postupci bez njenog pristanka. Postupak se primjenjuje samo dok traje navedena ugroženost zdravlja, života i sigurnosti (8).

7. MEDICINSKI OKVIR PRISILNE HOSPITALIZACIJE

Postupak prisilne hospitalizacije provodi se kod osoba koje imaju manifestirane privremene ili trajne duševne smetnje, te se u svrhu poboljšanja zdravstvenog stanja podvrgavaju liječenju (tzv. medicinska indikacija), ili da bi se zaštitilo društvo od njihovog djelovanja (tzv. socijalna indikacija), te kao zaštita od djelovanja vlastitog ponašanja, kao npr. samoozljeđivanja, samoubojstva...(tzv. vitalna indikacija) (1, 36).

Procjena psihičkog stanja donosi se za vrijeme razgovora s bolesnikom, kada psihijatar procjenjuje rizik koristeći svoje znanje, iskustvo i razumijevanje utemeljeno na empatiji. Istovremeno, psihijatar procjenjuje da li osoba iskazuje duševne smetnje, koje se za provedbu prisilne hospitalizacije moraju klasificirati kao „teže duševne smetnje“, te se vrši procjena trenutnog psihičkog stanja i ta je procjena neovisna o psihijatrijskoj dijagnozi. Postojanje duševne smetnje ne može biti razlog za provedbu postupka prisilne hospitalizacije. Funkcionalnost bolesnika mora biti takva da odgovara osobi koja ima „teže duševne smetnje“, što znači da osoba nije u mogućnosti shvatiti značenje svog postupanja ili ne može vladati svojom voljom, ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da joj je neophodna psihijatrijska pomoć (1, 5).

Kao jedan od kriterija koji je najčešće prisutan za pokretanje postupka prisilne hospitalizacije jest opasnost od ugrožavanja vlastitog života ili sigurnosti, odnosno života i sigurnosti drugih osoba (5, 9). U najvećoj mjeri “civilna“ opasnost vrednuje se prema bolesnikovom rizičnom ponašanju u periodu koje je neposredno prethodilo njegovu upućivanju u psihijatrijsku ustanovu ili se vrednuje na predviđanju takvog ponašanja u razdoblju neposredno nakon pregleda na kojem se treba donijeti odluka o provođenju prisilne hospitalizacije ili odustajanje od tog postupka (56).

Prisilna hospitalizacija najčešće se provodi kod osobe sa psihotičnim poremećajem u akutnoj fazi bolesti (shizofrenija, paranoidna psihoza, alkoholna psihoza, teška demencija..) (5).

Procjena psihičkog stanja bolesnika tijekom prisilne hospitalizacije treba biti kontinuirana, što je posebno važno u slučaju potrebe produženja prisilne hospitalizacije. Od izuzetne je važnosti detaljno vođenje medicinske dokumentacije bolesnika u koju se upisuju medicinski postupci, ali i provedeni zakonski postupci (5).

Praksa u RH ukazuje da osobe koje odbiju ostati na liječenju, a manifestiraju opasno ponašanje, zadržavaju se na tzv. opservaciji do 48 sati, pri čemu su zakonske norme ipak zadovoljene. Bolesnik se uključuje u medicinski postupak do 48 sati, pri čemu osnovnu ulogu imaju stupanj i veličina ugrožavajućeg ponašanja, a ne etiološka dijagnoza. U određenom broju bolesnika psihopatološko stanje bit će razriješeno unutar 48 sati, a time i ugrožavajuće ponašanje, pa postupak provedbe prisilne hospitalizacije neće biti potreban, nego će bolesnik biti otpušten kući ili će biti zadržan na dobrovoljnom liječenju ako za to da slobodnu voljnu suglasnost potvrđenu potpisom. Postupak provođenja prisilne hospitalizacije bit će pokrenut kod manjeg broja bolesnika (48).

Za provođenje prisilne hospitalizacije važnu ulogu čine prezentirani simptomi, odnosno sindromi u trenutku kad se vrši procjena bolesnika. Sindromi se mogu grupirati po učestalosti u:

- Akutno psihotični sindrom odnosi se na bolesti iz skupine shizofrenije, perzistirajuće sumanutosti, akutni polimorfni psihotični poremećaj, organski uvjetovana psihička stanja i afektivni poremećaji sa psihotičnim simptomima;
- Depresivno-suicidalni sindrom kod kojeg dominiraju depresivni poremećaji raspoloženja bez psihotičnosti, ali uz suicidalne misli, intencije ili pokušaje, prve ili povratne depresivne epizode bez psihotičnih simptoma najčešće reaktivnog karaktera, depresivni poremećaji u akutno opitom stanju, te organski depresivni poremećaji;

- Disforično-agresivni sindrom koji obilježavaju akutna alkoholna intoksikacija, intoksikacija drugim opojnim sredstvima, poremećaj ličnosti i poremećaj prilagodbe;
- Agitirano-konfuzni sindrom karakteriziran po konfuznim organsko delirantnim stanjima, postiktalnim smetenostima, eretičnim stanjima teže oligofrenih bolesnika (5, 9).

Navedeni sindromi mogu se javljati u različitim duševnim poremećajima i nisu svojstveni za pojedinu nozološku dijagnostičku cjelinu, te se mogu javiti u sklopu niza dijagnostičkih kategorija. Psihijatar ima obvezu da pojedini sindrom smjesti u jasnu dijagnostičku kategoriju (npr. shizofreniju, depresiju, intoksikaciju, paranoidni poremećaj..) (5).

8. PROVEDBA PRISILNE HOSPITALIZACIJE PREMA ZAKONU O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Regulativa provedbe prisilne hospitalizacije određena je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, u kojem su propisani uvjeti provedbe prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu.

Za provedbu prisilnog smještaja osobe u psihijatrijsku ustanovu moraju biti ispunjena dva kriterija: osoba mora imati težu duševnu smetnju, te upravo zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožavati vlastiti život, zdravlje ili sigurnost, ili život zdravlje ili sigurnost drugih osoba (8).

Opasnost za sebe ili druge kod osobe s duševnim smetnjama mora biti prisutna u trenutku određivanja i trajanja prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja (11).

Postupak prisilne hospitalizacije pokreće se upućivanjem osobe s težim duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu na temelju uputnice doktora medicine. Prijam bolesnika bez uputnice, provodi se u hitnim slučajevima zbog opasnosti koja prijete od osobe s težom duševnom smetnjom za nju samu ili za druge osobe, te se provodi u pratnji policije, koja prema osobi postupi s posebnom pažnjom, te štiti njezino dostojanstvo (8, 11). Postupanje policije prilikom dovođenja osobe s duševnim smetnjama

propisano je „Naputkom o postupanje policije kod privođenja i dovođenja osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu“ (57).

Psihijatar provodi prijam u psihijatrijsku ustanovu, te je dužan bez dogode ili najkasnije u trajanju od 48 sati utvrditi da li postoje razlozi za prisilno zadržavanje. U tom razdoblju psihijatar mora procijeniti postoje li razlozi za pokretanje prisilnog zadržavanja, a ukoliko ne postoje osoba će se otpustiti iz psihijatrijske ustanove. Ako psihijatar utvrdi da postoje razlozi za prisilno zadržavanje iz članka 27. ZZODS - a, osoba će biti zadržana, a odluka o prisilnom zadržavanju bit će unesena u medicinsku dokumentaciju. Osim odluke o prisilnom zadržavanju, u medicinsku dokumentaciju upisuje se vrijeme prijema, osoba se upoznaje sa pravima propisanim ZZODS-om, te se upoznaje s pravom na izbor odvjetnika (8, 11).

