

Etički standardi u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja

Bektić Hodžić, Jasminka

Master's thesis / Diplomski rad

2015

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:105:809926>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-03**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

JASMINKA BEKTIĆ HODŽIĆ

Etički standardi u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

JASMINKA BEKTIĆ HODŽIĆ

Etički standardi u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju Vrapče, pod vodstvom prof.dr.sci. Slađane Štrkalj-Ivezić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014/2015.

SADRŽAJ

I. UVOD	1
1. Etika.....	2
1.1. Uporišne točke povijesti etike	2
2. Medicinska etika	4
3. Etika u psihijatriji	5
4. Etika u psihijatrijskoj praksi	7
4.1. Etički i profesionalni temelj odnosa liječnik-bolesnik	8
4.2. Povjerljivost	9
4.3. Informirani pristanak	9
4.4. Sposobnost davanja pristanka.....	10
4.5. Informiranost	11
4.6. Dobrovoljno davanje pristanka	12
4.7. Smještaj bez pristanka	12
4.8. Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj	13
4.9. Biomedicinska istraživanja	16
4.10. Stigma duševne bolesti	19
4.11. Psihijatrija u zajednici	20
4.12. Mjere prisile prema osobama s težim psihičkim smetnjama	21
4.13. Primjena mjera prisile	22
II. MEĐUNARODNI I NACIONALNI OKVIR ZAŠTITE OSOBA S PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA	26
1. Opća deklaracija o ljudskim pravima	27
2. Havajska deklaracija	28
3. Madridska deklaracija	30

4. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom	35
5. Načela osobe s mentalnim oboljenjima i unapređenje mentalnog zdravlja	36
6. Standardi Europskog odbora za sprječavanje mučenja i neljudskog ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja	37
7. Nacionalni okvir	45
III. MONITORING LJUDSKIH PRAVA	48
1. Pregled izvješća monitoringa CPT-a nakon posjete RH	51
2. Izvješće Nacionalnog preventivnog mehanizma	57
IV. ZAKLJUČCI.....	67
V. ZAHVALA	70
VI. LITERATURA.....	72
VII. ŽIVOTOPIS.....	77

POPIS OZNAKA I 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

KP - Klinika za psihijatriju

NPB - Neuropsihijatrijska bolnica

NPM - Nacionalni preventivni mehanizam

PB - psihijatrijska bolnica

RH - Republika Hrvatska

UN - Ujedinjeni narodi

WPA- Svjetsko udruženje psihijatara

ZZODS - Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

Etički standardi u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja

Jasminka Bektić Hodžić

SAŽETAK:

Unatoč afirmaciji Opće deklaracije o ljudskim pravima, osobe oboljele od psihičkih poremećaja širom svijeta nerijetko su izložene nečovječnom i ponižavajućem postupanju, jer je stigma vezana uz psihičku bolest još uvijek prisutna. Često su predmet diskriminacije u zajednici, uskraćene za osnovna ljudska prava, koja su zagantirana svim ljudskim bićima. Ponekad su izložene nečovječnom i ponižavajućem postupanju i u ustanovama koje im trebaju osigurati liječenje i zdravstvenu njegu.

U svrhu zaštite prava osoba oboljelih od psihičkih poremećaja definirani su etički standardi vezani uz psihijatrijsku praksu, sadržani u Madridskoj deklaraciji.

Zbog povećanog rizika za kršenje ljudskih prava oboljelih od psihičkih poremećaja postoje brojna tijela koja prate ovo područje te o stanju ljudskih prava oboljelih od psihičkih poremećaja redovito izvještavaju državna i međunarodna tijela zadužena za zaštitu ljudskih prava.

Ključne riječi: psihički poremećaji, ljudska prava, etički standardi, zaštita osoba s psihičkim poremećajima

I. UVOD

1. Etika

Etiku se određuje kao disciplinu koja se bavi proučavanjem smisla i ciljeva moralnih htijenja te načina ljudskog ponašanja kao skupa navika gledanih s moralnog stajališta te se govori o dobrom i lošem, poštenom i nepoštenom, dopuštenom i nedopuštenom ponašanju, što se posebno naglašavalo u razdoblju između 1940.-1950. (Kocijan-Hercigonja, 2006; Folnegović-Šmalc, 2007).

Tumačenje riječi etika krije se u korijenu grčke riječi „ethos“ koja znači boravište, ćud, karakter. Stari su Grci vrijednosne kriterije za dobro ljudsko djelovanje i ispravno ponašanje, a kasnije i znanost o ponašanju nazivali „ethike tehne“. S vremenom se ta sintagma skratila samo na ethike. Rimljani su taj termin latinizirali u „ethica“ i tim nazivom se danas koristi većina europskih naroda (Kalauz, 2012).

Čovjek je zaokupljen promišljanjem mjerila prema kojima se treba ravnati i prosuđivanjem ispravnosti svojih postupaka otkada postoji. Tu normativnu dimenziju ljudskog djelovanja nazivamo moralom. Refleksiju kojom se procjenjuje moralna ispravnost nakane nazivamo moralnom refleksijom (Čović, 2010).

Zadaću da teorijski objasni moral ima etička refleksija, odnosno etika. Etiku kao teoriju o moralu može se uzeti u širem ili striktnom značenju. Etika u širem smislu postoji otkada čovjek razmišlja o moralnom fenomenu, odnosno postoji izvan i prije filozofije, posebice je prisutna u religiji i umjetnosti. Etika u striktnom smislu, kao filozofska disciplina počinje sa Aristotelom (Čović, 2010)

1.1. Uporišne točke povijesti etike

Filozofska etička refleksija počinje se razvijati u razdoblju od 8. do sredine 6. stoljeća prije Krista. U to vrijeme u starogrčkom svijetu dešavale su se velike promjene. Nestajali su stari patrijarhalni odnosi, a zamijenio ih je grad-država u kojoj je na jednoj strani jačala samovolja robovske vlastele, a na drugoj se strani razvijala nova građanska klasa koju su činili obrtnici i trgovci. Upravo je ta nova klasa snažno utjecala na razvoj filozofske i etičke misli toga doba.

Najveći mislilac toga doba bio je Tales kojeg se smatra tvorcem filozofije. Poznat je kao prva osoba za koju se zna da je ponudila racionalna objašnjenja za prirodne fenomene, a ne mitološka ili teološka. Tales se bavio i etičkim pitanjima od kojih je najvažniji odgovor na pitanje kako se može najbolje i najpravednije živjeti: „Kad sami ne činimo ono zbog čega druge korimo“.

Pitagora i njegovi učenici stvorili su prvu znanstvenu etiku i prvi etički sustav. Pitagorini etički pojmovi imali su matematički oblik te su simboli zamjenjivali definicije. Svoju etiku nisu odvajali od politike i težili su da etička shvaćanja postanu svakodnevni način života. Prvi su u helenskom svijetu priznali ravnopravnost ženama i posebnu pozornost su posvećivali njihovom obrazovanju.

Jednim od najrevolucionarnijih mislilaca u povijesti filozofije smatra se Heraklit. Osnovna načela njegove etike su bila predanost općem zakonu i samokontrola. Njegov opći zakon je zapravo bio božanski zakon koji vlada svemirom. Isticao je važnost općeg zakona u kontekstu socijalno-etičkih i etičko-političkih stajališta o državi kao izvoru svih društvenih normi kojima građani trebaju podvrgnuti svoj način života.

Mislilac koji je spoznaju dijelio na osjetilnu i razumsku, pa je tako zadovoljstvo podijelio na osjetilno i duhovno bio je Demokrit. Demokrit je prvi helenski etičar koji govori o autonomiji moralne svijesti i o savjesti kao vrhovnoj moralnoj instanciji. Prvi je postavio etičko načelo najvišega dobra, koje je bilo prihvaćeno u razvoju etike.

Početak 5. stoljeća pojavljuje se sofistika koja odražava duh toga doba. Sofisti su, podučavajući retoriku, politiku i filozofiju pripremali ljude za politički život u uvjetima demokracije. Sofistika se razlikovala od starije grčke filozofije u predmetu kojim se bavila, a njega su činili čovjek, civilizacija i običaji. U sofistici istina prvi put u filozofiji pada u zaborav a zamjenjuje je privid, individualni osjetilno-razumski doživljaj.

Mislilac koji je oštro kritizirao sofističku filozofiju bio je Sokrat. Temeljna misao Sokratove etike je jedinstvo teorije i prakse. Radikalno je odbacio svu osjetilnost i osjećajnost, isticao je razum kao zadnji kriterij moralnih postupaka. Temelj svoje etike Sokrat je postavio u ljudsku prirodu i dobro ljudske prirode kao takve. Za Sokrata su etičke vrijednosti nepromjenjive i pokušao ih je odrediti općim definicijama kako bi bile vodilje i norme ljudskog ponašanja.

Najveći Sokratov učenik i sljedbenik bio je Platon, koji je produktivno razvio njegovo učenje. Platona se smatra jednim od najvećih imena u povijesti filozofije. Temelj Platonove filozofije je idealizam. Prema Platonu čovjek je podvojeno biće koje ima fizičko tijelo koje je prolazno i nerazriješivo povezano s osjetilnim svijetom i besmrtnu dušu. Platon je potanko

razvio sustav odgoja jer prema njemu upravo odgoj treba razviti i oblikovati ono što se nalazi u svačijoj duši. Utvrdio je prednost umne spoznaje pred onom osjetilnom, polazeći od ideje dobra. Raščlanio je ideju pravednosti i zahtijevao vladavinu najmudrijih. U središte zbivanja postavio je svijet ideja kao vječnih i nepromjenjivih bitnosti.

Platonov učenik koji slovi kao začetnik mnogih filozofskih i znanstvenih disciplina bio je Aristotel. Aristotel je razvio poziciju filozofskog realizma koji se zasniva na empirijskoj metodologiji. On određuje etičku vrlinu kao odabirnu sklonost ili stanje volje. Sredina ili srednjomjernost osnovni je princip Aristotelove etike i cijelog njegovog sustava filozofije.

U novom helenističkom razdoblju, nestankom grčkog polisa, razvile su se epikurejska i stoička filozofska škola. Osnivač i glavni predstavnik epikurejske škole bio je Epikur koji je svoje etičko učenje vezivao uz hedonistički princip, zadovoljstvo pojedinca, kao najveću vrijednost. Suprotno hedonističkoj školi, stoička škola čiji je osnivač bio Zenon smisao traži u askezi, strogoj vrlini odricanja. Zenon je u etiku uveo pojam dužnosti.

Iz navedenog je vidljivo da je starogrčka etika bila temelj mnogobrojnih etičkih teorija i smjerova. Tako kod Demokrita i Zenona nalazimo začetnike etike dužnosti koju je Kant razvio i dao joj klasični oblik. Kant je izveo cjeloviti prevrat u filozofiji i postavio je nove temelje spoznajne teorije (Kalauz, 2012).

2. Medicinska etika

Sve stručne discipline, osobito one koje se neposredno bave ljudima, imaju svoju profesionalnu etiku. Profesionalna etika odnosi se na skup načela koja reguliraju praksu, odnosno odnos sa korisnicima usluga, mjere i aktivnosti koje provodi. Etičke norme predstavljaju refleksi društvene zajednice i trebaju korespondirati sa načelima same struke i trebaju biti obvezujuće za sve njezine članove (Perković, 2015).

Medicinska etika nastala je prije 2500 godina na maloazijskom otoku Kosu na kojem se rodio i medicinski obrazovao Hipokrat, uz kojeg se veže liječnička zakletva. To je i danas ključni dokument medicinske etike, jer se u cjelini bavi etičkim načelima i normama vezanim uz liječničku profesiju, pa su se na nju nadovezali ostali etički kodeksi liječnika. To je ujedno i prvi poznati takav dokument.

Hipokratova je zakletva odigrala veliku ulogu u formiranju europsko-američkog moralnog sustava. S vremenom su se njene moralne ideje širile i na druge medicinske, odnosno zdravstvene struke, pa se danas cijela ta građevina naziva medicinskom etikom. To

je zapravo sintetički izraz za moralna načela i pravila različitih profesionalnih skupina u medicini i u vezi s njom, kao što su liječnici, medicinske sestre, stomatolozi, apotekari, medicinski znanstveni istraživači i drugi.

Sintagma „medicinska etika“ vrlo je mlada. Potječe s početka 19. stoljeća. Prvi puta je u javnu uporabu ušla 1803., kada je u Manchesteru objavljena knjiga bolničkog liječnika T. Percivala pod naslovom „Code of Ethics“. Tridesetak godina kasnije pojavio se termin „deontologija“ koji je smislio engleski filozof J. Bentham, pa je s vremenom nastala sintagma „liječnička deontologija“ pod kojom se dugo podrazumijeva medicinska etika, iako je deontologija ustvari jedna od teorija u medicinskoj etici i jedan od pristupa etičkim problemima na koju se nikako ne može svesti cijela medicinska etika.

Smisleni sadržaj sintagme „medicinska etika“ nije precizno određen. Od njenog nastanka pa do danas različito se koristi. U anglosaksonskim zemljama „medical ethic“ je, pogotovo u prošlosti, označavao obrazovanje koje je bilo nametnuto da bi se prenijela pravila „medicinske etike“. Neki autori taj termin rabe u smislu „etike u medicini“ odnosno kao gledanje medicine iznutra, kao što je, na primjer, klinička etika, pedijatrijska, psihijatrijska i sl. Drugi, pak, u smislu „etike o medicini“, odnosno kao etički pogled na medicinu izvana s obzirom na tehnološki i znanstveni razvoj koji otvara mnoga etička pitanja (Šegota, 1994).

3. Etika u psihijatriji

Etika u psihijatriji razvila se u samostalnu disciplinu medicinske etike, zbog niza specifičnosti. Odlučujuću ulogu u definiranju psihijatrijske etike ima bolesnik koji boluje od psihičkog poremećaja. Razlog tome je što bolesnik, radi same prirode njegove bolesti, može biti lišen sposobnosti donošenja racionalnih odluka, to jest zastupanja vlastitih interesa u ostvarivanju općih ljudskih prava i sloboda namijenjenih svakom čovjeku. Upravo iz navedenog razloga proizlazi potreba za razvojem niza moralnih i pravnih normi u svrhu zaštite bolesnika oboljelih od psihičkih poremećaja (Jukić, 2007).

Povijest psihijatrije povezana je sa poviješću skrbi za psihijatrijske bolesnike. Njezino pred znanstveno razdoblje seže od početka razvoja civilizacija pa do polovice 19. stoljeća a obilježeno je mističnim i religioznim tumačenjima nastanka duševnih bolesti, za koje se smatralo da su izazvane nadnaravnim uzrocima.

Stare civilizacije Asiraca, Babilonaca, Židova, Egipćana i Feničana povezivale su pojavu duševnih bolesti s bogovima ili demonima, pa se u liječenju takvih bolesti primjenjivala vraćanje, egzorcizam i slično.

U starih Grka i Rimljana poboljšao se odnos prema duševnim bolesnicima, iako se njima i dalje nisu bavili liječnici, nego ponajprije svećenici i filozofi. S duševnim bolesnicima postupalo se humano. Njihovo liječenje bilo je usmjereno na gimnastiku i čitanje, što je donekle obilježje psihoterapijskog pristupa. U to je doba Hipokrat prvi povezo psihičke i psihopatološke pojave uz bolesti mozga.

Uzroke duševnih poremećaja arapska je civilizacija sa svojim znamenitim liječnikom Avicenom vidjela u tjelesnim poremećajima (crnoj žuči koja uzrokuje pojavu melankolije) a liječenje je zasnivala na čitanjima pjesama, razgovorima i terapiji radom.

Kršćanska je civilizacija u shvaćanje duševnih poremećaja ponovo uvela nadnaravne sile. Smatralo se da one opsjedaju duševne bolesnike, a terapijski se pristup zasnivao na njihovu istjerivanju molitvama, rukopolaganju i drugim magično-religioznim obredima. Njega takvih bolesnika nije se prepuštala liječnicima, nego su oni bili osuđivani na lomaču ili bacani u tamnice i ondje vezivani lancima. To je razdoblje potrajalo gotovo tisuću godina.

Protiv zlostavljanja i nemedicinskog shvaćanja duševnih bolesti prvi je ustao Paracelsus. Stajalište prema duševnim bolesnicima postupno se mijenjalo, pa je 1718. u Britaniji izdan zakon o osnutku komisije koja je bila ovlaštena štiti interese duševnih bolesnika.

Prekretnicu u odnosu prema duševnim bolesnicima donijela je Francuska revolucija. Francuski liječnik P. Pinel zaslužan je što su duševnim bolesnicima u pariškoj bolnici Bicetre 1793. bili skinuti lanci. Time je započelo novo razdoblje u psihijatriji.

Godine 1802. u Firenci je osnovana prva europska psihijatrijska klinika, u kojoj je talijanski liječnik V. Chirugi uveo humanije postupanje prema duševnim bolesnicima.

Engleski liječnik J. Conolly uveo je u psihijatriju 1838. tzv. non-restraint sustav, koji je odbacio prisilne postupke prema duševnim bolesnicima i odobravao samo one koji su služili njihovoj osobnoj sigurnosti.

Njemački psihijatar W. Griesinger objavio je 1845. knjigu Patologija i liječenje psihičkih bolesti (Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten), koja se i danas smatra temeljem za tzv. organske teorije psihoza.

Prvu modernu klasifikaciju psihoza proveo je potkraj 19. stoljeća E. Krapelin. U to je doba psihoanalitička teorija S. Freuda pridonijela spoznaji o uzrocima i mehanizmima razvoja psihičkih poremećaja. Polovicom 20. stoljeća razvila se i socijalna psihijatrija. U tom su se

razdoblju počeli primjenjivati psihofarmaci. Primjena lijekova u duševnih bolesnika omogućila je uspješno provođenje metoda psihoterapije i socioterapije te preventivnih i rehabilitacijskih postupaka.

Suvremena povijest etike u psihijatriji, počinje Nürnbergskim kodeksom koji je uslijedio nakon „doktorskog procesa“, jednog od suđenja nacističkim zločincima poslije Drugog svjetskog rata. Jedan od rezultata doktorskog procesa bio je i „Nürnbergski etički kodeks“ obznanjen 1947.

Premda nije obvezivao za nijednu zemlju ili organizaciju, on je presudno utjecao na medicinsku praksu širom svijeta, a njegovih 10 načela ugrađeno je u sve kasnije etičke kodekse.

Sedamdesetih godina je Svjetsko psihijatrijsko društvo zadužilo švedskog psihijatra C. Blomquista da napravi nacrt deklaracije etičkih načela u psihijatriji. Ta su načela prihvaćena 1977. na Generalnoj skupštini tog društva na Havajima (Okasha, 2003; Filaković, Požganin, 2008).

4. Etika u psihijatrijskoj praksi

Psihijatri, kao svi liječnici i obvezuju se na suosjećanje, vjernost, pouzdanost, pravednost, integritet, znanstvenu i kliničku izvrsnost, socijalnu odgovornost i poštovanje prema drugim ljudima. Te ideale primjenjuju u različitim aspektima svoje uloge: dijagnostici, liječenju, kroz terapije, poučavanje, znanstveni rad i odnose s kolegama.

Svakodnevni rad psihijataru podrazumijeva znatne etičke izazove. Psihijatri imaju pojačanu profesionalnu odgovornost, spriječiti oboljele da sebi ili drugima nanesu štetu. To znači da se može dogoditi da trebaju liječiti bolesnika mimo njegove volje ili prekršiti uobičajena pravila profesionalne tajne. Također, ponekad su pozvani da pružaju usluge pravnog ili organizacijskog savjetovanja.

Iz svih navedenih razloga, psihijatri su pozvani da budu posebno pažljivi naspram etičkih aspekata vlastitog posla i izuzetno profesionalni u radu. Etičko ponašanje psihijataru izdiže se iznad poznavanja etičkih principa i zahtijeva posjedovanje određenih moralnih vještina i navika.

Vještine podrazumijevaju slijedeće: sposobnost prepoznavanja etičkih aspekata profesionalne situacije, sposobnost reflektiranja uloga, motiva i interesa, traženje, kritička

procjena i korištenje dodatnog znanja i resursa, primjenu modela donošenja odluka u procjeni etičkih aspekata situacije, kreiranje mjera zaštite u etički kompleksnim situacijama.

Navike podrazumijevaju traženje dodatnih informacija, konzultacija i supervizije, održavanje jasnih profesionalnih granica i razdvajanje uloga koje mogu biti u konfliktu. (APA, 2013).

4.1. Etički i profesionalni temelj odnosa liječnik-bolesnik

Odnos liječnika i bolesnika je uzajaman, ali u tom odnosu bolesnici imaju manju moć, što kod psihijataru kreira obvezu da bolesnikove potrebe stavlja iznad svojih profesionalnih i osobnih interesa.

Psihijatri moraju osobito paziti na situacije koje bolesniku mogu nanijeti fizičku, seksualnu, psihološku ili financijsku štetu. Priroda i obveze odnosa liječnik-bolesnik variraju ovisno o dobi ili kognitivnom kapacitetu bolesnika, ali i o kontekstu ili obvezama prema „trećoj strani“. Kada je to moguće, ovakve odgovornosti i ograničenja u odnosu bi trebali biti dogovoreni s bolesnikom (APA, 2013).

Terapijski odnos je aktivni agens koji poput lijeka pomaže u liječenju. U odnosu liječnika prema bolesniku treba prenositi poštovanje i autentičnu brigu. Terapijski odnos često predstavlja jedini faktor koji bolesnika motivira na liječenje, što je osobito važno kada bolesnici odbijaju pomisao da im je liječenje potrebno (Štrkalj-Ivezić, 2010).

Profesionalna kompetentnost psihijatra je temelj povjerenja bolesnika i ona podrazumijeva cjeloživotno učenje. Psihijatar smije pružati skrb samo u okviru svoje kompetentnosti i prosljeđivati kolegama koji su kompetentni za pružanje tretmana.

Ponekad psihijatri mogu imati dvojnu ulogu, odnosno obvezu prema bolesniku i nekoj ustanovi, a te uloge mogu biti u međusobnoj koliziji. Vitalna vještina psihijataru je prepoznati različite obveze koje imaju i, ako je moguće, reducirati ili potpuno izbjeći takve situacije u kojima se uloge preklapaju. Važno je imati ograničenja u takvim situacijama, npr. ograničenja u kršenju pravila privatnosti. Osobito je važno informirati bolesnika o tim ulogama i konfliktnim etičkim obvezama (APA, 2013).