Psihijatar svoju odluku o provedbi prisilnog zadržavanja zadržanoj osobi priopćava na primjeren način, te je upoznaje s razlozima i svrhom zadržavanja. U roku od 12 sati od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju psihijatrijska ustanova mora nadležnom županijskom sudu dostaviti odluku o prisilnom zadržavanju. Navedeno se odnosi i na osobu koja je dobrovoljno smještena u psihijatrijsku ustanovu kada opozove svoj pristanak, te na osobu smještenu bez pristanka, koja se protivi pristanku zakonskog zastupnika, a nastupili su uvjeti iz članka 27. ovog Zakona za provedbu prisilnog zadržavanja (8, 11).

Sudac ovlašten za vođenje postupka prisilnog smještaja od strane predsjednika Vrhovnog suda RH, odlučuje o postupku prisilnog smještaja osobe u psihijatrijsku ustanovu. U postupku prisilnog smještaja javnost je isključena. Navedeno isključenje se ne odnosi na osobu o čijem se prisilnom smještaju odlučuje, osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika, odvjetnika, službenu osobu iz Centra za socijalnu skrb (CZSS) te voditelja odjela psihijatrijske ustanove (8).

U roku od 72 sata od trenutka primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju, sudac je dužan prisilno zadržanu osobu posjetiti u psihijatrijskoj ustanovi, obavijestiti ju o razlozima i svrsi provedbe postupka, te ju saslušati. Sudac će saslušati i voditelja odjela, te izvršiti uvid u medicinsku dokumentaciju. Voditelj odjela obvezan je osigurati da prisilno zadržana osoba, koliko god je to moguće s obzirom na njezino zdravstveno stanje, ne

bude pod liječničkim tretmanom koji bi onemogućio sudsko saslušanje. Odvjetnik zadržane osobe dužan je prisustvovati saslušanju. Ukoliko sudac smatra potrebnim saslušanju može prisustvovati psihijatar s liste stalnih sudskih vještaka koji nije zaposlenik psihijatrijske ustanove u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba. Ako nakon saslušanja sudac zaključi da ne postoje pretpostavke za prisilni smještaj po članku 27. ovog Zakona, bez odgode će donijeti rješenje kojim će odrediti otpust zadržane osobe iz psihijatrijske ustanove. Ako nakon saslušanja sudac zaključi da postoje pretpostavke za prisilni smještaj, donijet će rješenje o nastavku prisilnog zadržavanja, te zakazati ročište za usmenu raspravu (8, 11).

Prisilno zadržavanje osobe bez sudskog rješenja može najdulje trajati 8 dana, od trenutka kad je donesena odluka o prisilnom zadržavanju. Na usmenu raspravu pozivaju se prisilno zadržana osoba, zakonski zastupnik, odvjetnik, voditelj odjela, prema potrebi osoba od povjerenja i centar za socijalnu skrb. Bez sudjelovanja odvjetnika prisilno zadržane osobe rasprava se ne može održati. Sud, na zahtjev prisilno zadržane osobe ili njezina odvjetnika može za usmenu raspravu pribaviti pisani nalaz i mišljenje vještaka psihijatra o tome postoje li kod te osobe teže duševne smetnje zbog kojih ona ugrožava vlastiti ili tuđi životi ili sigurnost. Vještak psihijatar ne smije biti zaposlenik ustanove u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba.

Psihijatar vještak, u roku od 24 sata prije održavanja usmene rasprave podnosi sudu pisani nalaz nakon pregleda prisilno zadržane osobe. Sudionicima rasprave dozvoljeno je da se izjasne o činjenicama vezanim za donošenje odluke o prisilnom smještaju, te da postavljaju pitanja. Rasprava se održava u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se prisilno zadržana osoba nalazi. Informacije koje su spomenute na raspravi prisutne osobe dužne su čuvati kao tajnu (8, 11).

Po zaključenju usmene rasprave sud donosi rješenje o prisilnom smještaju ili otpustu iz psihijatrijske ustanove, te ga objavljuje prisilno zadržanoj osobi uz objašnjenje. U rješenju sud određuje prisilni smještaj u trajanju od 30 dana, računajući od dana kada je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju. Psihijatrijska ustanova može zatražiti produženje prisilnog smještaja. U tom slučaju obvezna je u roku od 8 dana prije isteka vremena prisilnog smještaja predložiti sudu donošenje rješenja o produženju prisilnog smještaja. Navedeno rješenje o produženju prisilnog smještaja sud mora do-

nijeti najkasnije do isteka roka prethodno određenog prisilnog smještaja. Prisilni smještaj sud može produžiti u trajanju od tri mjeseca, a svaki daljnji smještaj može se produžiti rješenjem suda do šest mjeseci. Sudsko rješenje o prisilnom smještaju ili otpustu mora biti obrazloženo, te sadržavati pouku o pravu na žalbu. Rješenje se dostavlja prisilno zadržanoj osobi, osobi od povjerenja, zakonskom zastupniku, odvjetniku i psihijatrijskoj ustanovi. Žalbu protiv rješenja županijskog suda potrebno je podnijeti u roku od tri dana od dostave rješenja. Žalba ne zadržava izvršenje rješenja (8, 11).

Prisilno smještena osoba otpustit će se iz psihijatrijske ustanove nakon isteka sudskog rješenja ili ako se utvrdi da su prestali razlozi za prisilni smještaj iz članka 27. ovog Zakona. Voditelj odjela donosi obrazloženu odluku o prijevremenom otpustu. Navedenu odluku psihijatrijska ustanova dužna je bez dogode dostaviti sudu. Ako se iz psihijatrijske ustanove otpušta osoba s duševnim smetnjama koja nije u mogućnosti brinuti se o sebi, niti ima osobe koje su zakonski dužne voditi skrb o njoj, obavještava se CZSC, koji prema posebnim popisima zbrinjava takve osobe (8).

Potrebno je naglasiti da se postupak prisilne hospitalizacije ne bi provodio da osoba ozbiljno i izravno ne ugrožava svoj ili tuđi život, zdravlje, ili sigurnost, već bi se primjenjivale druge represivne mjere, koje su namijenjene prevenciji neželjenih posljedica (11).

9. RASPRAVA

Prisilna hospitalizacija predstavlja svojevrsno lišenje slobode, te je zbog toga neodvojiva od problema temeljnih ljudskih prava, prvenstveno prava na slobodu (1).

Povijest prava na osobnu slobodu po nekim mišljenjima seže još u srednji vijek. (Prava u koje ni državna vlast, ni bilo tko drugi, ne smije posezati bez legitimne osnove). Suvremeno shvaćanje prava na slobodu smatra se engleski *Habeas Corups Acta* iz 1679. godine, kojim je ustanovljeno da ni kralj nema pravo nikome oduzeti slobodu bez konačne odluke suda. Shvaćanje kako država smije posegnuti u osobnu slobodu pojedinca samo ako taj pojedinac svojim ponašanjem ugrožava zakonom određene interese društvene zajednice, odnosno države, danas je opće prihvaćeni postulat

ustavnog uređenja zemalja zapadnog civilizacijskog kruga. Brojne posljedice koje se izvode iz njega, a od kojih je najvažnija ta da oduzimanje slobode koje je poduzela državna vlast mora biti bez odgode ratificirano od sudbene vlasti. Na taj način ostvaruju se postulati prava: odsutnost arbitranosti u postupanju državnih vlasti, jednakost građana pred zakonom i postojanje efektivnih pravnih sredstava u svrhu zaštite prava pojedinca (7).

Upravo u okviru psihijatrije dolazi do izražaja osjetljivost položaja osoba s duševnim smetnjama prilikom provedbe prisilne hospitalizacije koja se provodi zbog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti (1).

Prisilna hospitalizacija s aspekta osobe na koju se primjenjuje znači oduzimanje ili ograničavanje temeljnih ljudskih prava kao što su pravo na slobodu, pravo na kretanje, pravo na podvrgavanje medicinskim postupcima samo uz pristanak, pravo na autonomiju i samoodređenje, ono mora biti utemeljeno na ustavu, određeno zakonom, te podvrgnuto sudskoj odluci i kontroli. Stoga se posebna pozornost poklanja i određuje normativnim sadržajima svih sudionika koji sudjeluju u postupku provedbe prisilne hospitalizacije osoba s duševnim smetnjama (11).

Gledajući kroz povijest, duševni bolesnici nisu imali prava, postupanje prema njima bilo je samovoljno, te se uvijek razlikovalo od postupanja prema ostalim bolesnicima. Predrasude, iracionalan strah od duševnih bolesnika, ali i mogućnosti da sami postanu duševni bolesnici ucrtalo je put svim onim koji su „etiketirani“ duševnim oboljenjem (12, 58).

Takve osobe izolirale su se od obitelji i društva zatvaranjem u „zdravstvene“ ustanove, gdje su umjesto adekvatne pomoći duševni bolesnici bili prepušteni sami sebi, a nerijetko su bili i zlostavljani. Razvojem psihijatrije, ali i drugih znanosti poput kirurgije, fizike, mikrobiologije, postalo je općeprihvaćeno da su duševne bolesti slične somatskim bolestima. U svrhu otkrivanja točnog uzroka duševnog oboljenja, duševni bolesnici podvrgavali su se raznim medicinskim eksperimentima, koji ne samo da nisu bili etički upitni, nego su danas kažnjivi i regulirani posebnim zakonima. Iako su istraživanja u medicini neophodna za razvoj znanosti, njihova provedba može dovesti do kršenja temeljnih ljudskih prava i ljudskog dostojanstva o čemu svjedoče medicinski eksperimenti u „logorima smrti“ iz Drugog svjetskog rata, od kojih ni osobe s duševnim poremećajem nisu bile pošteđene (14, 58).

Iz ove kratke retrospekcije povijesti postupanja prema osobama s duševnim poremećajima, vidljivo je da one predstavljaju posebno osjetljivu i uglavnom marginaliziranu i stigmatiziranu društvenu skupinu koja je često izložena različitim oblicima diskriminacije. Njihova prava su predmet učestalih i različitih oblika kršenja, stoga zaslužuju osobitu pozornost (59). Odgovornost društva je da razvije niz instrumenata kojima osigurava nadzor u cilju sprječavanja kršenja ljudskih prava osoba s duševnim poremećajima kao što je primjerice CPT mehanizam Vijeća Europe za sprječavanje mučenja i nedostojnog postupanja i naš nacionalni preventivni mehanizam u okviru institucije pučkog pravobranitelja (60).

Upravo razdoblje nakon Drugog svjetskog rata označava razdoblje razvoja kako ljudskih prava općenito, tako i prava osoba s duševnim poremećajima. Nirnberškim kodeksom, koji je nastao kao rezultat suđenja nacističkim liječnicima za počinjene zločine, usvojena su osnovna načela kojim se zadovoljava moralni, etički i pravni koncept prilikom provedbe eksperimenata nad ljudima (55, 61).

Upravo je Kodeks poslužio kao predložak za sastavljanje Opće deklaracije o ljudskim pravima, koja predstavlja začetak međunarodne zaštite ljudskih prava. Nakon Opće deklaracije o ljudskim pravima, donesene su brojne Deklaracije i Konvencije koje nastoje zaštititi temeljna ljudska prava, a time i prava bolesnika s duševnim poremećajima (46).

Temeljem Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, pravo na osobnu slobodu regulirano je člankom 14. koji navodi da osobe s invaliditetom ne budu nezakonito ili arbitrarno lišene slobode, te da svako lišavanje slobode bude u skladu sa zakonom. Ukoliko budu lišene slobode države potpisnice osigurat će im prava u skladu sa međunarodnim pravom (41). Temeljem Konvencije u navedenu kategoriju spadaju i osobe s duševnim smetnjama (45).

Odbor za prava osoba s invaliditetom (Odbor) koji ima zadatak da nadzire provođenje konvencije otišao je korak dalje od teksta Konvencije, te je zabranio upotrebu prisilne hospitalizacije reinterpetacijom članka 14. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom. Izjavom se ukidaju svi oblici prisilnog liječenja bez obzira radi li se o tjelesnoj ili psihičkoj invalidnosti ili o bilo kojem tipu njihovih kombinacija (62, 63).

Prema Odboru prisilno zadržavanje osoba s invaliditetom na temelju zdravstvenog stanja proturječi apsolutnoj zabrani lišavanja slobode na temelju oštećenja, kao i

načelu slobodnog i informiranog pristanka dotične osobe za liječenje. Odluke koje se odnose na tjelesni ili duševni integritet osoba mogu se donijeti samo uz slobodan i informiran pristanak osobe, te se moraju poštivati i podržavati poslovne sposobnosti osoba s invaliditetom za donošenje odluka u svakom trenutku kao i u hitnim i kriznim situacijama (62).

Potrebno je ukinuti odredbe koje omogućuju prisilno zadržavanje osoba s invaliditetom u ustanovama za mentalno zdravlje na temelju stvarnog ili smatranog oštećenja. Odbor je pozvao zemlje članke da štite sigurnost i osobni integritet osoba s invaliditetom koje su lišene slobode, što uključuje prekid prisilnog liječenja, odvajanje i razne metode obuzdavanja u zdravstvenim ustanovama poput fizičkog, kemijskog i mehaničkog obuzdavanja (62).

Navedenom odredbom po prvi put u povijesti izjednačavaju se prava invalidnih i zdravih osoba što se može činiti kao revolucionaran korak u osiguranju temeljnih ljudskih prava svih osoba. Pravo na zdravlje, bilo fizičko ili psihičko, u najvećem broju slučajeva ne može se ostvariti bez odgovarajućeg liječenja, a ako bolesnik ne pristane na takvo liječenje, njegove šanse za ozdravljenje drastično su smanjene ili su isključene (63).

Odredba dovodi u pitanje potencijalne posljedice, ponajprije uzrokovane nedovoljnim mentalnim kapacitetima velikog broja duševnih bolesnika za donošenje odluka ne samo o izboru liječenja, već i po pitanju drugih životnih opredjeljenja (63).

Goreta smatra da prijedlozi Odbora koji govore u prilog potpunoj zabrani prisilnih psihijatrijskih intervencija nisu jamstvo zaštite ljudskih prava duševnih bolesnika, već naprotiv, u velikom broju slučajeva dovodi se do njihova još većeg ugrožavanja budući da im se osiguranjem prava na bolest i prava na patnju, nanosi nemjerljiva šteta (63). Odredbom se ignoriraju i prava društvene zajednice u kojoj takav bolesnik živi i koja je svojim članovima dužna osigurati razinu sigurnosti na svim područjima egzistencije.

Neprovođenjem prisilnih intervencija u velikom broju slučajeva rezultiralo bi tragičnim ishodom kako za bolesnika, tako i za njegovu okolinu, pa se ponovo postavlja pitanje opravdanosti zabrane Odbora nad svim oblicima provedbe prisilnih intervencija (63).