Liječnik psihijatar treba imati osobine pomoću kojih će očuvati svoj identitet i funkciju, a istodobno uspješno upravljati odnosom liječnik-bolesnik. Neke od tih osobina su: visoki stupanj tolerancije prema agresivnom ponašanju, sposobnost savladavanja straha, suosjećajnost, poštivanja tuđeg mišljenja kao i poštivanje tuđih drugačijih etičkih načela i

političkih i religioznih uvjerenja. Odnos liječnik-bolesnik je proces koji traje tijekom cijelog liječenja (Filaković, Požganin, 2008).

4.2. Povjerljivost

Povjerljivost je osobito važna u psihijatrijskoj skrbi zbog vrlo osjetljivih i osobnih podataka koje bolesnik dijeli s psihijatrom. Bolesnici moraju biti informirani o ograničenjima tajnosti na početku odnosa liječnik-bolesnik, kao i prilikom događaja koji stvaraju moguća otkrivanja.

Odavanje povjerljivih informacija se smije dogoditi samo ako je dan izričit pristanak od strane bolesnika ili je nužno zaštititi bolesnika ili treće osobe od neposredne opasnosti. Odavanje bolesnikovih informacija uvijek mora biti ograničeno s obzirom na zahtjeve situacije.

Psihijatri trebaju bilježiti samo one informacije potrebne za kontinuiranu skrb o bolesniku. Bilješke mogu pružiti daljnju zaštitu bolesnikovih informacija, kada se čuvaju odvojeno od drugih komponenti liječničkog kartona (bilješke o formulacijama i hipotezama, intimni osobni detalji). Elektronski podaci moraju imati dodatne zaštite.

Iskrenost i povjerenje su temeljne vrijednosti psihijatrijske profesije. U akutnim situacijama, može se dogoditi da se pacijent štiti od informacija koje mu mogu naštetiti, ili ako je riječ o vrlo osjetljivim ili maloljetnim pacijentima. U takvima situacijama, potrebno je strogo voditi brigu o pacijentovim vrijednostima ili autonomiji. Te mjere bi trebale biti privremene i prije toga bi se trebalo to prokomentirati s prikladnim osobama (APA, 2013).

4.3. Informirani pristanak

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) definira pristanak kao slobodno danu suglasnost osobe s duševnim smetnjama za provođenje određenog liječničkog postupka, koje se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i opasnosti toga liječničkog postupka i drugih mogućnosti liječenja.

Informirani pristanak na liječenje temelji se na načelu autonomije. Princip autonomije bolesnika, izražen je kroz opću pretpostavku da je bolesnik kompetentan donijeti vlastitu odluku o svojem liječenju.

Prije početka bilo kakvog medicinskog postupka bolesnika se mora informirati o prirodi postupka, neugodnostima, svrsi, koristi te eventualnim rizicima postupka. Bolesnik također mora biti informiran o prihvatljivim drugim mogućnostima i pravu da ne prihvati predloženo liječenje. Bolesnik informirani pristanak treba dati bez prisile i samostalno a liječnik treba osigurati bolesniku dovoljno informacija kako bi mogao donijeti odluku.

Pravno gledajući, za valjanost pristanka potrebno je zadovoljiti tri uvjeta: osoba mora razumjeti prirodu, posljedice i opasnost liječničkog zahvata, mora donijeti razumnu odluku i izraziti vlastitu volju. Nezadovoljavanje bilo kojeg od navedenih uvjeta čini osobu nesposobnom za davanje pristanka. Bolesnik u kontekstu liječničkog tretmana mora biti autonoman, odnosno treba biti sposoban izraziti vlastite prioritete, ciljeve i zabrinutost.

U svakodnevnom radu psihijatri se katkad susreću sa situacijom kako postupiti ako osoba s duševnim smetnjama ne pristaje na pregled radi utvrđivanja sposobnosti davanja pristanka.

U cilju razrješenja ove dileme ZZODS propisuje da je pregled kojim se utvrđuje sposobnost davanja pristanka dopušten u svim slučajevima u kojima osoba ne pokazuje otvoreno protivljenje tom pregledu. U slučaju protivljenja pregledu za ocjenu sposobnosti davanja pristanka, osoba se može pregledati mimo njezine volje ako su zadovoljeni uvjeti za primjenu prisilnog zadržavanja (Turković i sur. 2001; Štrkalj-Ivezić i sur. 2011).

4.4. Sposobnost davanja pristanka

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

Procjenu o kliničkoj kompetentnosti psihijatri najčešće donose tijekom razgovora s bolesnikom o opcijama predviđenih tretmana. Klinička kompetentnost se odnosi na funkcionalnu sposobnost bolesnika da odbije ili pristane na medicinske i psihijatrijske postupke (Turković i sur. 2001).

Mentalni kapacitet je multidimenzionalni koncept ključan za sposobnost osobe da donosi samostalne odluke. Sposobnost za donošenje odluke za davanje pristanka na liječenje ocjenjuje se neovisno o dijagnozi, odnosno dijagnoza sama po sebi nije dovoljna za procjenu bolesnikovih psihičkih kapaciteta.

Eksperti iz područja prava i bioetike slažu se da se prilikom procjene mentalnog kapaciteta uzmu u obzir četiri aspekta: razumijevanje informacija važnih za donošenje odluke, sposobnost procjene (primjenu informacija na svoju situaciju), sposobnost korištenja tih informacija u procesu donošenja odluka, sposobnost komuniciranja jasne odluke odnosno konzistentnog izbora. Osoba prije donošenja odluke o odsutnosti kapaciteta treba dobiti svu pomoć za sva četiri aspekta koja se procjenjuju vezano za kapacitet.

Osoba ima kapacitet u odnosu na specifičnu odluku ako: razumije informacije koje su bitne za donošenje odluke; može zadržati te informacije, čak i na kratko; može koristiti, vagati informaciju, sagledati argumente za i protiv.

Kapacitet za donošenje odluka nema osoba koja ne može donijeti odluku zbog oštećenja koje ima zbog bolesti pa ne razumije informacije koje su relevantne za odluku, ne može odvagati informacije i ne može odluku izraziti govorom, pismom ili znakovima (ako je npr. gluhonijema).

Prisutnost simptoma psihičke bolesti i nesposobnost brige o sebi u nekim aspektima na podrazumijeva automatski nesposobnost za donošenje odluka.

Kada postoji sumnja da bi kapacitet za donošenje odluke mogao biti oštećen, potrebno je procijeniti bolesnikove kognitivne sposobnosti putem kliničkog intervjua i primjenom specifičnih upitnika kada god je to moguće. Važno je procijeniti kognitivno funkcioniranje: način razmišljanja i procesuiranje informacija, načini kako osoba donosi odluke i koliko je to povezano sa psihičkom bolesti, a koliko je to odraz stila života.

U procjeni kapaciteta za donošenje specifičnih odluka važno je demonstrirati može li osoba izabrati u nekoj specifičnoj situaciji i biti tome konzistentna, obrazložiti osnovne podatke o odluci, rizicima i koristi i posljedicama odluka na svakodnevni život. Također je potrebno procijeniti da li je odluka u skladu sa sustavom vrijednosti osobe i njezinim stilom života (Štrkalj-Ivezić, 2012).

4.5. Informiranost

Svaka osoba ima pravo na zakonski propisanu informiranost, bez obzira da li je u psihijatrijsku ustanovu smještena dobrovoljno ili prisilno.

Kod osoba s težim duševnim smetnjama potrebno je procijeniti kada će joj informacije biti prezentirane obzirom na težinu psihičkog stanja. Bolesnika treba upoznati s relevantnim podacima koji se odnose na: prirodu njegovih smetnji, prednostima najdjelotvornijeg

liječenja, mogućim neželjenim nuspojavama lijekova, drugim metodama liječenja te njihovim prednostima i nedostacima, posljedicama neprovođenja procesa liječenja, pravima oboljelih koja su zajamčena ZZODS i mogućnošću ostvarivanja tih prava, ograničenjem prava (najčešće se radi o situacijama koje ugrožavaju sigurnost bolesnika i drugih osoba ili kad to zahtijeva zdravstveno stanje osobe).

U komunikaciji s bolesnikom potrebno je navesti sve podatke koji mogu utjecati na bolesnikovu konačnu odluku. Potrebno je staviti naglasak na informacije izravno vezane uz medicinsko postupanje u cilju poboljšanja psihičkog zdravlja. Vrlo je važno na koji način i kojim redoslijedom je informacija predočena bolesniku.

Treba imati na umu da osobe općenito više pažnje obraćaju na prve informacije kao i na one informacije koje se naglašavaju i ponavljaju. Bolesnik će bolje prihvatiti tretman ako mu se prije informacija o rizicima predoče informacije o korisnosti tretmana. Potrebno je da informacije budu prilagođene bolesniku. Bitni elementi moraju biti istaknuti, bolesniku je potrebno dopustiti da postavlja pitanja te je potrebno provjeriti koliko je i što je bolesnik razumio. Time se poštuje dignitet bolesnika što je i bit informiranog pristanka.

Informiranje bolesnika može se provesti razgovorom ili pismenom informacijom koja je dodatno objašnjena u izravnoj verbalnoj komunikaciji (Štrkalj-Ivezić, 2011).

4.6. Dobrovoljnost davanja pristanka

Dobrovoljnost pri davanju informiranog pristanka podrazumijeva da pristanak bolesnika na hospitalizaciju treba biti lišen svakog pritiska izvana, bilo kakvog utjecaja, prijetnje, prinude, prijevare, ucjene ili manipulacije. Na to treba misliti posebno vezano na bolesnike koji su smješteni u duševnim bolnicama gdje mogu biti podložni utjecaju osoblja, drugih bolesnika, ali i obitelji (Štrkalj-Ivezić, 2011).

4.7. Smještaj bez pristanka

Smještaj bez pristanka nova je kategorija smještaja u psihijatrijsku ustanovu koji je moguć za osobu s težim duševnim smetnjama koja nije sposobna dati pristanak, pa pisani pristanak umjesto nje daje osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik.

Nakon što dobije pisani pristanak osobe od povjerenja ili zakonskog zastupnika za smještaj osobe s duševnim smetnjama bez njezinog pristanka, psihijatrijska ustanova dužna je u roku od 48 sati obavijestiti pravobranitelja za osobe s invaliditetom o tom smještaju. Pravobranitelj za osobe s invaliditetom provjerit će opravdanost smještaja bez pristanka i o tome obavijestiti nadležni sud koji će dalje postupiti prema Zakonu o postupku prisilnog smještaja.

Ako se osoba smještena bez pristanka usprotivi pristanku zakonskog zastupnika, u bilo kojem trenutku, psihijatrijska ustanova dužna je, najkasnije 12 sati od protivljenja dostaviti nadležnom sudu obavijest o prisilnom zadržavanju zajedno s medicinskom dokumentacijom.

Uvođenje pravobranitelja za osobe s invaliditetom u postupak smještaja u psihijatrijsku ustanovu temeljem zamjenskog pristanka dodatni je zaštitni mehanizam osobama koje nisu sposobne same dati pristanak za liječenje u psihijatrijsku ustanovu (Grozđanić i sur. 2015).

4.8. Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj

Premda je prisilna hospitalizacija najučinkovitiji i nužan način liječenja za neke bolesnike s težim duševnim smetnjama provedba iste nosi sa sobom etičke dileme.

Prema Havajskoj deklaraciji Svjetskoga psihijatrijskog društva iz 1977. u točki 5. se navodi kako 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“.

Problematika prisilnog zadržavanja osoba sa psihičkim poremećajima u psihijatrijskoj ustanovi i prisilne hospitalizacije jedno je od središnjih pitanja u području mentalnog zdravlja.

U Republici Hrvatskoj (RH) prisilna hospitalizacija regulirana je člankom 27 ZZODS-a koji kaže: „Osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, smjestit će se u psihijatrijsku ustanovu po postupku za prisilno zadržavanje ili prisilni smještaj propisanim ovim Zakonom“ (čl.27, ZZODS).

Postupak prisilnog zadržavanja pokreće se upućivanjem osobe u psihijatrijsku ustanovu od strane doktora medicine ili dovođenjem od strane policije. Ulaskom u psihijatrijsku bolnicu započinje postupak prijema koji provodi psihijatar koji je primio osobu, a može trajati do 48 sati. U tom razdoblju psihijatar mora odlučiti da će otpustiti osobu ako ne

postoje pretpostavke za prisilni smještaj, ili mora donijeti odluku o prisilnim zadržavanju. Osim otpusta i prisilnog zadržavanja, moguće je i da osoba dobrovoljno pristane na liječenje, te ako za to postoje indikacije ostane u psihijatrijskoj ustanovi na dobrovoljnom smještaju.

Ako psihijatar utvrdi da postoje razlozi za prisilno zadržavanje iz članka 27. ZZODS-a primljena osoba će se zadržati u psihijatrijskoj ustanovi, a odluka o prisilnom zadržavanju s obrazloženjem bit će unesena u medicinsku dokumentaciju. Psihijatar će svoju odluku priopćiti zadržanoj osobi na primjeren način i upoznat će je s razlozima i ciljevima prisilnog zadržavanja.

U roku od 12 sati od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju od strane psihijatra psihijatrijska ustanova dužna je odluku dostaviti nadležnom županijskom sudu. Navedeno se odnosi i na osobu koja je dobrovoljno smještena u psihijatrijsku ustanovu kada opozove svoj pristanak i na osobu smještenu bez pristanka koja se protivi pristanku zakonskog zastupnika a nastupili su uvjeti iz članka 27 ZZODS-a. Rok od 12 sati počinje teći od opoziva pristanka odnosno od odluke psihijatra da osobu prisilno zadrži u psihijatrijskoj ustanovi.

O postupku prisilnog smještaja osobe u psihijatrijsku ustanovu odlučuje sudac ovlašten za vođenje postupka prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu od strane predsjednika Vrhovnog suda RH.

U postupku prisilnog smještaja javnost je isključena. Ovo 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.

Sudac je dužan najkasnije u roku 72 sata od trenutka primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju prisilno zadržanu osobu posjetiti u psihijatrijskoj ustanovi, obavijestiti je o razlogu i svrsi te posjete te osobu saslušati. Sudac će izvršiti i uvid u medicinsku dokumentaciju te saslušati voditelja odjela. Voditelj odjela dužan je osigurati da zadržana osoba, ako je to moguće obzirom na njezino zdravstveno stanje, ne bude pod liječničkim tretmanom koji bi onemogućio sudsko saslušanje. Saslušanju prisustvuje i odvjetnik prisilno zadržane osobe. Ako sudac smatra da je potrebno saslušanju može prisustvovati psihijatar s liste sudskih vještaka koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba. U tom slučaju sudac će saslušati i psihijatra vještaka o potrebi nastavka prisilnog zadržavanja ili otpusta zadržane osobe.

Ako sudac nakon saslušanja utvrdi da ne postoje razlozi za prisilni smještaj iz članka 27 ZZODS-a, donijeti će rješenje kojim će odrediti otpust zadržane osobe iz psihijatrijske

ustanove. Ako sudac zaključi da postoje pretpostavke za prisilni smještaj donijeti će rješenje o nastavku prisilnog zadržavanja.

Prisilno zadržavanje osobe bez sudskog rješenja kojim se određuje prisilni smještaj može trajati najdulje osam dana od trenutka donošenja odluke o prisilnom zadržavanju.

Na usmenu raspravu pozivaju se prisilno zadržana osoba, zakonski zastupnik, odvjetnik, voditelj odjela te po potrebi osoba od povjerenja i CZSS. Rasprava se ne može održati bez sudjelovanja odvjetnika i voditelja odjela. Za usmenu raspravu sud može, a na zahtjev prisilno zadržane osobe i njezinog odvjetnika i mora, pribaviti pisani nalaz i mišljenje vještaka psihijatra o tome postoje li kod te osobe teže duševne smetnje zbog kojih ona ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje i sigurnost. Vještak psihijatar sudu podnosi pisani nalaz i mišljenje nakon što pregleda prisilno zadržanu osobu. Taj pisani nalaz mora podnijeti sudu najkasnije 24 sata prije održavanja usmene rasprave.

Odmah po zaključenju usmene rasprave sud donosi rješenje o prisilnom smještaju ili o otpustu iz psihijatrijske ustanove. Sud to rješenje odmah objavljuje prisilno zadržanoj osobi uz kratko objašnjenje. U rješenju sud određuje prisilni smještaj u trajanju do 30 dana, računajući od dana kada je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju osobe s duševnim smetnjama.

Psihijatrijske ustanova može tražiti i produženje prisilnog smještaja. Zahtjev za produženje mora dostaviti županijskom sudu 7 dana prije isteka rješenja o prisilnom smještaju. Rješenje o produženju smještaja sud donosi po istom postupku po kojem je donijeto i prvo rješenje. Odluku o produženju smještaja sud je dužan donijeti prije isteka prvog rješenja. Sud može produžiti prisilni smještaj do 3 mjeseca.

Protiv navedenih rješenja županijskog suda dopuštena je žalba koja se podnosi u roku od 3 dana od dostave rješenja. O žalbi odlučuje vijeće županijskog suda na sjednici vijeća kojoj prisustvuju tri suca.

Prisilno smještena osoba otpustit će se iz psihijatrijske ustanove čim istekne sudsko rješenje ili ranije ako se utvrdi da su prestali razlozi za prisilni smještaj iz članka 27 ZZODS-a. Odluku s obrazloženjem o prijevremenom otpustu prisilno zadržane osobe donosi voditelj odjela. Navedenu odluku psihijatrijska ustanova dužna je bez odgode dostaviti županijskom sudu koji je tu odluku donio.

Na preventivnoj bazi, jedino opravdanje za prisilno liječenje je u slučaju bolesnika koji ponavljano iskazuju opasno ponašanje koje se uspješno liječi psihijatrijskim metodama, a pogoršava se kada se bolesnik ne liječi.

Kada je god to moguće, psihijatar treba otvoreno razgovarati s bolesnikom koji se oporavio od epizode psihičkog oboljenja, uz opasno ponašanje, nadajući se da će bolesnik surađivati i dobrovoljno nastaviti tretman.

Pristup koji je najviše etičan je omogućiti bolesniku da donese neke odluke za sebe ili barem kontinuirano razgovarati s bolesnikom i pokušati ga uvjeriti u prihvaćanje tretmana na dobrovoljnoj bazi (ZZODS, 2014; Grozdanić, 2015).

4.9. Biomedicinska istraživanja

Biomedicinska i biotehnoška istraživanja koja često ispituju nove metode liječenja, nove lijekove, uređaje i tehnologije, nose dozu rizika za dobrobit ispitanika. Stoga je osobito važno da se pri provedbi istraživanja poštuju etička načela.

Istraživački projekti moraju biti u skladu s relevantnim zakonima zemlje u kojoj se istraživanje planira provoditi. Postoje različiti instrumenti kojima se postavljaju standardi za biomedicinska istraživanja. Dije se na pravno neobvezujuće ili pravno obvezujuće.

Skupina pravno obvezujućih instrumenata je najbrojnija, a najpoznatiji instrument profesionalnog podrijetla je Helsinška deklaracija, sastavljena od Svjetske liječničke udruge i prvi puta usvojena 1964., a potom u nekoliko navrata proširena amandmanima.

Na europskoj razini obvezujući instrumenti za biomedicinska istraživanja su tekst Europske Unije, Direktiva 2001/20EC, zatim Konvencija o ljudskim pravima i medicini sa dodatnim protokolom o biomedicinskim istraživanjima.

Globalno, jedina pravno obvezujuća odredba jest članak 7 Međunarodnog sporazuma o građanskim i političkim pravima, koji se pojavljuje i u Konvenciji UN-a o pravima osoba s invaliditetom, ali se on odnosi samo na jedan aspekt istraživanja.

Hrvatsko zakonodavstvo pitanja etičkih načela za provođenje kliničkih ispitivanja regulira Zakonom o pravu pacijenata, ZZODS i Pravilnikom o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi.

U svrhu osiguranja adekvatnog poštivanja i zaštite dostojanstva, temeljnih prava, sigurnosti i dobrobiti sudionika istraživanja osnovana su istraživačka etička povjerenstva koja čine multidisciplinarnu, nezavisnu skupinu pojedinaca. Članovima povjerenstva mora se omogućiti odgovarajuća neovisna početna i kontinuirana obuka relevantna za njihovu ulogu u povjerenstvu. Specifični cilj obuke mora biti dobro razumijevanje etičkih načela i njihove primjene u biomedicinskim istraživanjima, planiranje i metode istraživanja i praktični aspekti provedbe istraživanja. Istraživačka etička povjerenstva imaju uloge prije, tijekom i nakon što

je biomedicinsko istraživanje odobren i proveden, a rezultati istraživanja evaluirani i objavljeni.

Stručni tim povjerenstva uključuje znanstvenike, zdravstvene djelatnike, pravnike i stručnjake iz područja etike. Ključni uvjet je da Istraživačko etičko povjerenstvo djeluje nezavisno od istraživača i njihovih sponzora, kao i od institucija i službi koje su ih osnovale. Svako istraživanje koje uključuje ljude mora se provoditi u skladu s općenito usvojenim etičkim načelima, posebice načelima autonomije, dobrobiti i neškodljivosti i pravednosti.

U biomedicinskim istraživanjima načelo autonomije u praksi se provodi putem postupka slobodnog informiranog pristanka, koji može biti povučen u svakom trenutku, bez ikakvih posljedica. Kako bi se potencijalnom sudioniku u istraživanju omogućilo donošenje informirane odluke informacije o istraživačkom projektu moraju sadržavati razumljiv opis predviđenih postupaka, njihovu svrhu, te predvidljive rizike i dobiti.

Od posebne je važnosti način i oblik na koji se informacije daju. Potencijalni sudionici ne smiju biti prisiljeni na istraživanje, niti se na njih smije utjecati. Nedopušteni utjecaj može biti financijske prirode, pokušaj utjecaja na bliske rođake, prikrivene prijetnje prekidom dostupnosti usluga na koje pojedinac inače ima pravo.

Ravnoteža između škodljivosti i dobrobiti je okosnica biomedicinskih istraživanja. Istraživački projekt može se provesti samo ako su njegovi predvidivi rizici i tegobe u razmjeru s potencijalnim dobrobitima.