Potrebno je raditi na tome da se osiguraju što kvalitetniji uvjeti kako bi se postiglo što veće smanjenje svih oblika prisile u tretmanu duševnih bolesnika, no potpuno ukidanje

prisilnih mjera krajnje je kontraproduktivno. Izjavi o članku 14. Konvencije potrebne su izmjene i dopune, koje je potrebno preformulirati u znatno čvršće i jasnije kriterije prema kojima bi u prvi plan došlo ustavno načelo razmjernosti, uvijek u kombinaciji sa znanstvenim dostignućima na tom planu, čije bi objašnjavanje trebalo povjeriti najkompetentnijim i najetičnijim stručnjacima iz područja forenzičke psihijatrije (63).

Pitanje provede prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja, u ovom kontekstu pitanje provedbe prisilne hospitalizacije u RH regulirano je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (8). Na taj je način u hrvatskom društvu postignut sporazum oko potrebe da se na zakonodavnoj razini uredi prava osoba s duševnim smetnjama, i da se postupak provedbe prisilne hospitalizacije psihijatrijskog bolesnika podvrgne sudskoj kontroli (64).

Po pitanju sudske kontrole, odnosno zaštite prava osoba s duševnim smetnjama, provedeno je istraživanje kojim se ustanovilo koja su pravna pitanja i koliko često je zatražena zaštita prava osoba s duševnim smetnjama pred Ustavnim sudom u RH, u razdoblju od 1992. godine do 1. studenog 2017. godine.

Temeljem provedenog istraživanja može se zaključiti kako se Ustavni sud pravnim položajem psihijatrijskih bolesnika i njihovih prava bavio iznimno rijetko. O ustavnosti prisilnog smještaja bolesnika koji zbog teže duševne smetnje ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost Ustavni sud odlučivao je u samo dva slučaja. Mali broj postupaka pokrenutih ustavnih tužbi u kojoj duševni bolesnik ističe prigovor neustavnosti njegova oduzimanja slobode u psihijatrijskim ustanovama može biti uzrokovan malim brojem prisilno hospitaliziranih osoba, međutim također može značiti da je mali broj osoba neinformiran o svojim pravima. Rezultati istraživanja ukazuju da broj prisilno smještenih osoba od ukupnog broja osoba na liječenju u psihijatrijskim ustanovama participira manje od 1%, a iznimno rijetko broj prelazi 2%. No može se posumnjati u brojke zbog uočenih kršenja procesnih prava bolesnika nad kojima se vodi postupak prisilne hospitalizacije, a i u pojedinim slučajevima zloupotreba skrbništva nad njima. Uzrok rijetkog ispitivanja ustavnosti prisilne hospitalizacije osoba s duševnim smetnjama nalazi se negdje drugdje. Kao jedan od mogućih uzroka može biti još nedovoljno osviještena činjenica, i kod stručnjaka duševnog zdravlja i kod bolesnika, kako je prisilna hospitalizacija jedan od oblika ograničavanja osobne slobode. Tijekom prisilne hospitalizacije bolesniku su osim oduzimanja slobode, ograničena i ostala prava, pravo na privatnost, pravo na samoodređenje i autonomiju,

te pravo na integritet (64). No, potrebno je napomenuti kako se prisilna hospitalizacija provodi kao nužna zaštitna mjera sve dok traje stanje koje ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost. Stoga se tijekom prisilne hospitalizacije redovito ispituje psihičko stanje bolesnika kako bi se ustanovilo postoji li i dalje potreba za provedbom prisilne hospitalizacije (1, 5). Iako su tijekom provedbe postupka prisilne hospitalizacije prava bolesnika oduzeta ili ograničena, dostojanstvo osobe koja je hospitalizirana štiti se i poštuje čak i u ovim okolnostima (8).

Primjena medicinskih postupaka bez pristanka osobe, u ovom slučaju provedba prisilne hospitalizacije bez pristanka provodi se kod osobe s težom duševnom smetnjom, a koja zbog navedene smetnje ozbiljno i izravno ugrožava život, zdravlje, i sigurnost vlastitog ili tuđeg života (8).

O važnosti uključivanja prisilno hospitaliziranih bolesnika u prosudbu medicinskih tretmana govore mnogobrojne studije. Pravo na slobodno izražavanje vlastitog mišljenja o medicinskom postupku ključan je element za donošenje odluke o kvaliteti psihijatrijske skrbi. Pravo na sudjelovanje i suodlučivanje bolesnika u procesu provedbe medicinskog postupka nitko ne osporava, dapače, istraživanja potvrđuju da suradnja liječnika i bolesnika dovodi do uspješnijih terapijskih rezultata (65). No prilikom provedbe prisilne hospitalizacije osoba ima težu duševnu smetnju, koja joj onemogućuje shvaćanje realiteta, stoga nije sposobna prosuditi što je u njenom najboljem interesu, pa odluku umjesto nje donosi sud na prijedlog psihijatra, a odluka se primjenjuje samo dok postoji potreba za njezinom provedbom (ugroženost zdravlja, života ili sigurnosti) (64). Osoba s težom duševnom smetnjom može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu i temeljem pisanog pristanka skrbnika ili zakonskog zastupnika. Iako provedba smještaja bez pristanka podliježe kontinuiranoj kontroli njene provedbe, vidljivi problem iz prakse ukazuje da još uvijek postoji vrlo malo osoba s duševnim smetnjama, koji imaju osobu od povjerenja ili zakonskog zastupnika (11, 48).

Na međunarodnoj razini iznose se oprečni stavovi koji odražavaju različita shvaćanja problema prisilne hospitalizacije; paternalizam nasuprot samoodređenju, medicinski nasuprot legalističkom modelu, zaštita sigurnosti društva nasuprot zaštiti individualnih prava bolesnika; pravo bolesnika na bolest nasuprot prava društva na bolesnikovo prisilno liječenje; pravo na slobodno izražavanje vlastite volje nasuprot njezinom ograničavanju zbog bolesti; poštovanje univerzalnih ljudskih prava nasuprot njihovom

individualnom ograničavanju prisilnim mjerama (30). Opravdanost prisilne hospitalizacije u medicinsko paternalističkom modelu argumentira se time da je liječnik taj koji zna što je u najboljem interesu za bolesnika, stoga liječnik treba donijeti odluku umjesto bolesnika. Liječnik je stručnjak za rješavanje medicinskih tegoba bolesnika, a u ovom slučaju tegoba je težina duševnog poremećaja, te njeno daljnje pogoršanje ukoliko se bolesnik ne podvrgne liječenju (5, 11).

O provedbi prisilne hospitalizacije ne postoji pouzdan izvor u domaćoj i stranoj literaturi, stoga se podaci o njenoj učestalosti razlikuju već i na malim geografskim područjima (30).

Tako je Klinka za psihijatriju Jankomir provela istraživanje o prisilnoj hospitalizaciji u dva razdoblja, od siječnja 1998. do prosinca 1999. godine, te nakon izmjene i dopune Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama od prosinca 1999. do studenog 2001. godine. Bolesnici primljeni na liječenje u navedenim vremenskim periodima bili su podijeljeni u skupine prema kriterijima dobrovoljnog prijema u bolnicu, prisilne hospitalizacije, spolu, te početnoj dijagnozi prema Classification of mental and behavioural disorders - ICD-10. Podaci o bolesnicima dobiveni su iz povijesti bolesti, upisanih podataka i sudskih odluka.