Načelo pravednosti obuhvaća poštenje i pravičnost. U biološkim istraživanjima koja uključuju ljude, ovo načelo implicira da raspodjela rizika i opterećenja s jedne, te dobrobit s druge strane bude pravedna. Pravednost raspodjele posebice se odnosi na odabir sudionika istraživanja. Kriteriji odabira moraju se odnositi na svrhu istraživanja, a ne ovisiti o jednostavnosti kojom bi se mogao dobiti pristanak.

Zbog velike prevalencije duševnih poremećaja, psihijatrija je vrlo privlačno područje istraživanja za farmakološku industriju. Kako bi se izbjegla sumnja u znanstvenu valjanost istraživanja, mora se inzistirati na transparentnosti svake faze, od sklapanja ugovora o istraživanju, preko uključivanja ispitanika i provedbe istraživanja do njegova zaključenja i daljnjeg praćenja sudbine ispitanika.

Psihijatrijski bolesnici imaju manja ili veća kognitivna oštećenja, koja, manje ili više, dovode u pitanje njihovu punu sposobnost davanja informiranog pristanka pa je etička odgovornost u istraživanjima pri uključivanju psihijatrijskog bolesnika u istraživanje veća nego u drugim granama medicine. Osobito je upitno poštivanje načela autonomije kada zbog

nesposobnosti bolesnika, pristanak na istraživanje potpisuje skrbnik ili ovlašteni opunomoćenik.

Pri primjeni placeba četvrtina ili polovica bolesnika uključenih u istraživanje biva tjednima ili mjesecima uskraćena za učinkovito terapijsko sredstvo. Biološki gledano, uporaba placeba slična je izostanku liječenja. To kod oboljelih od psihičkih poremećaja može katkad biti rizično (pogoršanje bolesti, agresija, samoubojstvo itd.). Postoje različite učinkovite mjere za svođenje tog rizika na minimum. Ipak, ostaje sumnja javnosti pa i etičkih povjerenstava. To potiče psihijatre na krajnji oprez upravo pri tako dizajniranim istraživanjima.

Placebo se kao kontrolna metoda smije rabiti isključivo pod strogo određenim uvjetima, onda kad ne postoje dokazano učinkovite metode, ili kada prekid ili izostanak liječenja takvim metodama ne predstavlja neprihvatljiv rizik ili tegobu. Jedan od etički neprihvatljivih razloga za provođenje placebo kontroliranog ispitivanja umjesto postojanja kontrolnih skupina na standardnoj terapiji jest taj da su takva ispitivanja često jeftinija i brža, budući da je broj bolesnika potreban za dokazivanje nekog učinka obično manji (Palijan i sur. 2012).

Biomedicinsko istraživanje može se primijeniti prema osobama s psihičkim smetnjama ako je povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama odobrilo projekt, dalo pozitivno mišljenje o etičkoj prihvatljivosti uključivanja u istraživanje, ako je osoba na precizan način usmeno i pisano obaviještena o važnosti, svrsi, prirodi, posljedicama, koristima i rizicima istraživanja, ako je osoba s duševnim smetnjama dala pisani pristanak koji može opozvati u svakom trenutku i ako je sposobnost za davanje pristanka potvrdio još jedan psihijatar izvan zaposlenika ustanove koja istraživanje provodi a kojeg je odredilo povjerenstvo, ako se opravdano očekuje da će rezultati istraživanja biti korisni za zdravlje te osobe i bez štetnih posljedica, o čemu mišljenje daje odjelni liječnik.

Psihijatrijska ustanova dužna je izvijestiti Povjerenstvo o provedbi biomedicinskog istraživanja. Sve bilješke vezane uz istraživanje moraju biti unesene u medicinsku dokumentaciju.

Pristanak na biomedicinsko istraživanje umjesto osobe s psihički, smetnjama ne mogu dati zakonski zastupnik niti osoba od povjerenja. Ukoliko je odjelni liječnik osobe s psihičkim smetnjama koja je uključena u istraživanje član etičkog povjerenstva mora biti izuzet od odlučivanja (ZZODS, 2014).

4.10. Stigma duševne bolesti

Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičke bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba upravo zbog njihove bolesti. Stigmatizacija ima negativne posljedice ne samo za oboljele, nego i za članove njihove obitelji, za psihijatriju kao struku ali i za cijelu društvenu zajednicu. Stigmatiziranje nepovoljno utječe na tijek bolesti jer oslabljuje oboljele i pojačava osjećaj otuđenja.

Predrasude su česti negativni stavovi prema psihičkoj bolesti koji su dani unaprijed, prije nego što imamo dovoljno informacija o predmetu našeg stava. Predrasude se ne odnose samo na psihičku bolest, mogu se odnositi na rasu, boju kože, nacionalnost i slično. Predrasude stavljaju osobu na koju se odnose u nepovoljan položaj. Uvijek sadržavaju negativan stav prema objektu na koji se odnose. Kao i stavovi i predrasude su naučene i teško se mijenjaju.

Najgori dio predrasuda predstavljaju njihove posljedice u ponašanju, a to je diskriminacija. Diskriminacija osujećuje bolesnika u ostvarenju većine kratkoročnih i dugoročnih socijalnih ciljeva pa on gubi samopouzdanje, osjeća krivnju, gubi još više na sposobnostima, priznaje poraz i sam se dodatno stigmatizira pa znakovi njegove bolesti postaju još vidljiviji, a stigma se pojačava. Obitelj takvog bolesnika pak osjeća stid, krivnju i zabrinutost, zbog čega postaje disfunkcionalna i manje otporna na socijalna opterećenja pa time i manje sposobna pružiti potporu oboljelom članu.

Stigmom su zahvaćene i psihijatrijske ustanove, koje se doživljavaju represivnima. Psihijatrijske ustanove u RH još su uvijek najlošije opremljene, smještene u podrumima ili barakama ili izvan gradova i naselja. Liječnike psihijatre se doživljava neučinkovitima jer se psihička bolest doživljava neizlječivom. Psihofarmaci se smatraju lijekovima koji služe za drogiranje ljudi, a ne za liječenje.

Stigma koja prati duševne bolesti glavna je zapreka boljem liječenju i boljoj kvaliteti života i rada oboljelih od duševne bolesti, njihovih obitelji, zajednice u kojoj žive, ustanova i osoblja koje ih liječi (Sartorius, Shulz, 2005).

Stigma je vrlo štetna, a ima naznaka da, unatoč razvoju društva, medicine i psihijatrije, ona nastavlja rasti. Srećom, toleriranje stigme je sve manje prihvatljivo za društvenu ekonomiju, jer je učestalost duševnih poremećaja sve veća i sve je već i ekonomski teret za zajednicu (Štrkalj-Ivezić, 2006).

Borba protiv stigme danas je ne samo veliki etički izazov nego i društveno poticana nužnost, koja bi trebala rezultirati povratom ljudskog dostojanstva ovoj kategoriji bolesnika i ustanova u kojima se oni liječe (Štrkalj-Ivezić, 2006; Požganin, 2008).

4.11. Psihijatrija u zajednici

Svojim Ustavom, RH se obavezala na pružanje posebne zaštite i brige osobama s invaliditetom i promicanje njihove integracije u društvo. U kolovozu 2007., RH je postala četvrta zemlja u svijetu koja je ratificirala Konvenciju UN-a o pravima osoba s invaliditetom. Unatoč tome, osobe s invaliditetom u RH su i dalje suočene sa stigmom, izolacijom i diskriminacijom na temelju svojeg invaliditeta (Human Right Watch, 2010).

Prema podacima Ministarstva socijalne politike i mladih iz 2013., 3 892 odrasle psihički bolesne osobe žive u domovima socijalne skrbi dok njih 300 živi u obiteljskim domovima. Iako je preuzela obaveze da će činiti suprotno, RH još uvijek snažno ovisi o institucionaliziranim oblicima skrbi za osobe s intelektualnim i psiho-socijalnim poteškoćama.

Samostalan život ili život u zajednici odnosi se na osobe s invaliditetom koje su u stanju živjeti i sudjelovati u svojim zajednicama uz istu mogućnost izbora, kontrole i slobode kao i drugi ljudi. Praktična pomoć kako bi mogli živjeti u svojim domovima sa svojim obiteljima, pohađati škole i sudjelovati u aktivnostima zajednice treba im biti omogućena na temelju njihovih želja i samoodređenja (MDAC, 2011).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti zaštita mentalnog zdravlja predviđena je u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a provode je liječnici obiteljske medicine i psihijatri u centrima za mentalno zdravlje. Bolesnici mogu bez uputnice dolaziti u centre za mentalno zdravlje. Međutim, centri za mentalno zdravlje u RH još nisu zaživjeli (Štrkalj-Ivezić i sur. 2010).

Konvencija o osiguranju prava na neovisno življenje i uključenost u zajednicu u članku 19. nalaže osigurati slijedeće uvjete: „...države potpisnice ove Konvencije priznaju jednako pravo svim osobama s invaliditetom na život u zajednici, s pravom izbora jednakim kao i za druge osobe, te će poduzeti učinkovite i odgovarajuće mjere kako bi se olakšale osobama s invaliditetom puno uživanje ovog prava i punog uključenja i sudjelovanja u zajednici“.

1. mogućnost da osobe s invaliditetom odobre svoju mjesto boravka, gdje i s kim će živjeti na ravnopravnoj osnovi s drugima, te da nisu obvezne živjeti bilo kojim nametnutim načinom života.

2. pristup širokom rasponu usluga koje različite službe potpore pružaju osobama s invaliditetom u njihovom domu ili ustanovama za smještaj, uključujući osobnu asistenciju za potporu življenju i za uključenje u zajednicu, kao i za sprečavanje izolacije ili segregacije iz zajednice.

Kako bi RH osigurala provođenje članka 19. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom treba se uz započeti proces deinstitutionalizacije smještenih osoba, intenzivnije raditi na razvoju usluga podrške neovisnom življenju.

U provođenju plana deinstitutionalizacije RH sporo napreduje. Prema podacima Ministarstva socijalne politike i mladih, tijekom 2013.godine deinstitutionalizirano je ukupno 237 osoba a 2014. 233 osobe koje su korisnici domova za socijalnu skrb.. To znači da je u te dvije godine deinstitutionalizirano ukupno 470 osoba što predstavlja značajan napredak i intenziviranje cjelokupnog procesa deinstitutionalizacije osoba s invaliditetom u RH budući da je tijekom prethodnog 15-godišnjeg razdoblja deinstitutionalizirano 373 osobe.

Brži napredak u procesu deinstitutionalizacije ovisi o financijskim sredstvima iz EU fondova, osiguranju stambenih jedinica i kapacitetu za pružanje podrške korisnicima programa, odnosno o broju asistenata i zastupnika.

Teškoća u procesu deinstitutionalizacije domova socijalne skrbi sigurno je u nedostatku potrebnih kapaciteta na razini države. Ako znamo podatke da je više tisuća osoba s invaliditetom smješteno u domove, jasno je da su potrebni iznimni stručni, stambeni, financijski, organizacijski resursi, kako bi svima bilo moguće osigurati odgovarajuću podršku neovisnom življenju.

Domovi koji su daleko odmakli u procesu deinstitutionalizacije iskazuju zadovoljstvo postignutim, ali ukazuju na poteškoće u osiguravanju broja asistenata/djelatnika za podršku korisnicima u organiziranom stanovanju (Pučka pravobraniteljica za osobe s invaliditetom, 2014).

4.12. Mjere prisile prema osobama s težim psihičkim smetnjama

Mjere prisile upotrijebljene prema osobama s težim duševnim smetnjama ugrožavaju njihova temeljna ljudska prava značajnije od svih ostalih postupaka prema njima. Osim što ograničavaju slobodu kretanja, mjere prisile poništavaju mogućnost bilo kakvih izbora i srozavaju dostojanstvo čovjeka.

U svim europskim državama mjere prisile se primjenjuju, ali samo kao krajnje sredstvo prema agresivnim psihijatrijskim bolesnicima. Primjena mjera prisile može rezultirati fizičkim i psihičkim oštećenjima osobe na koju se mjera primijeni. Stoga se smatra da učestalost primjene mjera prisile, način njihovog korištenja, procedura po kojoj se određuje te njihovo trajanje predstavljaju značajne pokazatelje ne samo kvalitete psihijatrijskog liječenja, već i razine zaštite ljudskih prava u psihijatriji (Grozđanić, 2015).

4.13. Primjena mjera prisile

Ograničavanje slobode kretanja i sputavanje koje se koristi u kontroli agresije ugrožavaju ljudsko dostojanstvo, stoga se trebaju primijeniti samo u onim slučajevima kada ne postoji drugi način kontrole agresivnosti. Primjena mjera prisile regulirana je ZZODS i Pravilnikom o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama. Mjere prisile su sputavanje (fiksacija) i odvajanje (izolacija).

Mjere prisile primjenjuju se prema osobi s težim duševnim smetnjama u osobito hitnim slučajevima kada osoba izravno ugrožava vlastiti život, zdravlje ili sigurnost i kada je to jedini način sprječavanja bolesnika da svojim postupcima ugrozi svoj ili tuđi život, zdravlje i sigurnost. Ciljevi primjene mjera prisile su smanjiti stupanj uznemirenosti bolesnika, prevenirati mogućnost ozljede bolesnika i drugih osoba kao i stvari u okolini te omogućiti prikladno liječenje.

Kada je terapijska okolina uređena na način da primjenjuje kulturu razgovora s bolesnikom, oslobođena od stavova predrasuda i kada osoblje može tolerirati vlastite osjećaje straha, ljutnje i bespomoćnosti stvoreni su dobri preduvjeti za prevenciju i smanjenu potrebu primjene mjera prisile.

Osoba koja pokazuje agresivno ponašanje osjeća se ugroženom i preplašenom tako da komunikacija koja smanjuje strah i ugroženost može prevenirati agresivno ponašanje. U komunikaciji treba govoriti jednostavnim, jasnim i uvjerljivim načinom, blagim tonom jer treba imati na umu da osoba koja pokazuje agresivno ponašanje ima suženu mogućnost pažnje. Važno je naglasiti da razgovor treba voditi u prostoriji koja omogućava napuštanje razgovora članovima osoblja i bolesniku u slučaju krizne situacije, odnosno da se članovi osoblja moraju osjećati sigurni kada razgovaraju s agresivnim bolesnikom.

Prije odluke o primjeni mjera prisile, treba primijeniti, kada god je to moguće de-eskalacijsku tehniku. De-eskalacijska tehnika se odnosi na postupno rješavanje potencijalno

nasilnih i agresivnih situacija kroz izražavanje empatije, terapijskog odgovora i postavljanje granica ponašanja na način koji se temelji na poštovanju. Cilj tehnike je prevenirati pogoršanje stanja i omogućiti bolesniku dovoljno vremena da ponovo zadobije kontrolu nad svojim ponašanjem. Ova tehnika također pomaže kod stvaranja terapijskog odnosa.

Uvijek kada je to moguće prije primjene mjera prisile potrebno je koristiti verbalne tehnike smirivanja bolesnika. Tek kada nema uspjeha treba mobilizirati tim za kontrolu agresivnosti prema standardiziranom postupku koji je ranije dogovoren.

Komunikacija u kriznim situacijama je efikasno korištenje verbalnih i neverbalnih komunikacijskih vještina kako bi se osobi koja je uznemirena pomoglo smanjiti uznemirenost. Važno je naglasiti da se u medicinsku dokumentaciju obavezno upisuju sve mjere prevencije primjene mjera prisile (Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, 2015).

Odluku o primjeni fizičke sile, kao i njihovu primjenu donosi liječnik-psihijatar osim u hitnim situacijama kada nije moguće čekati da tu odluku donese psihijatar. U tom slučaju odluku o primjeni fizičke sile donosi doktor medicine ili medicinska sestra/tehničar, koji su odmah po završetku postupka dužni o tome obavijestiti liječnika-psihijatra koji će odlučiti o daljnjoj primjeni. Osoba na koju će se primijeniti sila treba na to biti upozorena kad god je to moguće. Sputavanje može biti fizičko, kada se koriste pomagala kao što su humani imobilizatori ili zaštitna košulja, ili kemijskim putem kada se primjenjuje brza trankvilizacija ili urgentna sedacija.

Prije same primjene postupka sputavanja potrebno je, kada god je to moguće razgovarati s bolesnikom i dopustiti mu da izrazi svoje osjećaje i uzroke njegovog ponašanja, utvrditi razlog sputavanja, procijeniti rizik agresivnosti te osigurati dovoljan broj osoblja.

Uvijek jedna osoba, koja je voditelj tima za sputavanje, komunicira s bolesnikom tijekom procedure. Poželjno je da voditelj tima bude osoba koja ima dobar odnos s bolesnikom, po mogućnosti ženskog spola jer će možda manje provocirati bolesnika.

Vrlo je važno bolesniku jasno reći koji su razlozi za primjenu fizičke sile. Sputavanje počinje na znak vođe tima koji je unaprijed dogovoren. Tijekom samog postupka preporučuje se tražiti bolesnika da surađuje i po mogućnosti ponuditi mu mogućnost izbora sredstva za fizičko sputavanje.

Kako bi se osigurala sigurnost tijekom procedure i prevenirale eventualne ozljede bolesnika ili osoblja preporuča se da u postupku fizičkog sputavanja sudjeluje pet osoba, po jedna osoba za svaki ekstremitet i jedna osoba za glavu. Postupak mora biti proveden brzo i bez nedoumica, kao rutinska procedura. Tijekom primjene postupka nisu dopušteni postupci koji diskriminiraju ili vrijeđaju dostojanstvo bolesnika u verbalnom ili fizičkom obliku.

Detaljne upute o pravilima postupanja djelatnika prije, tijekom i nakon završetka primjene mjera prisile dužna je donijeti ustanova. Upute moraju biti istaknute i svi djelatnici moraju biti upoznati s istim.

Mjere prisile smiju trajati samo dok je nužno da se otkloni neposredna opasnost koja proizlazi iz bolesnikovog ponašanja. Za određivanje najmanjeg mogućeg trajanja vremena sputavanja potrebna je uska suradnja između medicinskih sestara/tehničara i psihijatra (Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama, NN 76/14).

Sputavanje nosi sa sobom veliki zdravstveni rizik i svako nepotrebno produžavanje vremena sputavanja je nerazmjerna primjena mjera prisile i povećanje zdravstvenog rizika kao i negativnog utjecaja na suradnju bolesnika u terapijskom procesu (Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, 2015).

Maksimalno vrijeme na koje se može odrediti sputavanje je četiri sata, nakon čega liječnik-psihijatar ponovo procjenjuje potrebu za daljnjim sputavanjem. Bolesnik ne smije biti sputan dulje od dvadeset četiri sata.

Primjena mjera prisile za svakog bolesnika evidentira se u medicinskoj i sestrinskoj dokumentaciji koja se mora voditi precizno, uredno i stručno. U dokumentaciji moraju biti navedeni razlozi mjera prisile, zdravstveni djelatnik koji je odredio primjenu mjera prisile, zdravstveni djelatnici koji su sudjelovali u primjeni mjera prisile i odgovorna osoba za njeno određivanje.

Kontinuirani nadzor nad fizički sputanim bolesnikom provodi medicinska sestra/tehničar i svakih 15 minuta obavezan je unositi zabilješke u sestrinsku dokumentaciju. U sestrinsku dokumentaciju upisuje se ime i prezime bolesnika, datum, vrijeme i razlog primjene mjere prisile, alternativne mjere koje su primijenjene u pripremnom postupku, trajanje mjere, sve promjene ponašanja prije i nakon primjene mjere prisile, cjelokupna zdravstvena njega bolesnika, mjere sigurnosti, unos i izlučivanje tekućine te sve pauze u primjeni mjere prisile.

Liječnik je dužan redovito obilaziti bolesnika i upisivati u medicinsku dokumentaciju postupke mjere prisile, psiho-fizičko stanje bolesnika, vrijeme obilaska, sve intervencije te datum i sat prekida primjene mjera prisile. Liječnik je obavezan u roku od 24 sata od prekida primjene mjera prisile upisati podatke o psihičkom statusu bolesnika, stupnju samokontrole, učinku farmakoterapije i realizaciji plana liječenja.

Odvajanje ili izolacija privremena je mjera prisile koja se primjenjuje u slučajevima ekstremne eskalacije bolesnikove agresivnosti. Izdvajanje se vrši u posebnoj sobi za

izdvajanje koja mora biti opremljena prema propisanim standardima. Na bolesniku koji je smješten u sobu za izdvajanje ne smije se istovremeno primijeniti mjera fizičkog sputavanja.

Bolesnici sa srčanim ili respiratornim poteškoćama, intoksicirani, suicidalni ili bolesnici s organskim bolestima ne smiju biti odvojeni u sobu za odvajanje. Bolesnika se prije smještaja u sobu za odvajanje mora detaljno pregledati, evidentirati eventualne ozljede, popisati i pohraniti bolesnikove stvari.

Nadzor nad bolesnikom vrši medicinska sestra/tehničar svakih 15 minuta. Ukoliko je bolesnik vidno uznemiren ili agresivan potreban je stalni nadzor jedne medicinske sestre/tehničara. Bolesnik treba biti pušten iz sobe za izdvajanje što je prije moguće a odluku o prestanku mjere odvajanja donosi liječnik-psihijatar. Vođenje dokumentacije za primjenu mjere izdvajanja isto je kao i za mjeru fizičkog sputavanja.

Ustanova je obavezna donijeti strategiju prevencije nasilja na radnom mjestu i osigurati kontinuiranu edukaciju medicinskog osoblja kako bi moglo prepoznati eskalacije ponašanja bolesnika i steći vještine brzog postupanja u incidentnim situacijama. Osoblje tijekom edukacije treba biti psihički pripremljeno za takve situacije i osposobljeno za provedbu intervencije jer je to standard struke (Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama, NN 76/14; Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, 2015).

II. MEĐUNARODNI I NACIONALNI OKVIR ZAŠTITE OSOBA S PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA

II. MEĐUNARODNI I NACIONALNI OKVIR ZAŠTITE OSOBA S PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA

Osobe s psihičkim poremećajima u cijelom svijetu nerijetko podliježu nečovječnom i ponižavajućem postupanju, jer je stigma vezana uz psihičku bolest još uvijek prisutna. Isto tako, često su predmet diskriminacije u zajednici, uskraćene za osnovna ljudska prava, koja su zagwarantirana svim ljudskim bićima. Nekad su osobe s psihičkim poremećajima izložene nečovječnom i ponižavajućem postupanju i u ustanovama koje im trebaju osigurati liječenje i zdravstvenu njegu.

Navedeno upućuje da je, unatoč afirmaciji Opće deklaracije o ljudskim pravima, kršenje osnovnih ljudskih prava i sloboda i poricanje građanskih, političkih, ekonomskih, socijalnih i kulturnih pravaoboljelih od psihičkih poremećaja i danas uobičajena pojava u svijetu, kako unutar ustanova, tako i u zajednici.

Međunarodni dokumenti o ljudskim pravima mogu se, u širem smislu podijeliti u dvije kategorije: međunarodne konvencije koje su obvezujuće za države potpisnice i međunarodne standarde ljudskih prava, koji nisu obvezujući (The ITHACA Project Group, 2010).

1. Opća deklaracija o ljudskim pravima

Opća deklaracija o ljudskim pravima prvi je sveobuhvatni dokument o zaštiti ljudskih prava, proglašen od jedne opće međunarodne organizacije, UN-a. Deklaracija je usvojena i proglašena na Općoj skupštini UN-a, 10. prosinca 1948., na dan koji se i danas obilježava kao Dan ljudskih prava. Usvajanje ove deklaracije potaknuto je teškim kršenjem ljudskih prava tijekom Drugog svjetskog rata.

Iako Opća deklaracija o ljudskim pravima nije pravno obvezujuća, danas se smatra međunarodnim standardom ljudskih prava te je nezaobilazno polazište pri izradi pravnih standarda zaštite ljudskih prava u cijelom svijetu. Smatra se da je Deklaracija potaknula i ostvarila brojne pozitivne promjene u svijetu, kao što je dekolonizacija, ukidanje aparthejda, ravnopravnost žena, prava djece, zaštita kulturne baštine, zdravog okoliša, prava starosjedilačkih naroda (UN o ljudskim pravima i slobodama, NN 105/00).

2. Havajska deklaracija

Havajska deklaracija prvi je etički dokument koji je proizvela psihijatrijska struka. Jedan od glavnih okidača za usvajanje ove deklaracije bila je politička zlorporaba psihijatrije u zemljama kao što su na primjer Sovjetski Savez, Rumunjska i Južna Afrika. Svjetsko psihijatrijsko društvo usvojilo je ovu deklaraciju 1977. postavljajući etička upute za psihijatrijsku praksu.

Havajska deklaracija u stvari predstavlja etički kodeks za rad na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja. U deklaraciji su sadržani sva fundamentalna i mnoga druga s njima povezana etička načela. Deklaracija sadržava odgovore na pitanja o eksperimentiranju na duševnim bolesnicima, pri čemu se prvi put u povijesti traži obavezno potpisivanje informiranog pristanka pri uključivanju bolesnika u ispitivanje. Dopunjena je i potvrđena na Generalnoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog društva u Beču, 1983.

Analiza etičkih stavova i smjernica Havajske deklaracije govori da je ona u funkciji osnovnog načela Hipokratove zakletve, učiniti sve što je moguće i na najbolji način u interesu bolesnika, odnosno voditi računa da mu se ne nanese bilo kakva šteta. Deklaracija je prilagođena specifičnostima psihičkih poremećaja.

Deklaracija utvrđuje etička pravila:

1. dužnosti psihijatra prema bolesniku
2. odnosa između psihijatra i bolesnika
3. procesa liječenja, uključujući i klinička ispitivanja, edukaciju i istraživanja
4. prisilnog liječenja

Na početku deklaracije se ističe da cilj psihijatrije nije samo liječenje bolesnika, već i rad na unapređenju mentalnog zdravlja. Ovim se želi ukazati da je područje rada moderne psihijatrije znatno prošireno u usporedbi sa klasičnom psihijatrijom. Time se nameće potreba radikalnog mijenjanja i metodologije rada, a sa tim i etičke i pravne regulative. Zahtjev je da psihijatar treba služiti najboljim interesima bolesnika kojeg liječi, ali se naglašava da on mora, istovremeno, voditi brigu i o interesima društvene zajednice.

Naglašava se obaveza kontinuirane edukacije psihijatara ali i drugog osoblja koje sudjeluje u liječenju bolesnika, samog bolesnika i građana uopće da bi se što uspješnije odvijao rad na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja. Neophodna su i kontinuirana

istraživanja u tom smislu. Posebno se ističe važnost pravilne raspodjele, odnosno razmještaja zdravstvenih resursa da bi se osigurala dostupnost tih resursa svima.

Značaj terapijskog odnosa posebno se naglašava u deklaraciji. Terapijski odnos treba se zasnivati, kada god je to moguće na sporazumu, odnosno na suglasnosti bolesnika za liječenje. Terapijski odnos treba počivati na povjerenju, povjerljivosti, suradnji i uzajamnoj odgovornosti. Vrlo je važno da se terapijski odnos ostvari i da se tijekom liječenja uspije sačuvati. Takav odnos od velikog je značenja u svim granama medicine za uspjeh liječenja, ali je u psihijatriji je, najčešće, od presudnog značenja.

U slučajevima kada zbog prirode psihičkog poremećaja, i pored uloženog napora, nije moguće dobiti bolesnikovu suglasnost za liječenje, a psihijatar procijeni da je bolesniku liječenje potrebno, njegova je dužnost uspostaviti kontakt sa bolesnikovom obitelji ili bliskom osobom da bi zajedničkim snagama pokušali privoliti bolesnika na suglasnost za liječenje. Psihijatar je dužan prije traženja suglasnosti za liječenje bolesniku jasno izložiti prirodu bolesti, moguće liječenje, očekivani ishod, ali i moguće rizike i neprijatnosti. Dužan je izložiti i alternativne terapijske pristupe, ukoliko oni postoje, da bi bolesniku omogućio slobodan izbor metoda liječenja. Kada postoji opravdani zahtjev pacijenta, psihijatar treba zatražiti pomoć drugog kolege.

Deklaracija ističe da niti jednu proceduru niti liječenje ne treba provoditi bez suglasnosti bolesnika. Osim u slučaju kada on zbog bolesti nije u stanju procijeniti što je u njegovom najboljem interesu i ako bi bez liječenja mogle nastupiti ozbiljne posljedice po njega i druge. Tada treba pristupiti prisilnom liječenju, pa se daju smjernice za prisilnu hospitalizaciju. Naglašava se da psihijatar mora informirati bolesnika ili njegove srodnike o mehanizmima za žalbu zbog prisilnog zadržavanja u svrhu zaštite prava bolesnika.

Deklaracija zabranjuje psihijatru korištenje svoje profesije u cilju povrede dostojanstva i ljudskih prava bilo kojeg pojedinca ili grupe. Posebno se insistira na čuvanju bolesnikove privatnosti. Sve što bolesnik kaže psihijatru mora ostati povjerljivo.

Ističe se da je dozvoljeno uključivanje bolesnika u edukativne i istraživačke programe ali samo uz prethodno slobodnu danu informiranu suglasnost bolesnika ili njegovog zastupnika. Bitno je naglasiti da bolesnik ima pravo povući se iz takvih programa bez ikakvih posljedica.

Analiza Havajske deklaracije pokazuje da se problem prisilnog liječenja izdvaja ovdje kao specifičan za psihijatrijske bolesnike. Ovdje se susrećemo i sa obavezom psihijatrije da štiti interese ne samo bolesnika već i društva. Deklaracija govori o tome kako je psihijatar dužan služiti interesima bolesnika, vodeći računa i o zajedničkom dobru, te da može i ima

pravo provesti prisilno liječenje, ako bolesnik ugrožava druge. Ostaje problem što ne postoje objektivni kriteriji i smjernice za procjenu stupnja opasnosti u psihijatriji. Tu su i problemi dijagnostike i terapije, koji su u psihijatriji izraženiji nego u drugim granama medicine. Bez obzira na napredak koji će psihijatrija ostvariti u budućnosti ovi će problemi ostati specifični za ovu medicinsku disciplinu. Sve ostale smjernice ne razlikuju se bitno od etičkih smjernica u medicini (WPA, 1983).

3. Madridska deklaracija

Da bi odrazio utjecaj promjena socijalnih stavova i razvoj novih medicinskih postignuća na psihijatrijsku profesiju, Svjetsko psihijatrijsko društvo ispitalo je i revidiralo etičke standarde kojih bi se trebali pridržavati svi članovi društva i sve osobe koje se praktično bave psihijatrijom. Dopune Havajske deklaracije objedinjene su 1996. na Generalnoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog društva u Madridu (WPA, 2014).

U prvom poglavlju Madridske deklaracije naglašavaju se etičke obveze psihijatrijske profesije i teorijske pretpostavke na kojima se te obveze temelje. Medicina je istovremeno umjetnost liječenja i znanost. Dinamika ove dvije kombinacije najbolje se odražava u psihijatriji, grani medicine koja je specijalizirana za liječenje i zaštitu osoba oboljelih od psihičkih poremećaja. Bez obzira na kulturalne, socijalne i nacionalne razlike, potreba za etičnim ponašanjem i kontinuiranim preispitivanjem etičkih standarda je univerzalna.

Kao liječnici, psihijatri moraju biti svjesni etičkih implikacija svoga poziva, kao i specifičnih etičkih zahtjeva vezanih za psihijatriju. Kao članovi društvene zajednice, psihijatri se moraju zalagati za pravedno i ravnopravno postupanje prema osobama oboljelim od psihičkih poremećaja, za socijalnu pravdu i ravnopravnost.

Etičnost je zasnovana na individualnom osjećaju odgovornosti psihijatra prema bolesniku i na njegovoj ocjeni pravilnog i odgovarajućeg ponašanja. Standardi i utjecaji, kao što su na primjer profesionalni etički kodeksi, etička načela ili zakonske regulative, ne mogu sami o sebi biti garancija etičnog ponašanja u medicini.

Psihijatri trebaju uvijek biti svjesni granica koje postoje u odnosu psihijatar-bolesnik, poštivati bolesnike i brinuti se za njihovu dobrobit i integritet.

Drugo poglavlje Madridske deklaracije sadržava 7 uputa kojih bi se trebali pridržavati psihijatri širom svijeta:

1. Psihijatrija je medicinska disciplina koja se bavi: prevencijom psihičkih poremećaja u populaciji, provođenjem najboljeg mogućeg liječenja psihičkih poremećaja,

rehabilitacijom osoba oboljelih od psihičkih poremećaja i promocijom mentalnog zdravlja. Dužnost psihijatra je pružiti bolesniku najbolju dostupnu terapiju, u skladu s prihvaćenim znanstvenim spoznajama i etičkim principima. Psihijatri bi trebali primjenjivati terapijske intervencije koje u najmanjoj mjeri ograničavaju slobodu bolesnika i tražiti savjete za ona područja svoga rada za koja nisu primarno specijalizirani. U svom radu, psihijatri trebaju biti svjesni i voditi računa o ravnomjernoj raspodjeli zdravstvenih resursa.

2. Dužnost je psihijatra pratiti nova znanstvena postignuća u svojoj profesiji i prenositi nove spoznaje drugima. Psihijatri uključeni u istraživanja trebaju težiti proširenju znanstvenih granica psihijatrije.
3. Bolesnik treba biti prihvaćen kao ravnopravni partner u terapijskom procesu. Odnos psihijatar-bolesnik mora biti temeljen na uzajamnom povjerenju i poštivanju što bolesniku omogućava donošenje slobodnih i informiranih odluka. Dužnost je psihijatra pružiti bolesniku sve relevantne informacije kako bi osnažio bolesnika za donošenje racionalne odluke u skladu s njegovim osobnim vrijednostima i sklonostima.
4. Kada bolesnik nije sposoban i/ili nije u mogućnosti donijeti primjerenu odluku zbog psihičkog poremećaja, psihijatri se trebaju konzultirati s obitelji oboljelog, ili, ako je potrebno, potražiti pravnog savjetnika, kako bi zaštitili bolesnikovo dostojanstvo i njegova zakonska prava. Liječenje se ne bi trebalo provoditi protiv volje bolesnika, osim ako bi izostanak liječenja ugrozio život bolesnika i/ili život ljudi koji su u bolesnikovoj blizini. Liječenje uvijek mora biti u najboljem interesu bolesnika.
5. Kada se od psihijatra traži da procijeni osobu, dužnost je psihijatra najprije osobu informirati i obavijestiti o svrsi intervencije, za što će nalazi biti upotrijebljeni i mogućim posljedicama izvršene procjene. Ovo je posebno važno kada su psihijatri uključeni u proces kao treća strana.
6. Informacije dobivene u terapijskom odnosu su povjerljive, spadaju u bolesnikovu privatnost i trebalo bi ih se koristiti isključivo u svrhu poboljšanja zdravlja bolesnika. Psihijatrima je zabranjeno korištenje ovih informacija iz osobnih razloga ili zbog vlastite koristi. Kršenje pravila privatnosti opravdano je samo ako to zahtijeva zakon ili kada bi zbog zadržavanja povjerljivih informacija moglo doći do ozbiljnog ugrožavanja tjelesnog ili psihičkog zdravlja bolesnika ili treće osobe. U tom slučaju, psihijatri bi trebali, kada god je to moguće, obavijestiti bolesnika o postupcima koje će poduzeti.
7. Istraživanja koja se ne provode prema znanstvenim standardima i koja nisu znanstveno valjana, nisu etična. Istraživanja moraju biti odobrena od strane Etičkih povjerenstava.

Psihijatri trebaju slijediti međunarodna i nacionalna pravila za provođenje istraživanja. Istraživanja trebaju provoditi samo osobe koje su za to educirane. Obzirom da bolesnici oboljeli od psihičkih poremećaja spadaju u posebno ranjivu populaciju, posebnu pažnju treba posvetiti njihovoj sposobnosti sudjelovanja u istraživanju i zaštiti njihove autonomije kao i njihovom psihičkom i tjelesnom integritetu. Etički se standardi trebaju primjenjivati prilikom izbora populacijskih grupa u svim vrstama istraživanja, uključujući epidemiološka i sociološka istraživanja, kao i istraživanja koja uključuju druge discipline ili više istraživačkih centara (Okasha, 2003; WPA, 2013).

Upute koja se odnose na specifične situacije

Etičko povjerenstvo Svjetskog psihijatrijskog društva prepoznalo je potrebu razvoja specifičnih uputa koja bi se odnosila na specifične situacije. Od 1996.-2011. usvojeno je 16 specifičnih uputa:

1. Eutanazija: zadaća liječnika je prije svega promocija zdravlja, smanjenje patnje i zaštita života. Psihijatri, među čijim su bolesnicima i oni koji nemaju kapaciteta ili nisu u mogućnosti za donošenje informirane odluke, trebaju biti osobito pažljivi kada su u pitanju postupci koji mogu dovesti do smrti onih koji ne mogu sami sebe zaštititi zbog svojih poteškoća. Psihijatri trebaju biti svjesni da stajališta bolesnika mogu biti poremećena zbog psihičke bolesti, kao što je na primjer depresija. U takvim slučajevima, zadaća psihijatra je da liječi bolest.
2. Tortura: psihijatri ne smiju sudjelovati u bilo kakvom postupku koji uključuje psihičku ili tjelesnu torturu, čak niti kada postoje pokušaji od strane vlasti da ih prisile na takve postupke.
3. Smrtna kazna: ni pod kojim uvjetima psihijatri ne smiju sudjelovati u zakonski odobrenim egzekucijama niti sudjelovati u procjeni za egzekuciju.
4. Spolna selekcija: ni pod kojim uvjetima psihijatar ne smije sudjelovati u odluci za prekid trudnoće u svrhu spolne selekcije.
5. Transplantacija organa: zadaća psihijatra je pojasniti pitanja vezana uz donaciju organa i savjetovati sve zainteresirane o religioznim, kulturološkim, socijalnim i obiteljskim čimbenicima kako bi osigurao donošenje informirane i ispravne odluke. Psihijatar ne smije sudjelovati kao netko tko donosi odluku za bolesnika niti upotrebljavati psihoterapijske vještine kako bi imao utjecaj na bolesnikovu odluku po ovom pitanju.

Psihijatri bi trebali težiti zaštiti bolesnika i pomagati im u najvećoj mogućoj mjeri kako bi samostalno donijeli odluku vezanu za transplantaciju organa.

6. Psihijatri i obraćanje medijima: u svim kontaktima s medijima psihijatri bi trebali osigurati da oboljeli od psihičkih poremećaja budu predstavljeni na način da se očuva njihov dignitet, i da se smanji stigma i diskriminacija prema njima. Važna zadaća psihijatra je da zastupa osobe oboljele od psihičkih poremećaja. Kako se percepcija javnosti o psihijatrima i psihijatriji reflektira na bolesnike, psihijatri trebaju predstavljati psihijatriju sa dignitetom. Psihijatri ne smiju davati izjave medijima o psihopatologiji pojedinaca. Vezano uz davanje izjava medijima vezano uz nova otkrića, psihijatri moraju biti sigurni u znanstveni integritet date informacije i razmišljati o mogućem utjecaju svojih tvrdnji na percepciju javnosti o psihičkim poremećajima i na dobrobit osoba oboljelih od psihičkih poremećaja.
7. Psihijatri i diskriminacija na osnovu etičke ili kulturalne pripadnosti: diskriminacija od strane psihijatara na osnovu etničke ili kulturalne pripadnosti nije etična.
8. Psihijatri i genetska istraživanje: istraživanja genetske osnove psihičkih poremećaja je u porastu i sve više oboljelih od psihičkih poremećaja i njihovih obitelji uključeno je u ta istraživanja. Psihijatri koji sudjeluju u takvim istraživanjima su pod etičkom obvezom da slijede načela dobre kliničke prakse.
9. Etika u psihoterapiji: kao i za svaki tretman u medicini za provođenje psihoterapije potrebno je tražiti informirani pristanak, objasniti bolesniku ciljeve i dužinu liječenja. Tijekom liječenja potrebno je vršiti procjenu daljnje potrebe psihoterapije. Postoji opasnost da se profesionalni odnos tijekom psihoterapije poremeti zbog čega je uvijek potrebno održati profesionalnu distancu.
10. Sukob interesa povezan uz industriju: mnoge organizacije i institucije imaju pravila vezana uz suradnju sa industrijom i ostalim donatorima. Liječnici su u svom poslu često povezani sa farmaceutskom industrijom što može dovesti do etički konfliktnih situacija. Stoga je važno da se liječnici pridržavaju propisanih pravila.
11. Sukobi povezani sa trećom stranom u zdravstvenom sustavu: zahtjevi osiguravajućih kuća za povećanjem dobiti i smanjenjem troškova mogu biti u sukobu sa provođenjem načela dobre kliničke prakse jer je ponekad dobra klinička praksa preskupa. Psihijatri koji rade u takvom potencijalno konfliktnom okruženju trebali bi se zalagati za prava bolesnika da prime najbolji mogući tretman.
12. Kršenje profesionalnih granica i povjerenja između psihijatra i bolesnika: odnos psihijatar-bolesnik može biti jedini odnos koji dopušta zadiranje u najdublje osobne i

emocionalne osobine ličnosti. Taj odnos omogućava bolesniku da istraži svoje najdublje strahove, emocije, slabosti i čežnje. Bitno je da psihijatar ne prekorači granice odnosa sa bolesnikom i ne manipulira sa informacijama koje dobije od bolesnika. Također je važno da se psihijatar ne upušta s bolesnikom u bilo koji oblik seksualnog odnosa.

13. Zaštita prava psihijatara: psihijatri moraju štiti svoje pravo na liječenje bolesnika i zalagati se za njihovu dobrobit, trebaju imati pravo baviti se svojom profesijom na najvišem nivou, pružajući neovisne procjene mentalnog stanja osobe i uspostavljajući efikasne protokole liječenja u skladu s najboljom praksom i medicinski zasnovanom na dokazima. Potrebno je zaštititi psihijatre od zlouporabe psihijatrije, u smislu da su psihijatri u nekim totalitarističkim režimima bili primorani davati netočna psihijatrijske izvješća koja su štetila osobama čije se stanje procjenjivalo. Psihijatri su stigmatizirani kao i njihovi bolesnici i poput njih, mogu postati žrtve diskriminacije. Psihijatri trebaju imati pravo zalaganja za društvena i politička prava svojih bolesnika, bez odbacivanja od strane svojih kolega, ismijavanja u medijima i progona.
14. Priopćavanje dijagnoze Alzheimerove bolesti i drugih demencija: oboljelom i članovima njegove obitelji trebalo bi dijagnozu priopćiti u što ranijoj fazi bolesti, koristeći jednostavne izraze. Također, potrebno je procijeniti u kojoj mjeri oboljeli i njegova obitelj razumiju situaciju. Potrebno je dati informacije o planovima za daljnje liječenje. Postoje izuzetci kada je riječ o priopćavanju dijagnoze oboljelom od demencije: kada se radi o teškoj demenciji i kada bolesnik ne bi razumio dijagnozu; kada postoji vjerojatnost da bolesnik razvije strah od bolesti i kada se bolesnik nalazi u stanju teške depresije.
15. Dvostruka odgovornost psihijatara: ovakve situacije se mogu javiti tijekom zakonskog postupka ili drugih postupaka vezanih za procjenu sposobnosti bolesnika. Tijekom terapijskog procesa može doći do konfliktnih situacija kada informacije koje psihijatar ima o bolesniku ne mogu ostati povjerljive. U situacijama kada se psihijatar tijekom procjene stanja neke osobe suočava sa dvostrukim obavezama i odgovornostima, dužan je osobu obavijestiti o prirodi takvog odnosa i odsustvu terapijskog odnosa psihijatar-bolesnik.
16. Rad s bolesnicima i njegovateljima: legislative, politika i klinička praksa vezane za prava i liječenje oboljelih od psihičkih poremećaja, kada god je to moguće, trebaju se razvijati u suradnji s oboljelima i njihovim njegovateljima. Međunarodna udruženja psihijatara trebaju promovirati i podržavati osnivanje organizacije bolesnika i njegovatelja; trebaju težiti uključivanju bolesnika u svoje aktivnosti. Najbolje klinička skrb za bolesnika u akutnoj fazi bolesti kao i u procesu rehabilitacije uključuje suradnju bolesnika, njihovih

njegovatelja i kliničara. Udruženja psihijatara trebaju u suradnji sa organizacijama bolesnika i njihovih njegovatelja lobirati za bolji položaj oboljelih od psihičkih poremećaja u društvu, boreći se za njihova prava, edukaciju zajednice o psihičkim poremećajima i boreći se protiv stigme. Svaka zemlja treba imati upute za primjenu ovih preporuka (WPA, 2014).

4. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (CRPD)

Preko 650 milijuna ljudi diljem svijeta živi s invaliditetom (Svjetska zdravstvena organizacija). Pojam „osobe s invaliditetom“ odnosi se na sve osobe s dugotrajnim tjelesnim, mentalnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima koja, kao rezultat brojnih negativnih stavova ili fizičkih prepreka, mogu spriječiti njihovo puno sudjelovanje u društvu

Odluka o donošenju univerzalnog međunarodnog instrumenta za zaštitu ljudskih prava koji bi se odnosio na osobe s invaliditetom, proizašla je iz činjenice da su osobama s invaliditetom, iako su im u teoriji zajamčena sva ljudska prava, u praksi uskraćena ta temeljna prava i slobode koje većina ljudi uzima za gotovo.

Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom i njezin Fakultativni protokol usvojila je Opća skupština UN-a 13. prosinca 2006. kao odgovor međunarodne zajednice na dugu povijest diskriminacije, isključenosti i dehumanizacije osoba s invaliditetom.

Ova konvencija nije prvi dokument o zaštiti ljudskih prava koji se bavi pitanjima invaliditeta, međutim, za razliku od prethodno donesenih dokumenata, ona pruža osobama s invaliditetom nezabilježenu razinu zaštite. Konvencija detaljno navodi prava koja bi trebale uživati osobe s invaliditetom te obveze država i drugih čimbenika da osiguraju njihovo poštivanje.

CRPD naglašava da je invaliditet u svojoj prirodi ljudski te da zahtijeva prilagođavanje od samog društva. Osnovna poruka CRPD jest ta da bi osobe s invaliditetom trebale biti u stanju potpuno i ravnopravno sudjelovati u društvu.

Donošenje CRPD od povijesne je važnosti u mnogim aspektima. Nakon usvajanja Konvencije rekordni broj zemalja je iskazao svoju predanost poštivanju prava osoba s invaliditetom potpisivanjem konvencije i Fakultativnog protokola u ožujku 2007. RH je 15. kolovoza 2007. ratificirala Konvenciju.

Konvencija navodi brojna područja u kojima dolazi do diskriminacije osoba s invaliditetom, uključujući pristup pravosuđu, sudjelovanje u političkom i javnom životu,

obrazovanje, zapošljavanje, slobodu od mučenja, izrabljivanja i nasilja, kao i slobodu kretanja.

Članak 4. Konvencije potvrđuje da vlada koja ratificira Konvenciju pristaje na promicanje i osiguravanje punog ostvarivanja svih ljudskih prava i temeljnih sloboda za sve osobe s invaliditetom, bez bilo kakve diskriminacije. (Priručnik za saborske zastupnike vezano uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom i njezinog fakultativnog protokola; Ženeva 2007/ Zagreb, 2012.; Human Rights Watch, 2010).

5. Načela zaštite osoba s mentalnim oboljenjima i unapređenje mentalnog zdravlja

U Načelima zaštite osoba s mentalnim oboljenjima i unapređenju mentalnog zdravlja, usvojenim na Plenarnom sastanku UN-a, 17. prosinca 1991. iznesena su brojna prava koja imaju osobe oboljele od psihičkih poremećaja.

Navedeno je da se načela trebaju primijeniti bez diskriminacije na bilo koju osnovu, bilo da se radi o rasi, boji kože, religiji, spolu, jeziku, političkom opredjeljenju, etičko ili socijalno porijeklo, imovinsko stanje i drugo.

Dokument je sastavljen od 25 načela koja govore o fundamentalnim slobodama i osnovnim pravima, zaštiti maloljetnika, životu u zajednici, utvrđivanju postojanja mentalne bolesti, medicinskim ispitivanjima, ulozi zajednice i kulture, standardima zaštite, liječenju, medikaciji, suglasnosti za liječenje, obavještanju o pravima, pravima i uvjetima u ustanovama za mentalno zdravlje, resursima za mentalno zdravstvene ustanove, načelima prijema, nedobrovoljnom prijemu, nadzornim tijelima, proceduralnoj zaštiti, pristupu informacijama, osuđenim osobama, žalbama, nadzoru i pravnom lijeku i zaštiti postojećih prava.

U ovom dokumentu nalaze se minimalni standardi UN-a za zaštitu osoba oboljelih od psihičkih poremećaja, odnosno standardi za poštivanje njihovih osnovnih sloboda i prava.

Također dokument sadržava i standarde za sprječavanje diskriminacije, izlaganja ponižavajućim postupcima, zlostavljanja i iskorištavanja u bilo kojem obliku.

Načela između ostalog navode kako: „Sve osobe sa mentalnim oboljenjem ili koje su tretirane kao takve, trebaju biti tretirane humano i uz poštovanje inherentnog dostojanstva ljudske ličnosti“.

Osoba oboljela od psihičke bolesti ne smije biti diskriminirana na osnovu svoje bolesti. Navodi se da sve osobe oboljele od psihičke bolesti imaju pravo na život u zajednici,

imaju pravo liječiti se u najmanje restriktivnoj okolini i sa najmanje restriktivnim tretmanom. Ističe se važnost individualnog plana liječenja koje mora biti usmjereno na očuvanje i unaprjeđenje osobne nezavisnosti (UN, 1991).

6. Standardi Europskog odbora za sprječavanje mučenja i neljudskog ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja

Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) utemeljen je istoimenom Konvencijom Vijeća Europe iz 1987.

Rad CPT-a zamišljen je kao sastavni dio sustava Vijeća Europe za zaštitu ljudskih prava, koji predstavlja proaktivan izvansudski mehanizam uz postojeći reaktivan sudski mehanizam Europskog suda za ljudska prava.

CPT primjenjuje svoju primarno preventivnu funkciju putem dvije vrste posjeta: periodičnih i ad hoc. Periodični posjeti redovito se obavljaju u svim strankama Konvencije. Ad hoc posjeti organiziraju se u tim državama kada se Odboru čini da su „potrebni u danim okolnostima“.

Prema Konvenciji, CPT ima široke ovlasti prilikom posjete: pristup teritoriju dotične države i pravo na putovanje bez ograničenja, neograničen pristup bilo kojem mjestu na kojem se nalaze osobe lišene slobode, uključujući i pravo na kretanje unutar takvih mjesta bez ograničenja: pristup potpunim informacijama o mjestima na kojima se nalaze osobe lišene slobode, kao i drugim informacijama kojima država raspolaže, a koje su potrebne da bi Odbor obavio svoju zadaću. Moguće je posjetiti svako mjesto „gdje se nalaze osobe koje je javna vlast lišila slobode“. Time se mandat CPT-a proširuje izvan zatvora i policijskih postaja te obuhvaća, primjerice, psihijatrijske ustanove, pritvorske odjele u vojarnama, prihvatne centre za azilante ili druge kategorije stranaca i mjesta gdje maloljetne osobe mogu biti lišene slobode sudskim ili upravnim nalogom.

Odnose između CPT-a i stranaka Konvencije utvrđuju dva temeljna načela, suradnja i povjerljivost. U tom kontekstu, potrebno je naglasiti da uloga Odbora nije osuđivati države, već im pomoći u sprečavanju zlostavljanja osoba lišenih slobode.

Nakon svakog posjeta CPT sastavlja izvješće koje sadrži njegove nalaze te prema potrebi obuhvaća preporuke i druge savjete, temeljem čega se razvija dijalog s dotičnom državom. Izvješće Odbora o posjetu u načelu je povjerljivo, no gotovo sve države odlučile su se odreći primjene pravila o povjerljivosti i objaviti izvješće.

Životni uvjeti i liječenje bolesnika

CPT tijekom monitoringa pažljivo ispituje životne uvjete bolesnika i njihovo liječenje. Cilj bi trebao biti osiguravanje takvih materijalnih uvjeta koji omogućuju liječenje i dobrobit bolesnika, odnosno pozitivno terapijsko okruženje. Ovo je važno i za bolesnike i za osoblje koje radi u psihijatrijskim ustanovama. Moraju biti osigurani odgovarajuće liječenje i njega bolesnika, kako psihijatrijska tako i somatska. Medicinsko liječenje i zdravstvena njega koja se osigurava osobama koje su prisilno smještene u psihijatrijsku ustanovu moraju biti slični liječenju i zdravstvenoj njezi pruženim bolesnicima koji su dobrovoljno na liječenju.

Kvaliteta uvjeta liječenja i života u psihijatrijskim ustanovama u velikoj mjeri ovisi o raspoloživim sredstvima. Osiguranje osnovnih životnih potreba mora uvijek biti osigurano u ustanovama gdje se nalaze osobe koje su pod skrbi države i/ili koje ona čuva. Ovo uključuje opskrbu dovoljno hrane, odgovarajuće grijanje i odjeću i odgovarajuću terapiju.

Stvaranje pozitivnog terapijskog okruženja prije svega znači pružanje dovoljno životnog prostora po bolesniku, kao i odgovarajuće osvjetljenje, grijanje i prozračivanje, održavanje ustanove u zadovoljavajućem stanju i ispunjenje zahtjeva bolničke higijene.

Potrebno je pažnju posvetiti uređenju prostora u kojima bolesnici borave, kako soba za bolesnike tako i dijelova za rekreaciju, kako bi bolesnici bili pozitivno potaknuti dobro osmišljenim okruženjem. Poželjno je osigurati stolove uz krevet kao i ormare, a bolesnicima bi trebalo biti dozvoljeno da zadrže određene osobne stvari (knjige, fotografije i sl.). Bolesnici bi trebali imati prostor u kojem bi mogli zaključati i čuvati svoje osobne stvari kako bi im bio omogućen osjećaj sigurnosti i autonomije.

Sanitarni čvor treba omogućiti bolesnicima izvjesnu privatnost i treba biti prilagođen za potrebe starijih i hendikepiranih bolesnika. Potrebno je osigurati osnovnu bolničku opremu kako bi osoblje moglo pružiti odgovarajuću njegu nepokretnim osobama.

Trebalo bi izbjegavati da su osobe obučene u pidžame jer to ne doprinosi jačanju identiteta i samopoštovanja. Odijevanje bolesnika po osobnom izboru trebalo bi predstavljati dio terapijskog procesa.

Hrana mora biti odgovarajuća glede kvalitete i količine i treba biti servirana bolesnicima pod zadovoljavajućim uvjetima. Nadalje, trebaju biti omogućeni odgovarajući uvjeti za vrijeme obroka, kao što je objedovanje sjedeći za stolom koje predstavlja osnovni dio programa psihosocijalne rehabilitacije bolesnika. Važno je naglasiti da način serviranja

hrane bolesniku ne smije biti zanemaren. Također, potrebno je obratiti pažnju u na posebne potrebe bolesnika glede ishrane (dijetalna prehrana, tjelesno oštećenje i sl.).

CPT posebno naglašava podršku pojavi zatvaranja spavaonica velikog kapaciteta u psihijatrijskim ustanovama, tendenciji koja je primijećena u nekoliko monitoriranih zemalja. CPT smatra da takvi objekti ne idu ukorak standardima moderne psihijatrije. Osiguravanje smještaja u malim grupama predstavlja ključni faktor u očuvanju/vraćanju dostojanstva bolesniku, te predstavlja ključni element svake strategije psihološke i društvene rehabilitacije bolesnika.

Psihijatrijsko liječenje bolesnika mora se zasnivati na individualnom pristupu, koji podrazumijeva sastavljanje plana liječenja za svakog bolesnika. To liječenje mora uključivati široki spektar rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, uključujući radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umjetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti. Bolesnici moraju imati pristup odgovarajuće opremljenim prostorijama za rekreaciju, te imati mogućnost boravka na otvorenom svakog dana. Također je poželjno osigurati bolesnicima naobrazbu i odgovarajući rad.

CPT navodi da je tijekom svojih monitoringa često uočio da su elementi djelotvornog psihosocijalnog rehabilitacijskog tretmana nerazvijeni ili potpuno nedostaju, te da se liječenje uglavnom bazira na farmakoterapiji.

Psihofarmakološka terapija često čini neophodni dio liječenja osoba oboljelih od psihičkih poremećaja. Moraju biti uspostavljeni postupci koji osiguravaju pružanje propisane terapije te da su bolnice opskrbljene odgovarajućim lijekovima.

Elektrostimulirajuća terapija predstavlja priznatu formu liječenja za bolesnike koji boluju od specifičnih poremećaja. CPT je naročito zabrinut kada se susretne sa pojavom primjene elektrostimulirajuće terapije u nemođificiranoj formi (bez anestetika i miorelaksansa). Ovakav pristup više se ne može smatrati prihvatljivim u modernoj psihijatrijskoj praksi. Elektrostimulirajuća terapija mora se primjenjivati izvan vidnog dometa ostalih bolesnika od strane osoblja koje je posebno educirano za primjenu ove vrste terapije.

Svi postupci moraju biti detaljno evidentirani u medicinsku dokumentaciju. Na ovaj način svaka vrsta nepoželjne prakse može se jasno identificirati od strane rukovodstva bolnice.

Svakom bolesniku mora biti otvoren osobni i povjerljivi medicinski dosje. On mora obuhvaćati dijagnostičke informacije, evidenciju bolesnikovog mentalnog i somatskog zdravstvenog stanja, te plan njegovog liječenja. Bolesnik mora imati mogućnost uvida u svoj

dosje osim ako to nije preporučljivo sa terapijskog stajališta, te da može zahtijevati da informacije koje taj dosje sadrži budu dostupne njegovoj obitelji i odvjetniku.

Bolesnici moraju biti u mogućnosti dati slobodan pristanak na liječenje. Pristanak na liječenje se može odrediti slobodnim i zasnovanim na dovoljno informacija samo ako je utemeljen na potpunim, točnim i razumljivim informacijama o stanju bolesnika i predloženom liječenju. Sukladno tome, svim bolesnicima treba sistematski pružiti relevantne informacije o njihovom stanju i predloženom liječenju. Relevantne informacije također moraju biti pružene bolesniku i nakon liječenja.

Osoblje

Osposobljenost kadrovima mora biti odgovarajuća u smislu broja, vrste te iskustva i stručne osposobljenosti. Nedostatci u kadrovskoj osposobljenosti često ozbiljno osujećuju pokušaje da se bolesnicima osiguraju aktivnosti koje su navedene. Nadalje to može dovesti do situacija visokog rizika za bolesnike ali i osoblje, bez obzira na dobre namjere i iskrene napore osoblja u službi.

U nekim zemljama, CPT je bio iznenađen malim brojem kvalificiranih psihijatrijskih medicinskih sestara/tehničara među medicinskim osobljem psihijatrijskih ustanova, kao i nedostatkom osoblja koje bi bilo osposobljeno za vođenje aktivnosti vezanih uz socijalnu terapiju bolesnika.

Razvoj specijalizirane edukacije za psihijatrijsku njegu i veći naglasak na socijalnoj terapiji mogu imati znatnog utjecaja na kvalitetu zdravstvene skrbi. Ovo može dovesti do stvaranja takvog terapijskog okruženja koji bi bilo manje zasnovano na fizičkoj i medikamentoznoj terapiji.

Važno je da se različite kategorije zdravstvenog osoblja redovito sastaju i formiraju tim pod vodstvom glavnog liječnika. Ovo bi omogućilo identifikaciju svakodnevnih problema, diskusije o problemima, te da osoblje svakodnevno dobije upute o radu.

Vanjska stimulacija i potpora neophodni su kako osoblje psihijatrijskih ustanova ne bi postalo previše izolirano. Poželjno je da osoblju bude omogućena edukacija izvan vlastite ustanove.

Sredstva za ograničenje slobode kretanja

Načelno gledano, bolnice bi trebale predstavljati sigurna mjesta kako za bolesnike tako i za zdravstvene djelatnike. Bolesnici oboljeli od psihičkih poremećaja trebaju biti liječeni sa poštovanjem i dostojanstveno, na siguran i human način koji poštuje njihov izbor i samoodređenje. Odsustvo nasilja i zlorporaba, bilo osoblja nad bolesnicima, bilo među samim bolesnicima, predstavlja minimalan zahtjev.

Potreba za obuzdavanjem uznemirenih i/ili nasilnih bolesnika može se javiti u bilo kojoj psihijatrijskoj ustanovi. Ovo je područje koje CPT prati sa osobitom pažnjom zbog mogućnosti zlorporabe i zlostavljanja.

Oduzimanje slobode kretanja bolesnicima mora biti jasno definirano. Treba istaknuti da početni pokušaji obuzdavanja bolesnika moraju biti verbalni, a u slučaju kada je sputavanje bolesnika neophodno, ono se treba u principu ograničiti na manualnu kontrolu. Ispravno sputavanje uznemirenog i nasilnog bolesnika nije nimalo lagan zadatak za osoblje.

Osim početne izobrazbe moraju se redovito organizirati dodatni tečajevi za obnavljanje stečenog znanja i vještina. Takva edukacija ne bi smjela biti usredotočena na davanje uputa o tome na koji način pravilno upotrijebiti sredstva za sputavanje, već bi ona, što je podjednako važno, morala omogućiti osoblju da shvati na koji način sputavanje može utjecati na bolesnika, kao i naučiti osoblje kako voditi brigu o bolesniku koji je fizički sputan. Posjedovanje takvih vještina omogućava osoblju da u teškim situacijama izabere najprikladniji odgovor, pri čemu se značajno smanjuje opasnost od ozljeda kako bolesnika tako i osoblja.

Da bi sredstva za sputavanje bolesnika bila primijenjena na ispravan način potrebno je da na odjelima postoji dovoljan broj medicinskog osoblja. CPT smatra da u situacijama kada je bolesnik fizički sputan, stručno educirani zdravstveni djelatnik treba neprestano biti uz bolesnika kako bi se održao nužni terapijski savez i kako bi se bolesniku pružila pomoć. Takva pomoć može podrazumijevati praćenje bolesnika do toaleta ili u slučajevima kada se sredstvo sputavanja može skinuti nekoliko minuta, pomaganje bolesniku da uzme hranu.

Video nadzor ne može zamijeniti prisutnost zdravstvenog djelatnika. U slučajevima kada je bolesnik izoliran u sobi za izdvajanje, zdravstveni djelatnik može biti izvan sobe, pod uvjetom da ga bolesnik vidi, kao i da taj djelatnik može neprestano promatrati i čuti bolesnika.

Korištenje instrumenata fizičkog sputavanja (remanje, zaštitne košulje) opravdano je u rijetkim slučajevima i mora uvijek biti ordinirano od strane liječnika ili se o tome mora odmah obavijestiti liječnik u svrhu traženja njegovog odobrenja. Ukoliko se u iznimnim slučajevima upotrebe instrumenti fizičkog sputavanja bolesnika oni moraju biti uklonjeni čim to bude moguće. Oni nikad ne smiju biti primijenjeni, odnosno njihova primjena produžena kao oblik

kazne. Onog trenutka kada su bolesniku skinuta sredstva za sputavanje, od suštinskog je značaja da se s njim razgovara o razlozima zbog kojih je ta mjera bila poduzeta. Na taj način ublažit će se psihološka trauma koju je bolesnik iskusio i uspostaviti će se dobar terapijski odnos.

CPT je tijekom monitoriranja nailazio na psihijatrijske bolesnike na koje su bili primjenjivani instrumenti fizičkog sputavanja tijekom više dana. CPT smatra da ovakav način postupanja prema bolesniku nema terapijskog opravdanja i da predstavlja zlostavljanje bolesnika.

Izdvajanje u sobu za izolaciju mora biti predmetom detaljno izrađene politike, kojom se posebno navode: vrste slučajeva u kojima se izdvajanje može koristiti, ciljevi koji se žele postići, trajanje i potreba za redovitom revizijom postupka, postojanje prikladnog ljudskog kontakta, potreba da osoblje bude posebno pažljivo. Izdvajanje u sobu za izolaciju ne smije se nikada koristiti kao kazna.

Ako se pribjegava kemijskim sredstvima kao što su sedativi, antipsihotici, hipnotici i trankvilizatori, treba koristiti iste mjere sigurnosti kao i kod mehaničkih sredstava. Neprestano se moraju imati na umu popratne pojave koje bi takvi lijekovi mogli izazvati kod određenog bolesnika, posebno kada se takvim lijekovima pribjegava u kombinaciji s mehaničkim ograničenjem slobode kretanja bolesnika ili izdvajanjem u sobu za izolaciju.

CPT nalaže da svaki slučaj ograničavanja slobode kretanja bolesnika (manualna kontrola, korištenje instrumenata fizičkog sputavanja, izdvajanje u sobu za izolaciju) mora biti evidentiran u posebnoj knjizi ustanovljenoj za tu svrhu i u bolesničkom dosjeu.

Evidencija u knjigu mora uključivati vrijeme kada je ta mjera započeta i kada je okončana, okolnosti slučaja, razloge za pribjegavanje toj mjeri, ime liječnika koji je ordinirao ili odobrio tu mjeru i opis svih mogućih ozljeda bolesnika ili osoblja.

Također CPT smatra kako bi trebalo razmotriti mogućnost redovitog podnošenja izvješća nekom vanjskom nadzornom tijelu. Prednost takvog mehanizma sastojala bi se u tome što bi on mogao pružiti nacionalni ili regionalni pregled prakse ograničenja slobode kretanja bolesnika, što bi bilo korisno za bolje shvaćanje i potpuniju kontrolu nad primjenom sredstava za ograničavanje.

Vidovi sputavanja

Opće je pravilo da sputavanje bolesnika treba biti samo posljednje sredstvo. To je ekstremna mjera koja se primjenjuje kako bi se spriječila neposredna povreda ili kako bi se smanjila akutna uznemirenost i/ili nasilje.

CPT je u svojim obilascima nailazio na najrazličitije metode koje se primjenjuju radi kontrole uznemirenih i/ili nasilnih bolesnika: praćenje u stopu (kada je netko od osoblja konstantno uz bolesnika i intervenira u njegovim aktivnostima kad god je to nužno), manualna kontrola, mehaničko sputavanje pomoću remena, zaštitnih košulja ili zatvorenih postelja, kemijsko obuzdavanje), davanje lijekova bolesniku protiv njegove volje u cilju kontroliranja ponašanja i izdvajanje.