Provedenim istraživanjem za oba vremenska perioda u omjeru dobrovoljnih i prisilnih hospitalizacija osoba muškog i ženskog spola ukazuje se na statističku značajnost. Spolna struktura prisilno hospitaliziranih bolesnika različita je u oba vremenska perioda, ali nije statistički značajna. Provedenim istraživanjem ne može se zaključiti da je promjena zakona imala različit utjecaj na prisilnu hospitalizaciju muškaraca i žena. Razlika u udjelu prisilno hospitaliziranih bolesnika od ukupnog broja hospitaliziranih između dva perioda istraživanja statistički je vrlo značajna. Izmjenama i dopunama ZZODS nakon 1999. godine stopa prisilnih hospitalizacija drastično je smanjena, sa 17,4% na 4%, što ukazuje na činjenicu da su pravne komponente imale ulogu u stvaranju i održavanju visoke stope prisilne hospitalizacije.

Shizofrenija, demencija, delirij, i drugi organski poremećaji, faktori su koji čine pozitivnu povezanost s prisilnom hospitalizacijom. Muški spol kao čimbenik pozitivne korelacije nije potvrđen rezultatima dobivenim ni u jednom istraživačkom periodu. Nije utvrđena statistička značajnost u periodima prije i nakon izmjene i dopune ZZODS-a koje se

odnose na povezanost shizofrenije i drugih psihičkih poremećaja, demencije, delirija i kognitivnih poremećaja kao uzrokom prisilne hospitalizacije (66).

Klinika za psihijatriju Sveučilišne bolnice Sestara milosrdnica u Zagrebu provela je istraživanje čiji je cilj bio analiza sociodemografskih i medicinskih karakteristika bolesnika koji su prisilno hospitalizirani tijekom petogodišnje studije. Istraživanje je obuhvaćalo vremenski period od siječnja 1998. do prosinca 2002. godine. Rezultati istraživanja pokazali su učestalost prisilne hospitalizacije od 2%. U uzorku je postojala značajna razlika po spolu, u skladu s dijagnozom kao razlogom prisilne hospitalizacije. Najčešće dijagnoze kod osoba muškog spola prema rezultatima istraživanja bile su shizofrenija (22%) i ovisnost o drogama (26,7%). Kod osoba ženskog spola prevladavali su psihotični poremećaji, shizofrenija (47,5%) i perzistentni psihijatrijski poremećaj (14,8%) (67).

Uzimajući u obzir analize velikog uzorka prisilno hospitaliziranih bolesnika, može se zaključiti da su prisilno hospitalizirane osobe većinom muškog spola, u pravilu neoženjeni, većinom nezaposleni i pretežno samci (30). Države koje u prvom planu za provođenje prisilne hospitalizacije imaju kriterij opasnosti najčešće prisilno hospitaliziraju mlađe osobe muškog spola. U zemljama čiji zakoni daju prednost kriteriju neodgodivog liječenja u prisilnoj hospitalizaciji zastupljene su starije osobe ženskog spola (30). Osim zakonskih kriterija, na učestalost prisilnih hospitalizacija utječe organizacija i kvaliteta izvanbolničke skrbi, broj raspoloživih kreveta, geografska dostupnost psihijatrijske ustanove, boravište na gradskom ili ruralnom području, te financijski uvjeti. Stopa prisilnih hospitalizacija neuobičajeno se mijenja, te dobiveni rezultati ukazuju na potrebe daljnjeg istraživanja. Razlike u stopi prisilnih hospitalizacija ne nalaze se samo između kulturološki različitih regija, već i između zemalja koje imaju sličan zakonodavni okvir (30).

Prisilna hospitalizacija, uz pravne predstavlja i medicinske i etičke dileme, te se provodi kao nužan i neizbježan način omogućavanja liječenja kod kojeg se opravdano može pretpostaviti da će izostanak hospitalizacije dovesti do ozbiljnog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja i sigurnosti (1, 48).

Stoga u svakodnevnoj kliničkoj praksi rad psihijatra predstavlja brojne izazove. Prisilna hospitalizacije postupak je s kojim se svaki psihijatar susreće u svom kliničkom radu, pri čemu psihijatar ima veliku odgovornost i nalazi se u nezahvalnoj poziciji. Psihijatar,

ako ne provede postupak prisilne hospitalizacije, a bolesnik ugrozi sebe, npr. počini samoubojstvo, mogao bi biti odgovoran zbog učinjenog propusta, odnosno neadekvatnog liječničkog postupka, a ako provede postupak prisilne hospitalizacije, može snositi odgovornost zbog ograničavanja slobode pojedinca, što nosi kaznenu odgovornost (48). Psihijatri u okviru Madridske deklaracije Svjetskog psihijatrijskog društva postupaju prema osobama s duševnim smetnjama koristeći svoje znanje i etička načela u svrhu liječenja i unaprjeđenja duševnog zdravlja. Madridska deklaracija također navodi da se „niti jedan postupak ili oblik liječenja ne smije provoditi suprotno ili neovisno o bolesnikovoj vlastitoj volji, osim ako on zbog duševne bolesti ne može prosuditi što je za njega najkorisnije, a izostanak tog liječenja mogao bi ozbiljno nauditi i njemu i drugima“ (68). Iako postupak prisilne hospitalizacije sa sobom donosi etičke dileme, krajnje neetički bilo bi ne liječiti duševnog bolesnika (69).

Kroz klinički prikaz slučaja osobe koja boluje od shizofrenije, prikazana je „opravdanost“ provedbe prisilne hospitalizacije.

Pozadina slučaja: Klinički prikaz slučaja odnosi se na mušku osobu, koji živi s roditeljima u obiteljskoj kući, boluje od shizofrenije od koje se liječi već dvadesetak godina. Zadnjih dva dana ne uzima terapiju, odbija hranu, zatvara se u sobu, stalno moli Boga, te je sobu oblijepio vjerskim motivima. Majka zbog navedenih tegoba poziva hitnu medicinsku pomoć, te dodaje da je stanje u pogoršanju jer zadnjih sat vremena vodi žustru raspravu „sam sa sobom“, te poručuje: radije ću se ubiti nego ti dati dušu“. Majka također navodi da je prije dvije godine imao sličnu epizodu kada je prestao uzimati lijekove. Tada je imao slušne halucinacije, te su ga usprkos njima uspjeli nagovoriti na psihijatrijsko liječenje, ali to sada nije izvedivo, stoga ona traži pomoć. Hitna medicinska pomoć uz pratnju policije odvela je bolesnika u psihijatrijsku ustanovu. Prilikom psihijatrijske procjene bolesnik je psihomotorno agitiran, daje dojam da odgovara na obmane osjetila (slušne halucinacije), nesuradljiv, verbalno agresivan. Disociranog tijeka misli, uz sumanute ideje proganjanja, te religiozne ideje (osoblje bolnice smatra opsjednutim). Nema uvida u vlastito stanje, te se ne distancira od mogućnosti auto ili heteroagresije.

Iz navedenog slučaja prilično je jasno kako su zadovoljeni svi kriteriji za provedbu prisilnog zadržavanja. Osoba ima težu duševnu smetnju, nije u mogućnosti shvatiti značenje svog postupanja u tolikoj mjeri da joj je nužna psihijatrijska pomoć, ozbiljno i izravno ugrožava svoj život, zdravlje i sigurnost, a potencijalno i život i sigurnost drugih

osoba s obzirom na sumanute ideje proganjanja te obmane osjetila (5). Kao što je vidljivo iz primjera, postupak prisilne hospitalizacije, iako se njime oduzima pravo na slobodu, provodi se sukladno zakonu, te kao neizbježan i nužan način pružanja pomoći osobi s težom duševnom smetnjom.