Opće je pravilo da metoda koja se bira kada je riječ o određenom bolesniku treba biti najprimjerenija situaciji u tom trenutku. Preporuka je CPT-a primjena verbalnog uvjeravanja kao najčešća tehnika, mada je, povremeno, nužno pribjeći i drugim sredstvima kojima se izravno ograničava bolesnikova sloboda kretanja.

Mjesto za eventualno sputavanje bolesnika trebalo bi biti posebno projektirano i opremljeno u te svrhe. Ono mora biti sigurno i moralo bi biti na odgovarajući način osvijetljeno i zagrijano, jer se tako može stvoriti okruženje koje je za bolesnika umirujuće.

Bolesnik bi trebao biti prikladno odjeven i ne bi trebao biti izložen pogledima drugih bolesnika, osim ako to izričito ne traži ili u slučaju da je riječ o bolesniku za kojeg se zna da više voli biti u društvu.

U svim okolnostima mora biti zajamčeno da ostali bolesnici ni na koji način ne mogu ozlijediti bolesnika koji je sputan. Osoblju koje primjenjuje sredstva za sputavanje na određenom bolesniku nikako ne smiju pomagati drugi bolesnici. Vitalne funkcije bolesnika, sposobnost komunikacije, mogućnost da jede i pije ničim ne smiju biti ugrožene ili osujećene.

Bolesnici koji su dobrovoljno došli na liječenje u psihijatrijsku ustanovu mogu se sputati samo ukoliko na to pristanu. Ukoliko se smatra da je primjena sredstava za sputavanje kod bolesnika koji je na dobrovoljnom liječenju nužna, a bolesnik na to ne pristane, treba preispitati njegov pravni status.

Pribjegavanje mjerama sputavanja u znatnoj mjeri mogu utjecati i neklinički faktori kao što su način na koji osoblje percipira svoju ulogu ili svijest bolesnika o vlastitim pravima. Da bi se pribjegavanje mjerama sputavanja bolesnika svelo na podnošljivi minimum nužna je promjena kulture u mnogim psihijatrijskim ustanovama. Od ključnog je značaja u tom pogledu uloga uprave bolnica (CPT, 2010).

Prevenција zlostavljanja

Obzirom na nadležnost CPT-a, njegov prioritet prilikom posjete psihijatrijskoj ustanovi je utvrditi da li postoje naznake namjernog zlostavljanja bolesnika. Kako se navodi u izvješćima, takve naznake se rijetko nalaze.

Općenito gledano, CPT želi zabilježiti požrtvovne napore pri zdravstvenoj skrbi za bolesnika, uočene kod velikog dijela osoblja u većini psihijatrijskih ustanova koje su posjetile njegove delegacije. Ovakav izvještaj je za pohvalu, s obzirom na mali broj osoblja i oskudna sredstva koja imaju na raspolaganju.

Usprkos gore navedenom, zapažanja CPT-a tijekom monitoringa, kao i izvješća primljena iz drugih izvora, ukazuju da u psihijatrijskim ustanovama s vremena na vrijeme ipak dolazi do namjernog zlostavljanja bolesnika.

Rad sa osobama oboljelim od psihičkih poremećaja uvijek predstavlja ozbiljnu zadaću za sve kategorije angažiranog osoblja. Nerijetko zdravstvenom osoblju u njihovom radu pomaže pomoćno osoblje te je od ključne važnosti da pomoćno osoblje bude pažljivo odabrano i da ima odgovarajuću edukaciju. Tijekom izvršavanja svojih radnih obaveza pomoćno osoblje mora biti pažljivo nadzirano i podvrgnuto rukovođenju od strane stručnog zdravstvenog tima.

Navedeno je vrlo važno jer informacije kojima raspolaže CPT ukazuju da u slučajevima zlostavljanja od strane osoblja u psihijatrijskim ustanovama, to zlostavljanje obično vrši pomoćno osoblje, a ne medicinsko ili stručno osoblje za zdravstvenu njegu.

Također je od iznimne važnosti ustanoviti odgovarajuće postupke kako bi se bolesnici bili zaštićeni od drugih bolesnika koji bi ih mogli ozlijediti. Ovo, između ostalog zahtijeva prisutnost odgovarajućeg broja zdravstvenih djelatnika u svakom trenutku, uključujući tijekom noći i vikenda.

Treba pronaći specifična rješenja za posebno ugrožene bolesnike, na primjer adolescenti oboljeli od psihičkih poremećaja ne bi smjeli biti smješteni skupa sa odraslim bolesnicima.

Pravilan nadzor svih kategorija osoblja od strane uprave može doprinijeti prevenciji zlostavljanja. Od strane uprave bolnica mora biti upućena jasna poruka koja bi ukazivala na to da fizičko ili psihičko zlostavljanje bolesnika nije prihvatljivo, i da će se u slučaju pojave takvog ponašanja zdravstvenih djelatnika prema bolesniku poduzimati disciplinski postupci. Rukovodeće osoblje mora osigurati okruženje gdje je terapijska uloga osoblja u psihijatrijskim ustanovama primarna u odnosu na sigurnosne aspekte (CPT, 2010).

7. Nacionalni okvir

Prava osoba s invaliditetom i njihovo poštivanje bitna su karakteristika svake demokratske države. Zaštita prava osoba s invaliditetom i osiguravanje politike jednakih mogućnosti za osobe s invaliditetom usko je vezana uz dokumente UN, Vijeća Europe i Europske unije.

Pučki pravobranitelj

Na sjednici Hrvatskog sabora 21. listopada 2011. donešen je Zakon o pučkom pravobranitelju. Prije donošenja tog zakona kao savjetodavno i stručno tijelo koje je davalo prijedloge, mišljenja i stručna obrazloženja iz područja položaja, zaštite i rehabilitacije osoba s invaliditetom i njihovih obitelji djelovalo je Povjerenstvo za osobe s invaliditetom koje je osnovala Vlada RH 1997.

Prema Zakonu o pučkom pravobranitelju, Pučki pravobranitelj je opunomoćenik Hrvatskog sabora za promicanje i zaštitu ljudskih prava. Pučki pravobranitelj u području promicanja ljudskih prava prati stanje i ukazuje na potrebu njihove zaštite, obavlja istraživačko-analitičku djelatnost, razvija i održava bazu podataka i dokumentacije, informira javnost i zainteresirane sudionike, aktivno potiče i održava suradnju s organizacijama civilnog društva, međunarodnim organizacijama i znanstvenoistraživačkim institucijama i potiče usklađivanje zakonodavstva s međunarodnim i europskim standardima i njihovu primjenu (Hrvatski sabor, 2011).

Nacionalni preventivni mehanizam (NPM)

Hrvatski sabor usvojio je 28. siječnja 2011. Zakon o Nacionalnom preventivnom mehanizmu za sprečavanje mučenja i drugih okrutnih, neljudskih ili ponižavajućih postupaka ili kažnjavanja. Tim zakonom je određeno da poslove NPM obavlja pučki pravobranitelj, zajedno sa dva predstavnika udruga registriranih za obavljanje djelatnosti iz područja zaštite ljudskih prava i dva predstavnika akademske zajednice. O svom radu NPM izvješćuje Hrvatski sabor.

Osnovna zadaća NPM-a su obilasci mjesta gdje se nalaze osobe lišene slobode. Takvim osobama prema Zakonu o nacionalnom preventivnom mehanizmu smatraju se one osobe kojima je određeno bilo kakvo zadržavanje, zatvaranje ili smještaj u mjesto pod javnim nadzorom i koje to mjesto ne smiju napustiti po svojoj volji.

U RH osim mjesta u nadležnosti Ministarstva pravosuđa i Ministarstva unutarnjih poslova NPM posjećuje i mjesta u nadležnosti Ministarstva zdravlja, psihijatrijske bolnice namijenjene smještaju nebrojivih osoba kojih ima četiri, druge bolničke zdravstvene ustanove koje s Hrvatskim Zavodom za zdravstveno osiguranje imaju ugovorenu djelatnost psihijatrije, njih 27, te Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra.

Osim navedenog NPM posjećuje i mjesta u nadležnosti Ministarstva socijalne politike i mladih u koja između ostalog spadaju i domovi za psihički bolesne odrasle osobe, obiteljski domovi te druge pravne osobe koje pružaju usluge stalnog smještaja psihički bolesnim odraslim osobama (51), te domovi za tjelesno ili mentalno oštećene osobe, obiteljski domovi te druge pravne osobe koje pružaju usluge stalnog smještaja tjelesno ili mentalno oštećenim osobama (66).

Osobe koje sudjeluju u obavljanju poslova NPM-a imaju ovlasti nenajavljenih obilazaka tijela ili ustanova te pregleda prostorija u kojima se nalaze osobe lišene slobode. Imaju pravo slobodnog pristupa podacima o tijelima i ustanovama gdje se nalaze osobe lišene slobode, podacima o broju osoba lišenih slobode, podacima o postupanju s osobama lišenim slobode u skladu sa zakonom. Imaju pravo razgovarati s osobama lišenim slobode po slobodnom izboru bez nazočnosti djelatnika iz ustanove koja se obilazi, razgovarati s drugim osobama koje im mogu dati odgovarajuće informacije vezane uz sumnju na kršenje ljudskih prava.

Svaki obilazak provodi se prema unaprijed utvrđenom planu. Prije obilaska sastavlja se upitnik o osnovnim informacijama tijela ili ustanove koji se obilazi, a po potrebi i anonimni upitnik za osobe lišene slobode i zaposlenike. Plan obilaska se zasniva na podacima o stupnju poštivanja ljudskih prava kojima raspolaže pučki pravobranitelj temeljem dosadašnjih pregleda i rada po pritužbama osoba lišenih slobode, odlukama Ustavnog suda RH i Europskog suda za ljudska prava te na izvješćima CPT-a, a obilazak može biti redovit, tijekom kojeg se utvrđuje sveukupno postupanje prema osobama lišenim slobode, ciljan koji je usmjeren na utvrđivanje pojedinog segmenta postupanja ili kontrolni, kojem je cilj utvrditi provođenje preporuka iz izvješća o obilasku.

Ovisno o vrsti, obilasci mogu trajati od jednog do nekoliko dana i uvijek su nenajavljeni. O obavljenom obilasku sastavlja se zapisnik temeljem kojeg pučki pravobranitelj izrađuje izvješće s preporukama te ga dostavlja tijelima ili ustanovama koja su dužna, u roku koji odredi pučki pravobranitelj, poduzeti mjere i o tome bez odgađanja obavijestiti pučkog pravobranitelja (Zakon o Nacionalnom preventivnom mehanizmu za

sprečavanje mučenja i drugih okrutnih, neljudskih ili ponižavajućih postupaka ili kažnjavanja NN18/11, 33/15).

Povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama

Prema ZZODS Povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama se sastoji od 11 članova, od kojih je 5 stručnjaka iz područja psihijatrije, 4 stručnjaka iz područja prava, 1 stručnjak iz područja socijalnog rada i jedan predstavnik udruga registriranih iz područja zaštite ljudskih prava. Povjerenstvo i predsjednika Povjerenstva imenuje ministar nadležan za poslove pravosuđa na vrijeme od 4 godine.

Povjerenstvo je nadležno raspravljati o pitanjima važnima za osobe s duševnim smetnjama te predlagati i poticati donošenje mjera za njezino unapređenje; pratiti poštivanje ljudskih prava i sloboda te dostojanstva osoba s duševnim smetnjama; pratiti provođenje postupaka propisanih ZZODS i predlagati preporuke radi uklanjanja uočenih nepravilnosti; ispitati pojedinačne slučajeve prisilnog zadržavanja i posebno primjenu posebnih medicinskih postupaka i mjera prisile prema osobama s duševnim smetnjama; pratiti izvršavanje predloženih preporuka; iznositi nadležnim tijelima prijedloge i mišljenja u vezi s primjenom ZZODS; odobravati projekte biomedicinskih istraživanja nad osobama s duševnim smetnjama i njihovu provedbu; razmatrati i davati mišljenje o drugim pitanjima važnima za zaštitu osoba s duševnim smetnjama i unapređivanje njihovog zdravlja.

Kako bi provjerili uvjete i način provođenja zaštite i liječenja osoba s duševnim smetnjama članovi Povjerenstva mogu, uz najavu ili bez nje, obilaziti psihijatrijske ustanove i ustanove socijalne skrbi. Na temelju zapisnika o obilasku Povjerenstvo sastavlja izvješće koje se dostavlja ustanovi u kojoj je obilazak obavljen, tijelu nadležnom za nadzor ustanove, podnositelju prijave ako je povod obilasku bila pojedinačna prijava i osobi s duševnim smetnjama ako je bila razlogom obilaska.

O svakoj povredi zakona ili povredi pravila struke Povjerenstvo je obavezno bez odgode, najkasnije u roku od 15 dana od utvrđene povrede, obavijestiti nadležno tijelo i nadležnu komoru radi poduzimanja propisanih mjera (ZZODS, 2014).

III. MONITORING LJUDSKIH PRAVA

III. MONITORING LJUDSKIH PRAVA

Ljudska prava su temeljna prava koja ima svaka osoba, prava koja stječe rođenjem, a koja su neotuđiva i nedjeljiva. Za razvoj ljudskih prava ključno je bilo usvajanje UN-ove Opće deklaracije o ljudskim pravima od strane Opće skupštine UN-a.

Za razvoj ljudskih prava na europskoj regionalnoj razini posebni značaj ima Europska konvencija o ljudskim pravima iz 1950. Donošenjem Opće deklaracije potvrđena je ideja o univerzalnosti ljudskih prava. Deklaracija je utjecala da ustavi zemalja i iz njih izvedeni zakoni garantiraju ta prava. Vremenom je postalo jasno da su uz opće garancije neophodne i garancije posebnim grupama populacije među koje spadaju fizički i mentalno oboljeli (Centar za mirovne studije, 2013).

Monitoring ljudskih prava osoba s psihičkim poremećajima ima za cilj smanjiti pojavnost čimbenika viktimizacije, te doprinijeti jačanju svijesti zdravstvenih djelatnika o potrebi poštivanja ljudskih prava tih osoba, i u konačnici unapređenju zaštite zdravlja ove populacije.

Monitoring podrazumijeva skupljanje točnih i pouzdanih informacija što je ponekad teško, jer sam odlazak u psihijatrijske ustanove ili ustanove socijalne skrbi može predstavljati emotivno iskustvo.

Vremensko ograničenje, puno pitanja i pritisak da se dođe do kompletnih informacija predstavljaju dodatne poteškoće prilikom monitoringa. Imajući u vidu navedene poteškoće, važno je napraviti plan monitoringa kako bi se postigao najviši mogući standard preciznosti u okviru danih mogućnosti.

Neki od principa monitoringa su: ne nanositi štetu, provoditi redovan monitoring, pokazati neovisnost, formirati vjerodostojan tim, sakupljati pouzdane informacije, usvojiti istraživački način razmišljanja, pohraniti informacije na sigurno mjesto.

Navedeni principi sadržani su u Priručniku za obuku o monitoringu ljudskih prava UN-a i predstavljaju standarde koje treba slijediti svaki tim za monitoring. Autori priručnika preporučuju priručnik kao nezaobilazno štivo za svakoga tko razmišlja o bavljenju monitoringom ljudskih prava u psihijatrijskim ustanovama i ustanovama socijalne skrbi.

Osnovni koraci monitoringa ljudskih prava su slijedeći: odrediti ciljeve monitoringa, formirati tim za monitoring, obučiti osobe koje će obavljati monitoring, prikupiti osnovne informacije, planirati posjete, obaviti posjete, napisati izvještaj, napraviti procjenu procesa, planirati buduće posjete (The ITHACA Project Group, 2010).

Ljudska prava oboljelih od psihičkih poremećaja u Hrvatskoj

RH se svojim Ustavom obvezala na pružanje posebne zaštite i brige osobama s invaliditetom i promicanje njihove integracije u društvo. Hrvatski zakonski sustav usvojio je međunarodne standarde i, pretočio ih u zakone, te proveo niz reformi i nacionalnih programa koji se tiču prava osoba s psihičkim teškoćama.

Usprkos tome oboljeli od psihičkih poremećaja su i dalje izloženi stigmati, izolaciji i diskriminaciji na temelju svog invaliditeta, često s pogrešnom percepcijom javnosti i strahom. Vijeće UN-a za ljudska prava, Europska komisija, organizacije civilnog društva, ta nacionalne ustanove koje se bave ljudskim pravima ističu da RH nije učinila dovoljno kako bi unaprijedila život osobama s intelektualnim i psihičkim poteškoćama i uskladila zakon, politiku i praksu s međunarodnim zahtjevima i standardima.

RH kao članica UN-a i Vijeća Europe te potpisnica svih ključnih konvencija i standarda u području socijalne i ekonomske sigurnosti građana preuzela je obvezu zaštite i promicanja ljudskih prava osoba s invaliditetom. Ovo se posebice odnosi na područja izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom kako bi mogle ravnopravno sudjelovati u građanskim, političkim, ekonomskim, kulturnim i političkim područjima života.

RH je u ožujku 2007. potpisala Europsku konvenciju o pravima osoba s invaliditetom UN-a koju je potom Hrvatski sabor ratificirao 1. lipnja 2007. Ustav RH jamči posebnu skrb države za osobe s invaliditetom (Vlada Republike Hrvatske, 2011).

U RH je 2008. donesen Zakon o suzbijanju diskriminacije kojim se: „...osigurava zaštita i promicanje jednakosti kao najviše vrednote ustavnog poretka Republike Hrvatske, stvaraju se pretpostavke za ostvarivanje jednakih mogućnosti i uređuje zaštita od diskriminacije na osnovi rase ili etničke pripadnosti ili boje kože, spola, jezika, vjere, političkog ili drugog uvjerenja, nacionalnog ili socijalnog porijekla, imovnog stanja, članstva u sindikatu, obrazovanja, društvenog položaja, bračnog ili obiteljskog statusa, dobi, zdravstvenog stanja, invaliditeta, genetskog nasljeđa, rodnog identiteta, izražavanja ili spolne orijentacije“. „Diskriminacijom u smislu ovog Zakona smatra se stavljanje u nepovoljniji položaj bilo koje osobe po osnovi iz stavka 1. ovog članka, kao i osobe povezane s njom rodbinskim ili drugim vezama“. Središnje tijelo nadležno za suzbijanje diskriminacije je Pučki pravobranitelj (Zakon o suzbijanju diskriminacije, pročišćeni tekst zakona NN85/08,112/12).

1. Pregled i analiza izvješća monitoringa CPT-a i NPM nakon posjete RH

Članovi CPT-a su posjetili RH tri puta: 2003., 2007. i 2012. Sva tri izvješća upućena Vladi RH su javna i mogu se pročitati na stranicama Odbora.

Pregled izvješća CPT-a nakon posjete RH 2003.

Vezano uz ustanove za liječenje i smještaj oboljelih od psihičkih poremećaja članovi CPT-a su 2003. posjetili PB Vrapče i Dom za odrasle psihički bolesne osobe Nuštar.

U izvješću je navedeno da je većina monitoriranih odjela zadovoljavalo propisane standarde, osim par odjela koji standarde nisu zadovoljavali. Odjeli koji nisu zadovoljavali standarde bili su smješteni u starim, ruševnim zgradama (ovo se posebno odnosilo na odjel za forenzičke bolesnike i muški odjel za kronične bolesnike oboljele od psihičkih poremećaja u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče). Bolesničke sobe bile su prenapučene, bolesnički kreveti su se dodirivali i nedostajalo je osobnog prostora i privatnosti. Navedeni odjeli su zadovoljavali higijenske uvjete.

U izvješću se napominje da ne postoji vanjski prostor koji bi bolesnicima osiguravao svakodnevni boravak na svježem zraku, kao i nedostatak osoblja koje bi s bolesnicima išlo u šetnje.

Članovi CPT-a su tijekom monitoringa bili obaviješteni od strane ravnatelja Psihijatrijske bolnice Vrapče da se tijekom 2004. planira početak izgradnje novog odjela za forenzičke bolesnike.

Preporuke: hitno riješiti pitanje uvjeta življenja u trošnim zgradama (posebno dva ranije navedena odjela); smanjiti broj kreveta u pojedinim sobama za bolesnike (potrebno osigurati minimalno 4m² prostora za svakog bolesnika); bolesnicima koji borave na „zatvorenim“ odjelima što prije osigurati boravak minimalno 1h dnevno na svježem zraku.

Na pojedinim odjelima zajedno su smješteni muškarci i žene, koji tijekom noći spavaju u odvojenim sobama.

Preporuka je bila da se poduzmu mjere koje će osigurati bolesnicima smještaj u kojem bolesnici neće biti izloženi neprimjerenim interakcijama s bolesnicima suprotnog spola. Također naglašavaju važnost da bolesnice imaju odvojen sanitarni čvor.

Vezano uz liječenje bolesnika u izvješću je navedeno da su članovi CPT-a uglavnom bili zadovoljni liječenjem i zdravstvenom njegom koja je pružana bolesnicima. Glavni oblik liječenja bila je farmakoterapija. Članovi CPT-a nisu naišli na probleme s opskrbom

lijekovima. Na pojedinim odjelima oko 80% bolesnika bilo je uključeno u neki oblik okupacione terapije.

Ipak, pojedini odjeli prema mišljenju članova CPT-a nisu zadovoljavali preporučene standarde. Kao razlozi nezadovoljstva vezano uz liječenje navedeni su: neadekvatni materijalni uvjeti, prenapučene i stare zgrade, heterogenost bolesnika, gdje su na istom odjelu smješteni bolesnici oboljeli od shizofrenije i bolesnici sa poremećajima ponašanja te nedostatak osoblja. Članovi CPT-a bili su obaviješteni da na navedenim odjelima bolesnici borave dugi niz godina jer postoji mala mogućnost otpusta iz bolnice (obitelj ne želi bolesnika, nedostatak smještaja u domovima socijalne skrbi).

Preporuke: poboljšati kvalitetu vođenja dokumentacije, za svakog bolesnika potrebno je izraditi pismeni individualni plan liječenja u koji bi bolesnik trebao biti aktivno uključen, odnosno donositi odluke o liječenju zajedno s liječnikom; povećati broj osoblja koje bi provodilo okupacionu terapiju i ponuditi bolesnicima više rehabilitacijskih i rekreacijskih aktivnosti; povećati broj psihologa i socijalnih radnika; odvojiti bolesnike oboljele od psihotičnih poremećaja od bolesnika oboljelih od poremećaja ponašanja; poboljšati uvjete za otpust bolesnika u zajednicu.

Članovi CPT-a su izvijestili o nedostatku kvalificiranog osoblja u monitoriranim ustanovama (na svim odjelima). Nedostatak osoblja se odnosio na liječnike, medicinske sestre/tehničare, psihologe, socijalne radnike i radne terapeute.

Preporuke: poduzeti mjere koje će osigurati dovoljan broj liječnika psihijatar, medicinskih sestara/tehničara, psihologa, socijalnih radnika i radnih terapeuta kako bi se osigurao multidisciplinarni pristup u liječenju.

U monitoriranim ustanovama vezano uz primjenu sredstava za ograničenje slobode kretanja članovi CPT-a nisu zabilježili slučajeve izdvajanja bolesnika u sobu za izolaciju.

Soba za izolaciju koja se nalazila na jednom monitoriranom odjelu prema izvješću CPT- a nije zadovoljavala standarde. Bila je premala i onemogućavala bi bolesniku/osoblju da se kreće. Nije bila smještena blizu ambulante i nije pružala nikakvu mogućnost monitoringa bolesnika. Nije imala pristup dnevnom svjetlu, zidovi su bilo obloženi keramičkim pločicama. U izvješću je naglašeno da je soba potpuno neprimjerena za izdvajanje bolesnika i da nikada ne bi trebala biti uporabljena za tu svrhu.

Tijekom obilaska članovi CPT-a evidentirali su u jednoj od monitoriranih ustanova par slučajeva fizičkog sputavanja bolesnika koji nisu bili u skladu s propisanim standardima. Bolesnici su bili sputani u bolesničkoj sobi i bili su izloženi pogledima drugih bolesnika.

Jedan je bolesnik, kako se navodi u izvješću bio sputan bez prekida tri dana i tri noći, nakon što je fizički napao dvije medicinske sestre.

U izvješću je naglašeno da su članovi CPT-a posebno zabrinuti ovakvim načinom sputavanja bolesnika, te smatraju da sputavanje koje traje ovako dugo vremena nije terapijski opravdano.

Osim navedenog razlog zabrinutosti bio je što se za fizički sputane bolesnike nije vodila pravilna dokumentacija (liječnička/sestrinska). Članovi CPT-a su bili obaviješteni da je u tijeku izrada dokumentacije za slučajeve primjene mjera prisile kao i brošura koja bi bolesnike informirala o njihovim pravima.

Preporuke: uspostaviti detaljnu pisanu dokumentaciju vezanu uz pravila primjene mjera prisile; provesti edukaciju osoblja o primjeni mjera prisile; primjena mjera prisile mora uvijek biti ordinirana od strane liječnika, osim u iznimnim slučajevima ali odmah nakon primjene mjera prisile liječnik mora biti obaviješten; instrumenti mjera prisile moraju biti uklonjeni što je prije moguće; bolesnik na kojeg je primijenjena mjera prisile mora biti pod pojačanim nadzorom; liječnik mora nakon određenog vremena razmotriti potrebu za daljnjom primjenom mjera prisile (oko svaka 2 sata).

U vrijeme monitoringa u jednoj ustanovi broj prisilno hospitaliziranih bolesnika bio je ispod 5%, što je prema svjetskim podacima bilo ispod prosjeka.

Također je evidentirano da veliki broj hospitaliziranih bolesnika nije imao pisani informirani pristanak ili nisu bili u mogućnosti dati isti. Vezano uz navedeno od Hrvatskih vlasti je traženo očitovanje.

Preporuke: implementirati zakonske procedure vezane uz prisilnu hospitalizaciju; napraviti distinkciju u zakonu između prisilne hospitalizacije i liječenja bez pristanka; poduzeti mjere koje bi osigurale uspostavu državnog tijela koje bi vršilo monitoring ustanova u kojima su smještene osobe oboljele od psihičkih poremećaja u svrhu zaštite njihovih prava.

Zaključno u izvješću iz 2003. je navedeno da su u monitoriranim ustanova odnosi između osoblja i bolesnika bili dobri i da je vladala ugodna atmosfera na odjelima. (CPT, 2003).

Pregled izvješća CPT-a nakon posjete RH 2007.

Članovi CPT-a su 2007. posjetili PB Vrapče i Dom za odrasle psihički bolesne osobe u Puli. Razlog ponovnog monitoringa PB Vrapče je bio provjeriti da li su ispunjeni zahtjevi i preporuke koje je komisija CPT-a propisala u izvješću nakon monitoringa provedenog 2003.

U daljnjem tekstu izneseno je samo izvješće CPT-a vezano za Psihijatrijsku bolnicu Vrapče radi lakše usporedbe dvaju izvješća CPT-a.

U izvješću CPT-a navedeno kako nije napravljen progres u izgradnji novog odjela za forenzičke bolesnike (kako je bilo preporučeno u izvješću 2003.). Kao razlog članovima CPT-a navedeno je da još uvijek nije postignut dogovor tko će financirati izgradnju istog.

Zgrada u kojoj je bio smješten odjel za kronične bolesnike oboljele od psihičkih poremećaja i odjel za forenzičke bolesnike bila je srušena i u tijeku je bila izgradnja nove.

Forenzički bolesnici bili su preseljeni u drugu zgradu koja je prema izvješću bila zadovoljavajućih uvjeta za život ali su sobe i dalje bile prenapučene i nisu osiguravale bolesnicima osobni prostor i privatnost. Većina bolesnika na odjelu za forenzičke bolesnike bili su odjeveni u pidžame što nije bilo u skladu sa standardima CPT-a i na što su članovi CPT-a upozorili i dali preporuku tijekom monitoringa 2003.

Bolesnici sa kroničnog odjela bili su ili otpušteni ili premješteni na druge odjele unutar bolnice. 19 bolesnika bilo je smješteno na odjel u zgradi koja prema navodima članova CPT-a nije zadovoljavala standarde.

Preporuke: preporuka vlastima RH bila je urgentno rješavanje pitanje smještaja forenzičkih bolesnika; poduzeti mjere za smanjenje kapaciteta kreveta u sobama i omogućiti bolesnicima bolje okruženje i više privatnosti; bolesnicima dopustiti da odijevaju civilnu odjeću kako bi očuvali osobni identitete i samopoštovanje, odijevanje vlastite odjeće mora biti dio terapijskog procesa.

Prema izvješću CPT-a farmakoterapija je ostala i dalje glavni oblik liječenja. Dokumentacija bolesnika bila je dobro vođena ali je u pojedinim dosjeima bolesnika nedostajao individualni plan liječenja. Bolesnici su bili uključeni u psihoterapijske i okupacione aktivnosti ali prema mišljenju članova CPT-a ne dovoljno.

Prema preporuci CPT-a nakon monitoringa obavljenog 2003., bolesnicima koji se liječe na zatvorenim odjelima trebalo je osigurati rekreaciju na svježem zraku u trajanju od minimalno 1 sat dnevno. U izvješću se navodi da nije bilo napretka vezano u ovu preporuku.

Preporuke: za svakog bolesnika izraditi individualni plan liječenja; povećati broj rehabilitacijskih i okupacionih aktivnosti za bolesnike kako bi ih se što bolje pripremio za

povratak u zajednicu; povećati broj osoblja kvalificiranog za provođenje rehabilitacijskih i okupacionih aktivnosti (posebno radne terapeute); bolesnicima koji borave na zatvorenim odjelima što prije osigurati mogućnost rekreacije na svježem zraku u trajanju od minimalno 1 sat dnevno; što prije riješiti pitanje smještaja preostalih 19 bolesnika koji su smješteni u zgradi koja ne zadovoljava standarde CPT-a.

Vezano uz ograničenje slobode kretanja, u izvješću je navedeno da nije zabilježen niti jedan slučaj izdvajanja bolesnika u sobu za izolaciju (što je bila i preporuka nakon monitoringa 2003.), obzirom da soba za izolaciju nije zadovoljavala standarde CPT-a. Nije zabilježen niti jedan slučaj da je bolesnik bio fizički sputan duže vremena.

Članovi CPT-a zabilježili su da je u bolnici izrađena dokumentacija koja se ispunjava u slučajevima primjene mjera prisile. Dokumentacija se ispunjava u dvije forme. Jedna za primjenu mjera prisile koja sadržava podatke o bolesniku, razlozima primjene mjera prisile, koja je mjera poduzeta, vrijeme početka i vrijeme završetka primjene mjere prisile, tko je odredio mjeru prisile i podatke o nadzoru bolesnika. Druga forma dokumentacije koristi se za svakodnevno izvješće o primjeni mjera prisile na pojedinim odjelima unutar bolnice i sadržava podatke o broju primjena mjera prisile, spol bolesnika i vrijeme koliko je trajala primjena mjera prisile. Članovi CPT-a u svom izvješću pohvalili su izradu vodiča za primjenu mjera prisile (prema preporuci nakon monitoringa 2003.).

Ono što su u svom izvješću članovi CPT-a naveli kao zabrinjavajuće je činjenica da su bolesnici koji su bili fizički sputani tijekom monitoringa bili izloženi pogledima drugih bolesnika.

Preporuke: vezano uz primjenu instrumenata mjera prisile preporuke su bile jednake onima iz 2003. godine.

Vezano uz prisilnu hospitalizaciju CPT u izvješću iznosi da je situacija ostala nepromijenjena. Prema bolničkim podacima iz 2006. u bolnici bilo prisilno hospitalizirano 2,6%.

U izvješću CPT-a stoji da ih je bolničko osoblje izvijestilo da su bolesnici prilikom hospitalizacije potpisivali informirani pristanak ali da je s vremenom ta praksa ukinuta.

Preporuke: svim bolesnicima potrebno je dati informacije o njihovom stanju i načinima liječenja; liječnicima je preporučeno da bi trebali težiti bolesnikovom pristanku na liječenje; potrebno je bolesniku davati sve potrebne informacije tijekom i poslije provođenja liječenja.

Članovi CPT-a su tijekom monitoringa dobili brošuru koja je sadržavala informacije za bolesnike. Preporuka članova CPT-a bila je da primjerak brošure treba dati svakom

bolesniku kod prijema u bolnicu kao i članovima njegove obitelji. Bolesnici koji nisu u mogućnosti shvatiti informacije iz brošure trebaju dobiti objašnjenje i pomoć u razumijevanju iste.

U izvješću je navedeno se kako nije bilo ograničenja kontakta bolesnika sa vanjskim svijetom, odnosno ograničavanja posjeta bolesnicima. Ipak, članovi CPT-a dali su prigovora na nedostatak adekvatnih prostorija za posjete.

U izvješću o monitoringu iz 2003. CPT je naglasio važnost da vlasti RH uspostave neovisno državno tijelo koje bi vršilo monitoring ustanova u kojima su smještene osobe oboljele od psihičkih poremećaja. U izvješću iz 2007. navodi se kako takvo tijelo još uvijek nije uspostavljeno te je preporučeno da se takvo tijelo uspostavi. (CPT, 2008)

Pregled izvješća CPT-a nakon posjete RH 2012.

Vezano uz ustanove za liječenje i smještaj oboljelih od psihičkih poremećaja 2012. članovi CPT-a posjetili su PB Rab.

Vezano za životne uvjete u izvješću je navedeno da odjeli uglavnom zadovoljavaju standarde, no postoje i odjeli koji ne zadovoljavaju. Odjel za forenzičke pacijente u PB Rab, naveden je kao odjel koji ne zadovoljava standarde zbog prenapučenosti i onemogućava bolesnicima osobni prostor i privatnost.

Gotovi svi monitorirani odjeli bili su miješani odjeli, odnosno na odjelima su bili smješteni zajedno bolesnici oba spola.

Većina bolesnika na monitoriranim odjelima bilo je obučeno u pidžame što je u suprotnosti sa propisanim standardima. Bolesnici imaju pristup svježem zraku svakodnevno jer bolnica ima veliko zemljište okruženo prirodom.

Psihosocijalni tretman koji se provodi s bolesnicima prema izvješću bio je potpuno adekvatan. Opskrba lijekovima bila je dobra. Većina bolesnika bila je uključena u neki oblik psihosocijalne rehabilitacije.

Multidisciplinarni pristup u liječenju bolesnika bio je evidentiran u bolesničkim dosjeima. Bolesnici su imali individualni plan liječenja no planovi nisu bili potpuni. Članovi CPT-a bili su zadovoljni načinom pružanja somatske zdravstvene njege.

Članovi CPT-a u globalu su bili zadovoljni brojem osoblja. Unatoč tome dali su prigovor na premalo osoblja u popodnevnoj i noćnoj smjeni.

Preporuke: povećati broj medicinskih sestara/tehničara u noćnoj smjeni; povećati broj socijalnih radnika; uključiti više bolesnika sa kognitivnim oštećenjima u rehabilitacijske programe; svakom bolesniku izraditi individualni plan liječenja i pravilno ga ispunjavati.

Prema izvješću u Psihijatrijskoj bolnici Rab upotrebljavaju se sredstva za ograničavanje slobode kretanja. Ona uključuju magnetne remene i zaštitne košulje. Članovi monitoringa nisu našli dokaze njihove zlouporabe, no dali su prigovor na nedostatnu dokumentaciju vezanu uz primjenu mjera prisile.

Preporuke: pridržavati se preporuka CPT-a vezano uz primjenu mjera prisile; mjere mehanički sputani bolesnici ne smiju biti izloženi pogledima drugih bolesnika osim ako to sam bolesnik ne želi; kvalificirano osoblje mora konstantno nadzirati sputanog bolesnika; svaki postupak primjene mjera prisile mora biti evidentiran u za to predviđen registar kao i u bolesnikov osobni dosje (CPT, 2014).

2. Izvješće Nacionalnog preventivnog mehanizma (NPM)

Ured pučke pravobraniteljice je 2014. po prvi put u sklopu NPM posjetio psihijatrijske ustanove. Planom obilaska obuhvaćene su slijedeće ustanove: NPB Ivan Barbot, PB Ugljan, PB Lopača, PB Rab i Klinika za psihijatriju Vrapče.

Obilaskom ovih ustanova dobio se uvid u prava različitih kategorija osoba koje se nalaze u psihijatrijskim ustanovama: prisilno smještene nebrojive osobe, osobe s težim duševnim smetnjama koje ozbiljno i izravno ugrožavaju vlastiti život i zdravlje, odnosno život i zdravlje ili sigurnost drugih osoba, a koje su prisilno smještene temeljem odluke županijskog suda, djece s duševnim smetnjama (Lopača), korisnika socijalnih usluga, te osoba koje same plaćaju smještaj u psihijatrijskim ustanovama (Lopača). U izvješću NPM navodi da je tijekom obilaska, na snazi je bio ZZODS-a iz 1997. godine.

Tijekom obilaska navedenih ustanova u njima bilo smješteno ukupno 2 107 bolesnika, pri čemu je najviše bolesnika bilo u NPB Popovača, a najmanje u PB Lopača.

Najveći broj osoba u pregledane psihijatrijske ustanove smješteno temeljem vlastitog dobrovoljnog pristanka ili, ako osoba nije sposobna dati pristanak, temeljem pristanka njihovog zakonskog zastupnika ili nadležnog centra za socijalnu skrb.

Udio prisilno smještenih osoba u ukupnom broju bolesnika iznosio je 18%, pri čemu je potrebno razlikovati „civilni“ prisilni smještaj (tadašnja glava V ZZODS-a/97) od prisilnog

smještaja neubrojivih osoba kojima je prisilni smještaj odredio sud u kaznenom postupku (tadašnja glava VII ZZODS-a/97).

Smještanje u psihijatrijsku ustanovu

Prilikom obilaska svih ustanova utvrđen je nedostatak evidencije bolesnika ovisno jesu li sami dali pristanak, jesu li smješteni temeljem smještaja bez pristanka ili su prisilno smješteni.

Utvrđeni su slučajevi smještaja bolesnika koji nisu forenzički, na forenzičke odjele. Ovi slučajevi nisu upitni kada su ti bolesnici prethodno bili na liječenju na dotičnom forenzičkom odjelu, imaju dobar terapijski odnos s odjelnim liječnicima i slažu se sa smještajem na forenzički odjel, kada možemo govoriti o fleksibilnosti ustanove u tretmanu bolesnika (primjerice, PB Rab). No, neprihvatljive su situacije kada se, radi viška slobodnih kreveta, neforenzički bolesnici smještaju na forenzički odjel, bez prethodno ispunjenih gore navedenih pretpostavki (primjerice, PB Ugljan).

U izvješću se dalje navodi da su u svim ustanovama ustanovili da osobe lišene poslovne sposobnosti nemaju osobne iskaznice kod sebe, već se one nalaze kod skrbnika. Ovakve situacije predstavljaju svojevrsan način ograničavanja kretanja, jer u slučaju da osoba koja kod sebe nema osobnu iskaznicu a kreće se izvan psihijatrijske ustanove čini prekršaj.

Tijekom obilaska NPM je zatekao bolesnike koji su štićenici Centra za socijalnu skrb (CZSS) i koji su i dalje u bolnici iako prema izjavama liječnika više ne postoje medicinske indikacije za liječenje ali ih se zbog njihovog psihofizičkog stanja i obzirom da nemaju nikoga od obitelji tko bi skrbio o njima nema gdje otpustiti. Ovdje je navedeno da bi se pitanje smještaja nakon otpusta iz bolnice trebalo riješiti u suradnji sa nadležnim centrima za socijalnu skrb.

Također je navedeno da u pravilu nedostaje smještajnih kapaciteta namijenjenih dugotrajnom smještaju osoba s duševnim smetnjama. CZSS u pravilu neredovito posjećuju svoje štićenike smještene u psihijatrijsku ustanovu, a neki godinama ne dolaze, iako sukladno Obiteljskom zakonu imaju obavezu pratiti prilike u kojima štićenik živi.

NPM navodi kako je nužno i uključivanje zdravstvenog sustava da bi se pružila psihosocijalna podrška kako bi se dodatno ojačale obitelji u koje se vraćaju osobe s duševnim smetnjama.

Evidentan je nedostatak odgovarajućih službi za zaštitu mentalnog zdravlja na lokalnoj razini, koje bi svojim djelovanjem između ostalog smanjile institucionalizaciju osoba s duševnim smetnjama i olakšale im ostanak u vlastitim obiteljima. Nikako se ne smije prepustiti obiteljima da se same, bez organizirane pomoći na lokalnoj razini, nose s problemima mentalnog zdravlja.

Također, bez osiguravanja odgovarajuće psihijatrijske skrbi u ambulantnim uvjetima u lokalnoj zajednici postoji visok rizik da se velikom broju bolesnika zdravlje pogorša brzo nakon izlaska iz bolnice. Nedostatak financijskih sredstava ne smije biti razlog nepostojanja učinkovite stručne potpore na lokalnoj razini, jer u konačnici, smještaj izvan vlastite obitelji, u okviru socijalne skrbi, predstavlja veći trošak (NPM, 2014).

Uvjeti smještaja

Vezano uz uvjete smještaja osnovni problemi koji su uočeni tijekom obilaska svih pet ustanova i nalaze se u izvješću NPM odnosili su se na veličinu soba i broj bolesnika u sobama, dostupnost ormarića za držanje osobnih stvari, čistoću i opremljenost kupaonica, postojanje odgovarajućih prostorija za posjete i pušenje, a u nekim slučajevima prostorije su zapuštene i potpuno neprimjerene za boravak.

Navedeni smještajni problemi ugrožavaju pravo na privatnost, ograničavaju pravo kretanja, otežavaju liječenje i rehabilitaciju te upućuju na ponižavajuće postupanje. Prenapučenost soba u kojima su smješteni bolesnici u suprotnosti su s propisanim standardima te se može negativno odraziti na poštivanje prava na privatnost te je preporuka da se nužno provede adaptacija prostora.

Također je preporuka da smještaj za pojedine kategorije dodatno ranjivih skupina bolesnika (djeca, adolescenti, starije osobe) treba biti prilagođen njihovim potrebama. Svim bolesnicima za vrijeme njihovog boravka u bolnici potrebno je osigurati pravo na privatnost i dostojanstvo te je kupaonice za bolesnike potrebno urediti na odgovarajući način.

U nekim ustanovama uočen je i nedostatak posebnih prostorija za posjete, što može otežati rehabilitaciju bolesnika te je nužno osigurati poticajno okruženje i zasebne prostorije opremljene namještajem za odvijanje posjeta, koje se prema potrebi i kada nema posjeta, mogu koristiti i za druge svrhe.

U svim bolnicama potrebno je adaptirati prostor tako da se nepokretnim i polupokretnim bolesnicima omogući izlazak na svjež zrak.

U nekim ustanovama nedostaju zasebne prostorije za pušenje te je potrebno, sukladno čl.13 Zakona o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda, na odjelima odrediti po jednu prostoriju samo za pušenje, kako bolesnici nepušači ne bi bili izloženi štetnim utjecajima duhanskog dima.

Prava osoba s duševnim smetnjama tijekom boravka u bolnici

Vezano uz prava osoba s duševnim smetnjama tijekom boravka u bolnici NPM u izvješću navodi da je tijekom posjeta psihijatrijskim ustanovama naišao na slučajeve da se prisilni smještaj nedovoljno razlikuje od takozvanog prisilnog liječenja, odnosno podvrgavanja osobe s težim duševnim smetnjama, bez njezina pristanka, pregledu ili drugom liječničkom postupku koji služi liječenju duševnih smetnji, zbog kojih je osoba prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu.

U pravilu, liječnici samim određivanjem prisilnog smještaja smatraju da je dana suglasnost za sve liječničke postupke koji su potrebni u liječenju te osobe. Prema mišljenju NPM do toga dolazi zbog nedovoljne educiranosti o odredbama ZZODS-a te je potrebno organizirati edukacije svih zaposlenika psihijatrijskih ustanova o propisima i međunarodnim standardima s kojima su uređena postupanja prema osobama s duševnim smetnjama koje se nalaze u psihijatrijskim ustanovama.