10. ZAKLJUČAK

Za širu javnost provedba prisilne hospitalizacije predstavlja duboko kontroverznu medicinsku intervenciju koja je prikazana kao sredstvo moći kojom se pojedincu oduzima sloboda, te mu se ograničavaju temeljna ljudska prava. No ona je zapravo jedina, nužna i zaštitna mjera očuvanja i održanja života i zdravlja kod osobe koja nema očuvane mentalne kapacitete da bi mogla vladati svojom voljom ili da bi mogla shvatiti značenje svojih postupaka (1, 5).

Iako prisilna hospitalizacija zadire u temeljna ljudska prava, ona je zakonit postupak. Regulirana je nizom međunarodnih dokumenata kojima se propisuju standardi psihijatrijskog postupanja prema osobama s duševnim smetnjama. U Republici Hrvatskoj Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama definirao je uvjete provedbe prisilne hospitalizacije, koja kao takva podliježe sudskoj provedbi i kontroli (8, 35).

Premda se prisilnom hospitalizacijom i dalje izaziva sukob između etičkih, političkih, pravnih, medicinskih i ekonomskih razloga, ona se, kao prisilna mjera liječenja kod osoba s težom duševnom smetnjom provodi kao posljednje sredstvo za sprječavanje ugroze vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti, odnosno u najboljem interesu bolesnika ili zajednice (1, 63).

11. ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici redovitoj. prof. dr. sc. Slađani Štrkalj Ivezić na pruženoj pomoći u pisanju diplomskog rada.

Zahvaljujem svojoj obitelji na strpljenju, pomoći i razumijevanju koje su pokazali za vrijeme izrade ovog rada.

12. LITERATURA

1. Goreta M, Jukić V, Bertolote JM, Bošković G, Dika M, Dujmić S i sur. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama: ideje, norme implementacija, evalvacija. Zagreb: Medicinska naklada; 2000, str. 56-57, 72-76.
2. Hotzy F, Kerner J, Maatz A, Jaeger M, Schneeberger AR. Cross-Cultural Notions of Risk and Liberty: A Comparison of Involuntary Psychiatric Hospitalization and Outpatient Treatment in New York, United States and Zurich, Switzerland. *Front Psychiatry*. 2018 Jun 19;9:267. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00267>
3. Šendula Jengić V, Katalinić S. Krizna stanja i primjena mjera prisile u psihijatriji. *Zbornik Pravnog fakakulteta Sveučilišta u Rijeci*. 2017; 38(3):1225-37. doi: <https://doi.org/10.30925/zpfsr.38.3.11>.
4. Dreßing H, Salize HJ. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2004 Oct; 39(10):797-803. doi: 10.1007/s00127-004-0814-9.
5. Štrkalj-Ivezić S ur., Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim poremećajima: smjernice za primjenu prisilne hospitalizacije u praksi. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Udruga Svitanje; 2011, str. 9-26, 35-49, 53-61, 70-95, 119, 143.
6. Cerjan-Letica G, Letica S, Babić-Bosanac S, Mastilica M, Orešković S. Medicinska sociologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2003, str. 83-87.
7. Goreta M, Jukić V, Turković K, Bagarić Š, Beus J, Bojić M i sur., Psihijatrija i zakon: materijal s tečaja Novo hrvatsko zakonodavstvo i njegovo značenje za psihijatrijsku praksu, Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče; 1998, str. 12-14, 20, 61.
8. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama [Internet]. *Narodne novine* br. 76/14. [pristupljeno 12.02.2019.]. Dostupno na: https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_06_76_1414.html

9. Omer Ćemalović O, Mujkić E. Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj osoba sa duševnim smetnjama u zdravstvene ustanove: medicinski i pravni aspekti. ResearchGate [Internet]. 2014 Sept [pristupljeno 18.02.2019.]. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/269408046_Prisilno_zadrzavanje_i_prisilni_smjestaj_osoba_sa_dusevnim_smetnjama_u_zdravstvene_ustanove_-_medicinski_i_pravni_aspekti
10. Zakon o zdravstvenoj zaštiti [Internet]. Narodne novine br. 100/2018. [pristupljeno 12.02.2019.]. Dostupno na: https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html
11. Grozdanić V. Komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Rijeka: Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2015, str. 13-18, 27-36, 96, 110-151.
12. Moro Lj, Frančišković T, Galić-Miljanović R, Graovac M, Grković J, Gudelj L i sur. Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije. Rijeka: Glosa; 2004, str. 21-26.
13. Muk B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: udžbenik za peti razred medicinske škole. Zagreb: Školska knjiga; 2014, str. 16-20.
14. Hotujac Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006, str. 1-6.
15. Lumen learning Mental Health Treatment: Past and Present. [Internet]. OpenStax College. [pristupljeno 10.03.2019.]. Dostupno na: <https://courses.lumenlearning.com/ws-u-sandbox/chapter/mental-health-treatment-past-and-present/>
16. Glavina C. Mračna prošlost duševnih bolnica. Tjedno.hr [Internet]. 2014 listopad 5 [pristupljeno 08.03.2019.]. Dostupno na: <http://www.tjedno.hr/mracna-proslost-dusevnih-bolnica/>

17. Scull A. Ludilo u civilizaciji: kulturna povijest umobolnosti od Biblije do Freuda, od ludnice do moderne medicine. London: Sandorf; 2015, str. 204, 280-282, 335.
18. Augustyn A, Bauer P, Duignan B, Eldridge A, Gregersen E, McKenna A i sur. Philippe Pinel: French physician. U: Encyclopaedia Britannica [Internet]. 2008 [ažurirano 16.03.2019.; pristupljeno 18.03.2019.]. Dostupno na: <https://www.britannica.com/biography/Philippe-Pinel>
19. Sedić B. Psihijatrijska njega psihijatrijskih bolesnika: udžbenik za studij sestriinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007, str. 3-7.
20. Malcolm L, Blumer C. Madness and insanity: A history of mental illness from evil spirits to modern medicine. ABC Health & Wellbeing [Internet]. 2016 Aug 2 [pristupljeno 15.03.2019.]. Dostupno na: <https://www.abc.net.au/news/health/2016-08-02/mental-illness-and-insanity-a-short-cultural-history/7677906>
21. Hussung T. Concordia University: blog & news updates [Internet]. Saint Paul: Tricia Hussung 2016 Oct [pristupljeno 10.03.2019.]. Dostupno na: <https://online.csp.edu/blog/psychology/history-of-mental-illness-treatment>
22. Martisiute L. The horrifying “cures” of Dr. Henry Cotton-America’s biggest quack. All That’s Interesting [Internet]. 2017 Nov 13 [pristupljeno 08.03.2019.]. Dostupno na: <https://allthatsinteresting.com/henry-cotton>
23. Kaushik HP. Henry Cotton: The psychiatrist who tried to ‘cure’ his patients by removing their teeth. Amusing planet [Internet]. 2019 [pristupljeno 06.03.2019.]. Dostupno na: <https://www.amusingplanet.com/2019/01/henry-cotton-psychiatrist-who-tried-to.html>
24. Sabbatini RME. The history of shock therapy in psychiatry. Columbia Law School [Internet]. [pristupljeno 06.03.2019.]. Dostupno na: http://library.law.columbia.edu/urlmirror/CJAL/14CJAL1/shock_i.htm

25. O`Mara S. The ice pick lobotomy. Science gallery [Internet]. [pristupljeno 08.03.2019.]. Dostupno na: <https://dublin.sciencegallery.com/failbetter/icepicklobotomy/>
26. Tartakovsky M. The Surprising History of the Lobotomy. PsychCentral [Internet]. 2018 [pristupljeno 08.03.2019.]. Dostupno na: <https://psychcentral.com/blog/the-surprising-history-of-the-lobotomy/>
27. Kljunak L J. Etika korištenja podataka dobivenih iz nacističkog eksperimentiranja na ljudima u znanosti. Hrvatski časopis za javno zdravstvo: 2008 listopad; 4(16). Dostupno na: <https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/931/892>
28. van Voren R. Political abuse of psychiatry--an historical overview. Schizophr Bull. 2010;36(1):33–5. doi:10.1093/schbul/sbp119
29. Kozumplik O. Čimbenici u primjeni mjera prisilnog liječenja osoba s duševnim smetnjama [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2005.
30. Goreta M. Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu. Zagreb: Naklada Zadro; 2009, str. 10-24, 44.
31. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry. 2004; 184(2): 163-8. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.163>
32. Folnegovic-Šmalc V, Ljubin T, Uzun S, Šendula-Jengiđ V. Involuntary admission in two psychiatric hospitals from different from different catchment areas in Croatia six months after implementation of the Law on Mental Health. Društvena istraživanja. 2000;1(45):103-113.
33. Grozdanić V, Tripalo D. Novosti u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu [Internet]. 2013 [pristupljeno 18.06.2019.];20(2):795-820. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/143551>
34. Pučki pravobranitelj. Ljudska prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u okviru djelovanja Nacionalnog preventivnog mehanizma u 2014.

godini. [pristupljeno 05.06.2019.]. Dostupno na:

https://ombudsman.hr/images/Osobe_s_du%C5%A1evnim_smetnjama_u_psihijatrijskim_ustanovama_-_PP.pdf

35. Vlada Republike Hrvatske Ured za ljudska prava. Nacionalni program zaštite i promicanja ljudskih prava od 2008. do 2011. godine. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske ;2007. [pristupljeno 27.05.2019.]. Dostupno na:

<https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/2016/Sjednice/Arhiva/271-03.pdf>

36. Čizmić J. Zadržavanje duševno bolesnih osoba u zdravstvenoj ustanovi prema pravnom uređenju u Federaciji Bosne i Hercegovine. Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu. 2012;63(3-4):569-91.

37. Nacionalni program zaštite i promicanja ljudskih prava od 2008. do 2011. godine [Internet]. Narodne novine br. 119/07. [pristupljeno 03.06.2019.]. Dostupno na:

https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_11_119_3438.html

38. Čatipović I, Grubišić A, Kerin K. Teorijsko - istraživački osvrt na osobe s duševnim smetnjama u kaznenopravnom aspektu. Pravnik [Internet]. 2010 [pristupljeno 01.06.2019.]; 44(89):53-66. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/98004>

39. Hrvatska Pučki pravobranitelj. 65 godina Europske konvencije o ljudskim pravima. [pristupljeno 01.06.2019.]. Dostupno na:

<https://ombudsman.hr/hr/mns/clps/1396-65-godina-europske-konvencije-o-ljudskim-pravima>

40. Vlada Republike Hrvatske, Ured zastupnika Republike Hrvatske pred Europskim sudom za ljudska prava. Konvencija. [Internet].[pristupljeno 03.06.2019.]. Dostupno na: <https://uredzastupnika.gov.hr/konvencija-437/437>

41. Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda [Narodne novine- Međunarodni ugovori br. 18/97, 6/99, 8/99, 14/02, 1/06]; [Internet]. Rim: Usud.hr; [pristupljeno 03.06.2019.]. Dostupno na:

https://www.usud.hr/sites/default/files/doc/KONVENCIJA_ZA_ZASTITU_LJUDSKIH_

[PRAVA_I_TEMELJNIH_SLOBODA_s_izmjenama_i_dopunama_iz_PROTOKOLA_br._14.pdf](#)

42. Babić-Bosanac S. Zaštita prava na slobodu prisilno hospitaliziranih duševno oboljelih osoba pod okriljem članka 5. Europske konvencije o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda. Pravni vjesnik. 2009; 25(1): 41-64.

43. Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. Osobe s invaliditetom. [Internet]. [pristupljeno 05.06.2019.]. Dostupno na: <https://mdomsp.gov.hr/istaknute-teme/osobe-s-invaliditetom-i-starije-i-nemocne-osobe/osobe-s-invaliditetom-1740/1740>

44. Pravobranitelj za osobe s invaliditetom. Pojmovnik : UN-ova Konvencija o pravima osoba s invaliditetom. [Internet]. [pristupljeno:14.05.2019.]. Dostupno na: <http://posi.hr/pojmovnik/>

45. Ujedinjeni Narodi. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom. 2006. [pristupljeno:14.05.2019.] Dostupno na: http://www.krila.hr/UserDocImages/Konvencija_UN.pdf

46. Grubišić M. Međunarodnopravni mehanizmi zaštite osoba s duševnim smetnjama. Rijeka: Pravni fakultet sveučilišta u Rijeci; 2016.

47. Sabor Republike Hrvatske. Ustav Republike Hrvatske. Zagreb. NN 42/101

48. Jukić V, Ostojić D. Hitna stanja u psihijatriji. Zagreb: Medicinska zaklada, Klinika za psihijatriju Vrapče; 2018, str. 125-129, 143-146.

49. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama [Internet]. Narodne novine 79/2002. [pristupljeno:14.05.2019.] Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2002_07_79_1271.html

50. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama [Internet]. Narodne novine 111/1997. [pristupljeno:14.05.2019.] Dostupno na: <https://narodne->

novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1997_10_111_1672.html

51. Vučemilo L. Uvažavanje prava bolesnika na obavještenost o medicinskom postupku tijekom bolničkoga liječenja u Hrvatskoj [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015.
52. Gazdek D. Informirani pristanak u liječenju ovisnosti o opijatima [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2011.
53. Zakon o zaštiti prava pacijenata: urednički pročišćeni tekst [Narodne novine br. 169/04, 37/08.]; [Internet]. Zagreb: Propisi.hr; [pristupljeno 29.05.2019.]. Dostupno na: <http://www.propisi.hr/print.php?id=3388>
54. Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini [Internet]. Narodne novine – Međunarodni ugovori br. 13/2003, 18/2003. [pristupljeno 01.06.2019.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/2003_08_13_109.html
55. Grozdanić V. Bioetička senzibilitet Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilište u Rijeci. 2017; 38(3): 929-46.
56. Goreta M. Načelo razmjernosti u psihijatrijskoj teoriji i praksi. Zagreb: Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče; 2012.
57. Naputak o postupanju policije u dovođenju osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu [Internet]. Narodne novine br.50/2015. [pristupljeno 10.06.2019.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_05_50_990.html
58. Štojs T. Istraživanja na ljudskim subjektima – povijesni razvoj, načela i primjeri neetičnih postupanja. Nova prisutnost [Internet]. 2014 [pristupljeno 17.06.2019.];12(1):91-111. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/118545>
59. Korać Graovac A, Čulo A. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom - novi pristup shvaćanju prava osoba s duševnim smetnjama. Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu [Internet]. 2011 [pristupljeno 09.06.2019.];61(1):65-109. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/65250>

60. Vijeće Europe. Europska konvencija o sprječavanju mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Strasbourg; 2002 ožujak. [pristupljeno 23.06.2019.]. Dostupno na: http://www.coe.int/en/web/cpt/about-the-cpt_HR
61. Roksandić Vidlička S, Galiot V. Eksperimenti na ljudima kao zločin protiv čovječnosti: od Nürnberškog medicinskog suđenja do predmeta Pfizer. Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske [Internet]. 2016 [pristupljeno 18.06.2019.];7(1):186-253. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/164184>
62. Odbor za prava osoba s invaliditetom. Smjernice o članku 14. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom: Pravo na slobodu i sigurnost osoba s invaliditetom. Ženeva; 2015 rujan. [pristupljeno 21.06.2019.]. Dostupno na: https://mdomsp.gov.hr/userdocsimages/zgrbac/Smjernice_o_clanku_14._%20Konvencije_o_pravima_osoba_s_invaliditetom.pdf
63. Goreta M. Prilozi za univerzalnu teoriju i praksu prisilnog psihijatrijskog tretmana. Zagreb: Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče; 2018, str.49-53, 59, 76-78, 80-85.
64. Rittossa D. Ustavnopravna zaštita prava osoba s duševnim smetnjama. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. 2017. [pristupljeno 21.04.2019.]; 38(3):1057-6. Dostupno na: <https://doi.org/10.30925/zpfsr.38.3.6>.
65. Grozdanić V, Rittossa D. Prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u Republici Hrvatskoj. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilište u Rijeci [Internet]. 2017 [pristupljeno 15.04.2019.];38(3):947-981. <https://doi.org/10.30925/zpfsr.38.3.2>
66. Mihanović M, Restek-Petrović B, Babić G, Šain I, Telarović S, Žilić-Džeba J. Involuntary Hospitalizations in the Psychiatric Hospital »Jankomir« Before and Following the Alterations and Amendments Made to ZZODS. Collegium antropologicum [Internet]. 2004 [pristupljeno 24.07.2019.];28(1):385-391. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/4920>
67. Potkonjak J, Karlović D. Sociodemographic and Medical Characteristics of Involuntary Psychiatric Inpatients - Retrospective Study of Five-Year Experience with

Croatian Act On Mental Health. Acta Clin Croat [Internet]. 2008 [pristupljeno 23.07.2019.];47(3):141-147. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/30829>

68. Svjetsko medicinsko udruženje. Helsinška deklaracija. Acta stomatol Croat [Internet]. 2000 [pristupljeno 01.07.2019.];34(3):341-342. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/11452>

69. Jukić V. Etički problemi na području psihijatrije. Bogoslovska smotra [Internet]. 1996 [pristupljeno 30.07.2019.];66(4):691-703. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/32278>

Tablice

Tablica 1. Proceduralna regulativa za prisilno liječenje zemalja članica EU. Prema: Salize i Dressing (2004), str. 166. (31). Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry. 2004; 184(2): 163-8. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.163>

Tablica 2. Broj postupaka prisilne hospitalizacije pri županijskim sudovima u Osijeku, Rijeci, Splitu, Zagrebu u razdoblju 2010.-2012. godine. Prema: Grozdanić i Tripalo (2013), str. 804. (33). Grozdanić V, Tripalo D. Novosti u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu; 2013.

Tablica 3. Omjer broja prisilno smještenih osoba prema broju svih hospitaliziranih u psihijatrijskim ustanovama, listopad 2012. Prema: Grozdanić i Tripalo (2013), str. 804-805. (33). Grozdanić V, Tripalo D. Novosti u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu; 2013.

Tablica 4. Prikaz broja dobrovoljno smještenih osoba, osoba smještenih bez pristanka i prisilno smještenih osoba. Prema: Pučki pravobranitelj (2015), str. 3. (34). Pučki pravobranitelj. Ljudska prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u okviru djelovanja Nacionalnog preventivnog mehanizma u 2014. godini. [pristupljeno:05.06.2019. Dostupno ne: https://ombudsman.hr/images/Osobe_s_du%C5%A1evnim_smetnjama_u_psihijatrijskim_ustanovama_-_PP.pdf

Grafovi:

Graf 1. Udio prisilno smještenih u ukupnom broju pacijenata Prema: Pučki pravobranitelj (2015), str. 3.(34). Pučki pravobranitelj. Ljudska prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u okviru djelovanja Nacionalnog preventivnog mehanizma u 2014. godini. [pristupljeno:05.06.2019.] Dostupno na [:https://ombudsman.hr/images/Osobe_s_du%C5%A1evnim_smetnjama_u_psihijatrijskim_ustanovama_-_PP.pdf](https://ombudsman.hr/images/Osobe_s_du%C5%A1evnim_smetnjama_u_psihijatrijskim_ustanovama_-_PP.pdf)

Graf 2. Prikaz bolesnika prema spolu Prema: Pučki pravobranitelj (2015), str. 3.(34). Pučki pravobranitelj. Ljudska prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u okviru djelovanja Nacionalnog preventivnog mehanizma u 2014. godini. [pristupljeno:05.06.2019.] Dostupno na: https://ombudsman.hr/images/Osobe_s_du%C5%A1evnim_smetnjama_u_psihijatrijskim_ustanovama_-_PP.pdf

13. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci: Diana Levar

Adresa prebivališta: Lug Zabočki 41, 49210 Zabok

Datum rođenja: 21.08.1987.

E- mail adresa: levardiana@gmail.com

OBRAZOVANJE U STRUCI:

2017. - 2019. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u
Zagrebu

2010. - 2014. Preddiplomski studij Sestrinstva na Sveučilištu Sjever, Sveučilišni centar
Varaždin

2002. - 2006. Srednja škola za medicinske sestre, Srednja škola Pregrada

DODATNO OSPOSOBLJAVANJE:

2017. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet - Centar za obrazovanje nastavnika-
Potvrda o pedagoško-psihološko-didaktičko-metodičkom obrazovanju

2017. Ministarstvo rada i mirovinskog sustava - Uvjerenje o položenom općem i
stručnom dijelu stručnog ispita za stručnjaka zaštite na radu

2016. Hrvatski zavod za hitnu medicinu - Certifikat za nacionalnog instruktora
Edukacijskih vježbi za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice

RADNO ISKUSTVO:

2012. Rad u Zavodu za hitnu medicinu Krapinsko-zagorske županije, Krapina
Radno mjesto: Prvostupnik sestrinstva u medicinsko prijavno - dojavnoj jedinici

2009. - 2012. Rad u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući „Hipokrat“, Krapina

2008. - 2009. Rad u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući „Medialis“, Zagreb

2006. - 2007. Pripravnički staž u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju,
Krapinske toplice

OSOBNE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE:

2012. Položen tečaj: „Tečaj za dispečere medicinsko prijavno-dojavne jedinice“,
Hrvatski zavod za hitnu medicinu

2015. Položen tečaj: „Medical response to major incidents course-MRMI“, Hrvatski
zavod za hitnu medicinu

2016. Položen tečaj „Osnovne mjere održavanja života uz upotrebu automatskog
vanjskog defibrilatora, Hrvatski zavod za hitnu medicinu

STRANI JEZIK:

Njemački jezik:

Razumijevanje				Govor				Pisanje	
Slušanje		Čitanje		Govorna interakcija		Govorna produkcija			
B1	Samostalni korisnik	B1	Samostalni korisnik	B1	Govorna interakcija	B1	Govorna produkcija	A2	Samostalni korisnik

Engleski jezik:

Razumijevanje				Govor				Pisanje	
Slušanje		Čitanje		Govorna interakcija		Govorna produkcija			
B1	Samostalni korisnik	B1	Samostalni korisnik	B1	Govorna interakcija	B1	Govorna produkcija	A1	Samostalni korisnik

OSTALE VJEŠTINE

Računalne vještine: Osnove rada na računalu, rad u MS Office, rad na e-hitna, poznavanje i praćenje rada Cloud sustava za nadzor vozila, rad na „tetra“ sustavu

Organizacijske vještine i kompetencije: Organizacija rada, koordinacija rada i usmjeravanje ekipa na terenu

Vozačka dozvola: B