Također, u većini slučajeva prisutan je i paternalizam u liječenju, što ne potiče bolesnike na aktivniju ulogu i pristup u svom liječenju. NPM preporuča da bi prisilno liječenje odnosno prisilnu primjenu farmakološke terapije trebalo jasno označiti u medicinskoj dokumentaciji na način kojim se ono sigurno razlikuje od cjelokupnog ostalog, dobrovoljno prihvaćenog psihofarmakološkog tretmana, a sam postupak prisilne mjere psihofarmakološke terapije treba biti standardiziran.

Liječenje osoba s duševnim smetnjama

NPM u svom izvješću navodi da se bolesnike u načelu informira o razlozima za propisivanje lijekova, o njihovim terapijskim učincima te o mogućim nuspojavama i štetnim posljedicama. Na nekim odjelima gdje je mali broj liječnika na veliki broj bolesnika informiranje nije uvijek zadovoljavajuće.

U pravilu su u psihijatrijskim bolnicama za liječenje na raspolaganju psihofarmaci nove generacije i nisu utvrđena ograničenja u propisivanju istih, osim onih koja su određena

smjernicama od strane HZZO-a. Prema smjernicama moraju se prvo u liječenju isprobati stariji i jeftiniji lijekovi što NPM smatra zastarjelim smjernicama koje mogu predstavljati prepreku za uspješno liječenje pojedinih bolesnika.

Stoga je preporuka da Ministarstvo zdravlja, sukladno članku 2. Zakona o zaštiti prava bolesnika uskladi stare smjernice s novijim spoznajama na području psihofarmakologije te sadašnjom situacijom na tržištu lijekova.

Informiranje osoba s duševnim smetnjama o njihovim pravima

Uočeno je da psihijatri ponekad, radi većeg broja prijema, nemaju dovoljno vremena za informiranje osoba s duševnim smetnjama o njihovim pravima i načinu ostvarivanja tih prava. Stoga je preporuka da je svaku osobu i nakon prijema potrebno, na njoj razumljiv način, upoznati s pravima i to ne isključivo na njezin zahtjev.

Bolesnike se o njihovim pravima informira i putem oglasnih ploča, letaka i brošura no praksa je vrlo neujednačena. Preporuka je da se na oglasnim ploča potrebno izvršiti odredbe kućnog reda, ali ne samo u dijelu koji se odnosi na dnevni raspored aktivnosti već i one dijelove kojima se propisuju prava i obveze bolesnika.

Korištenje pravnih lijekova

U dvije ustanove bolesnici su se žalili da im nisu uručena rješenja o prisilnom smještaju. Stoga je NPM naveo da je neophodno svim bolesnicima uručiti odluke koje se na njih odnose, po njihovom primitku, što bolesnik treba potvrditi svojim potpisom i navođenjem datuma. Ukoliko se primjerak pojedine odluke iz opravdanih razloga ne uruči bolesniku, potrebno je evidentirati tko je, kada i na koji način bolesnika upoznao sa sadržajem odluke te navesti razloge zbog kojih bolesniku odluka nije uručena po njezinom primitku.

Pritužbe bolesnika se uglavnom podnose usmeno. U ustanovama postoje „Knjige žalbi“ no u pojedinim ustanovama one bolesnicima nisu lako dostupne ili bolesnici nisu dovoljno informirani o mogućnosti podnošenja žalbi.

Preporuka NPM je da bi bolesnike trebalo na njima razumljiv način informirati o pravu na podnošenje pritužbi čelniku ustanove ili odjela. U prostorima gdje bolesnici često borave potrebno je postaviti sandučice za pritužbe te je u svakoj ustanovi potrebno ustrojiti i voditi evidenciju podnesenih pritužbi.

Privatnost

NPM u svom izvješću iznosi da su bolesnici smješteni u sobe koje imaju više kreveta od propisanog standarda, što između ostalog utječe i na provođenje zdravstvene njege teže pokretnih i nepokretnih bolesnika, koji ponekad i nisu razdvojeni po spolu a bolesnicima ograničava pravo na privatnost.

Na miješanim odjelima posebice je značajno osigurati privatnost, kako bi se prevenirali sve eventualni neželjeni kontakti između oba spola.

Smještaj osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu ne lišava tu osobu prava na privatnost i njezino dostojanstvo, stoga je poštivanje privatnosti bolesnika jedna od važnijih zadaća svih zaposlenih.

Prema saznanjima koje je NPM dobio tijekom obilaska, osobama s duševnim smetnjama smještenima u psihijatrijskim ustanovama ne uskraćuje se pravo na druženje s drugim osobama kao niti primanje posjeta, no neke bolesnike godinama nitko nije došao posjetiti.

Osobe s duševnim smetnjama mogu bez nadzora i ograničenja slati poštu i pakete, pratiti televizijske programe te u okviru mogućnosti psihijatrijske ustanove sudjelovati u vjerskim aktivnostima.

Međutim, kako je navedeno u izvješću NPM na nekim monitoriranim odjelima, bolesnici ne smiju koristiti osobne mobitele, a telefonske pozive mogu primiti na telefon koji se nalazi na odjelu. Ovakvo postupanje odudara od dobre prakse, gdje bolesnik može imati mobitel kod sebe ili ga može koristiti tijekom određenog dijela dana. Stoga NPM navodi da je ovakvu praksu potrebno izmijeniti.

Mogućnost svakodnevnog boravka na svježem zraku, u nekim ustanovama je ograničena zbog prostornih nedostataka ili nedovoljnog broja osoblja.

Primjena mjera prisile prema osobama s duševnim smetnjama

Tijekom obilaska NPM nije utvrdio primjenu fizičkog sputavanja radi kažnjavanja bolesnika, niti su utvrđeni slučajevi primjene mjera prisile koji bi predstavljali mučenje ili nečovječno ponašanje. Međutim, utvrđena su postupanja kao što je primjerice sputavanje bolesnika na hodniku što je suprotno međunarodnim standardima a koja mogu uzrokovati kršenje prava osoba s duševnim smetnjama te predstavljati ponižavajuće postupanje. Također

je primijećeno da postoji neujednačenost u primjeni mjera prisile što NPM ocjenjuje neprihvatljivim.

Za sputavanje bolesnika se u pravilu koriste magnetni i kožni remeni te zaštitne košulje. Izdvajanje bolesnika se u nekim ustanovama provodi u nekima ne. Također uočena je razlika u načinu izdvajanja bolesnika. U pojedinim ustanovama maksimalno vrijeme izdvajanja može trajati dva sata dok u drugima to vrijeme može potrajati i do sedam dana. Samo uređenje prostorije za izdvajanje različito je od ustanove do ustanove.

Prema preporuci NPM potrebno je jasno propisati i definirati vrste mjera prisile, u kojim se slučajevima koje sredstvo može primijeniti te propisati moguće primjene više sredstava u cilju izbjegavanja različitog postupanja prema osobama s psihičkim smetnjama smještenim u različite psihijatrijske ustanove.

U cilju zaštite dostojanstva i sigurnosti sputanog bolesnika, sukladno preporukama CPT-a, potrebno je propisati da sputani bolesnik bude odvojen od drugih bolesnika, osim ako sam ne traži njihovo društvo.

U običnim ustanovama uočeno je da se pojam stalnog praćenja i nadzora bolesnika različito tumači i primjenjuje u svakodnevnoj praksi. Također, evidencija sputavanja različito se vodi. U nekim se ustanova sputavanje evidentira samo na temperaturnim listama što onemogućava dobivanje uvida u učestalost njihove primjene.

Obzirom na navedeno NPM navodi da je u svim psihijatrijskim ustanovama u Hrvatskoj „potrebno ustrojiti i voditi evidenciju o primjeni mjera prisile koja sadrži podatke o tome tko je, kada i zbog čega odredio primjenu fizičke sile, koja je fizička sila bila primijenjena, koji su postupci prethodili primjeni fizičke sile, podatke o praćenju tjelesnog i duševnog stanja bolesnika te kada je završena mjera prisile“.

Tijekom obilaska NPM zabilježio je slučajeve kada se sputavanje vrši na zahtjev bolesnika. Bez obzira na navedeno NPM zahtijeva da se evidentiranje takvog sputavanja vrši kako je gore navedeno.

Zabilježeno je da se u praksi se provodi imobilizacija bolesnika, uglavnom starije životne dobi, u preventivne svrhe. NPM navodi kako je za to potrebno koristiti predviđenu opremu a ne bolesnike vezati plahtama za stolicu.

NPM u svom izvješću naglašava značaj kontinuirane edukacije osoblja o primjeni fizičke sile. Posebno je istaknuta važnost praktičnih vježbi koje su nužne za usvajanje tehnika i načina postupanja sukladno međunarodnim standardima, općim etičkim standardima i standardima stručnog postupanja.

Radna terapija

Članak 11. ZZODS/97 propisuje da osoba s duševnim smetnjama ima pravo biti uključena u radno-terapijske poslove te primiti naknadu ako ustanova od tog rada ostvaruje prihod. NPM u svom izvješću navodi kako su zbog toga posebnu pozornost posvetili organizaciji i provođenju radne terapije.

Kao primjer dobre prakse uređenja radne terapije NPM je istaknuo PB Rab. U izvješću je navedeno da su prostorije u kojima se odvija radna terapija prostrane, čiste i moderno uređene. U sklopu radne terapije ponudene su aktivnosti kao što je trening životnih, socijalnih i radnih vještina, vještina, radionica za izradu nakita i drugih ukrasnih predmeta, individualni rad sa terapijskim psom te društvene igre. Prema navodima ravnatelja tijekom je i izgradnja posebnog vrta za rad s pacijentima koji boluju od raznih oblika demencija.

U NPB Popovača u okviru radne terapije tiska se list „Svanuće“ koji uređuju bolesnici. U okviru djelatnosti Službe za radno-okupacijsku terapiju i rehabilitaciju je 1986. godine osnovana Udruga za rehabilitaciju i resocijalizaciju duševnih bolesnika pri bolnici Popovača.

U KP Vrapče u kontekstu unaprjeđenja zdravlja bolesnika djeluje Udruge za psihosocijalnu pomoć i rehabilitaciju Zagreb. Sjedište udruge je u prostorima same Klinike. Udruga obuhvaća djelatnosti kao što su: pružanje pomoći u procesu socijalizacije i adaptacije psihijatrijskih bolesnika i osoba s duševnim smetnjama; organiziranje radionica u svrhu socioterapije; stvaranje mreža grupa samopomoći; organiziranje stručnog savjetovanja iz područja zdravstvene, socijalne te pravne zaštite i organiziranje seminara, savjetovanja i sličnih oblika djelovanja.

Pri Udruzi djeluje sekcija Društvo za socijalnu pomoć bolesnicima PB Vrapče koja funkcionira od 1932. sa zadaćom skrbi za socijalni status psihijatrijskih bolesnika za vrijeme liječenja i rehabilitacije u Klinici za psihijatriju Vrapče.

U izvješću je navedeno da u nekim ustanovama postoje utvrđeni cjenici radova te je utvrđena nagrada koju bolesnik dobiva za svoj rad tijekom radno-okupacione terapije.

NPM u svom izvješću navodi da u PB Lopača niti jednim aktom psihijatrijske ustanove nisu propisani poslovi koje mogu raditi bolesnici u okviru radne terapije, niti su propisane naknade za taj rad. Medicinsko osoblje je navelo kako već dugi niz godina bolesnici dobivaju naknadu za rad u okviru radne terapije.

Preporuka NPM je da je potrebno propisati radna mjesta za bolesnike u radnoj terapiji te iznos naknade koja im se isplaćuje za obavljene poslove.

NPM je tijekom obilaska u pojedinim ustanovama uočio nedostatak određenih aktivnosti u sklopu radne terapije. Vezano uz navode u izvješću NPM navodi kako u PB Ugljan ne postoji program resocijalizacije čiji bi cilj bio osposobljavanje bolesnika za samostalan život i rad u zajednici.

Osim navedenog NPM u svom izvješću navodi kako je tijekom obilaska uočio kako u pojedinim ustanovama bolesnici obavljaju poslove koji se nalaze u opisu poslova zaposlenika ustanove, kao što je peglanje rublja, prenošenje umrlih osoba i slično.

NPM navodi kako se niti jedna radnja koju bolesnik doživljava ponižavajućom ne može smatrati radno terapijskom aktivnošću. Dalje je navedeno da prisila na radnu terapiju ili bilo koja prisila koja temelje nema u zakonu, predstavlja kršenje prava osoba s duševnim smetnjama.

Osoblje

NPM u izvješću navodi kako je tijekom obilaska svih pet psihijatrijskih ustanova uočen je problem nedostatka osoblja. Nedostatak osoblja se odražava na kvalitetu skrbi i ostvarenje prava bolesnika koji su smješteni u tim ustanovama.

NPM ističe da u svim ustanovama nedostaje specijalista psihijatrije i medicinskih sestara/tehničara pri čemu je u nekim slučajevima, kao primjer je naveden Zavod za forenzičku psihijatriju u NPB Popovača ili Odjel psihogerijatrije u KP Vrapče, ovaj problem posebno izražen s obzirom na broj i specifičnost bolesnika.

NPM navodi da je u nekim ustanovama nedostatan broj socijalnih radnika (primjerice u PB Lopača, na Odjelu gerontopsihijatrije u NPB Popovača) te fizioterapeuta (ponajviše na odjelima psihogerijatrije, primjerice u PB Ugljan i KP Vrapče).

U izvješću se ističe kako se nedostatan socijalnih radnika i fizioterapeuta posebice se odražava na stanje bolesnika na odjelima psihogerijatrije. Upravo na ovim odjelima povećane su potrebe vezane uz obavljanje poslova u vezi sa skrbništvom i informiranjem bolesnika o njihovim pravima, te radi obavljanja poslova kao što su razgibavanje, vježbanje i fizikalna terapija za prevenciju dekubitusa i atrofije mišića za nepokretne bolesnike.

Navedeni nedostatak osoblja posebno je izražen u popodnevnim i noćnim satima. Na pojedinim običnim odjelima bolesnici koji ne mogu samostalno ili u pratnji obitelji izaći na svjež, prema navodima NPM u pravilu niti ne izlaze. Kao razlog tome naveden je nedostatak osoblja.

U izvješću ističe kako nedostatak potrebnog osoblja može izravno onemogućiti ostvarivanje nekih prava bolesnika.

NPM preporučuje da je potrebno povećati broj potrebnog osoblja kako bi se osiguralo puno poštivanje prava osoba s duševnim smetnjama. NPM navodi kako smatra da bi povećanje broja osoblja ili smanjenje broja bolesnika te veća uključenost drugih struka u rad s bolesnicima, kao što su psiholozi, radni terapeuti i slično, povećalo kvalitetu rada s bolesnicima.

NPM kao problem ističe i profesionalno sagorijevanje na poslu radi nedovoljnog broja zdravstvenih radnika na odjelima, a iskazana je i potreba za stalnim edukacijama.

Financiranje psihijatrijskih ustanova

U izvješću je navedeno kako je smanjenje proračuna psihijatrijskim ustanovama doprinijelo smanjenju standarda bolesnika, unatoč naporima koje uprave bolnica ulažu kako bi smanjile generiranje gubitaka. Ukupni prihodi psihijatrijskih bolnica u pravilu nisu dostatni da pokriju sve troškove, a generiranje gubitaka za većinu pregledanih bolnica počinje u 2014.

NPM navodi da je racionalizacija poslovanja bolnica potrebna, no da nastojanja da se smanje troškovi liječenja mogu imati i negativni utjecaj na kvalitetu liječenja ove posebno ranjive skupine bolesnika. NPM navodi da je nužno da HZZO prizna stvarne troškove liječenja.

Na bolničkom liječenju nalazi se i manji broj bolesnika koji nisu zdravstveno osigurani tako da bolnice ne mogu fakturirati troškove njihovog liječenja, zbog čega se tereti samo ustanovu. Ovaj problem bi, prema mišljenju NPM također trebalo riješiti.

Osobama s duševnim smetnjama, koje nemaju regulirano dopunsko zdravstveno osiguranje, tijekom prisilnog smještaja u psihijatrijske ustanove naplaćuje se participacija, ako njihova dijagnoza nije navedena u odluci HZZO-a o popisu dijagnoza za koju u cijelosti liječenje pokriva obvezno zdravstveno osiguranje. Takvo postupanje NPM smatra nedopustivim. U situacijama prisilnog smještaja prisilno smještenoj osobi, bez obzira na njezinu dijagnozu, niti u kojem slučaju ne bi se smjelo naplaćivati sudjelovanje u troškovima liječenja, budući je ZZODS-om/97 propisano da se sredstva za troškove sudskog postupka te prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja u psihijatrijskoj ustanovi osiguravaju u državnom proračunu.

IV. ZAKLJUČCI

IV. ZAKLJUČCI

1. Zaključak vezan uz etiku u psihijatriji

Kao liječnici, psihijatri moraju biti svjesni etičkih implikacija svoga poziva, kao i specifičnih etičkih zahtjeva vezanih za psihijatriju. Kao članovi društvene zajednice, psihijatri se moraju zalagati za pravedno i ravnopravno postupanje prema osobama oboljelim od psihičkih poremećaja, za socijalnu pravdu i ravnopravnost.

Etički principi u psihijatriji su definirani u Madridskoj deklaraciji. Dužnost je psihijatra bolesniku pružiti najbolju dostupnu terapiju, u skladu s prihvaćenim znanstvenim spoznajama i etičkim principima.

Psihijatri bi trebali primjenjivati terapijske intervencije koje u najmanjoj mjeri ograničavaju slobodu bolesnika i tražiti savjete za ona područja rada za koja nisu primarno specijalizirani.

2. Zaključak vezan uz međunarodni okvir zaštite prava osoba oboljelih od psihičkih poremećaja

Osobe oboljele od psihičkih poremećaja, kao jedna od najranjivijih skupina građana, izloženije su potencijalnim kršenjima ljudskih prava, kako u psihijatrijskim ustanovama tako i u zajednici. Zbog prirode svoje bolesti oboljeli od psihičkih poremećaja ponekad nisu u mogućnosti donositi racionalne odluke a samim time i boriti se za svoja prava.

Zbog povećanog rizika za kršenje ljudskih prava osoba oboljelih od psihičkih poremećaja postoje brojna tijela koja prate ovo područje te o stanju ljudskih prava oboljelih od psihičkih poremećaja izvještavaju državna i međunarodna tijela zadužena za zaštitu ljudskih prava.

Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ponižavajućeg ponašanja ili kažnjavanja (CPT) propisao je standarde za zaštitu ljudskih prava osoba lišenih slobode, bilo da se one nalaze u zatvoru, policijskim postajama, psihijatrijskim ustanovama, pritvorskim odjelima u vojarnama, prihvatnim centrima za azilante ili druge kategorije stranaca. Standardi vezani uz psihijatrijske ustanove obuhvaćaju: životne uvjete i liječenje bolesnika, osoblje, sredstva za ograničavanje slobode, vidove sputavanja, prevenciju zlostavljanja.

CPT primjenjuje svoju primarno operativnu funkciju putem posjeta ustanova u kojima se nalaze osobe lišene slobode. Nakon svakog posjeta CPT sastavlja izvješće koje sadrži njegove nalaze i preporuke.

3. Zaključak vezan uz nadzore psihijatrijskih ustanova

Nadzori psihijatrijskih ustanova vrše se u svrhu poboljšanja psihijatrijske prakse i poboljšanja etičkih standarda u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja. Brojna izvješća nadzora psihijatrijskih ustanova govore u prilog poboljšanja etičkih standarda psihijatrijske prakse.

V. ZAHVALA

V. ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici prof. dr.sc. Slađani Štrkalj-Ivezić na kolegijalnosti, strpljenju i vremenu koje mi je posvetila.

Hvala mojoj dragoj prijateljici i kolegici Senki, koja je nalazila vremena za beskrajno duge dijaloge, tijekom izrade diplomskog rada.

Posebno zahvaljujem svom suprugu i bliskim prijateljima na strpljenju koje su pokazali u mnogim trenucima kada sam bila odsutna mislima i posvećena samo sebi.

VI. LITERATURA

VI. LITERATURA

1. American Psychiatric Association (2013) The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry, USA; dostupno na: www.psychiatry.org/ethicsprinciples, preuzeto: 15.03.2015.
2. CPT (2002) Standardi CPT-a, CPT/Inf/E 1 - Rev. 2010; dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/croatian.htm>, preuzeto: 20.02.2015.
3. CPT (2002) Europski odbor o sprječavanju mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja; Tekst Konvencije i njeno obrazloženje CPT/Inf/E 1 - Rev. 2010; dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/croatian.htm>, preuzeto: 20.02.2015.
4. CPT (2007) Report to the Croatian Government on the visit to Croatia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment from 1 to 9 December 2003; Strasbourg, CPT/Inf 07/16; dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/documents/hrv/2007-15-inf-eng.pdf>, preuzeto: 01.04.2015.
5. CPT (2010) Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja, Strasbourg; dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/croatian.htm>, preuzeto: 20.02.2015.
6. CPT (2008) Report to the Croatian Government on the visit to Croatia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment from 4 to 14 May 2007; Strasbourg, CPT/Inf 08/30; dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/documents/hrv/2008-29-inf-eng.htm>, preuzeto: 01.04.2015.
7. CPT (2014) Report to the Croatian Government on the visit to Croatia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment from 19 to 27 September 2012; Strasbourg, CPT/Inf 14/10; dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/documents/hrv/2014-09-inf-eng.htm>, preuzeto: 01.04.2015.
8. Čović A (2010) Medicina-etika-bioetika, Zagreb, mef.hr 2/10:(42-44)
9. Dyer AR (1988) Informed consent, autonomy and paternalism: respecting the patient in research and practice, Ethics and psychiatry: toward professional definition. Washington DC: American Psychiatry Press: 83-89

10. Filaković P, Požganin I (2008) Etičke dvojbe suvremene psihijatrije: Liječ. Vjesn:130:26-30
11. Folnegović-Šmalc V (2007) O etičnosti u psihijatriji, Zagreb, Medix 70:130-132
12. Grozdanić V (2015) Komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s provedbenim propisima, primjerima sudskih odluka, međunarodnim dokumentima i presudama Europskog suda za ljudska prava, Rijeka; Pravni fakultet
13. Hrvatski sabor (2014) Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zagreb; NN 111/97,27/98,128/99,79/02,76/14
14. Hrvatski sabor (2015) Zakon o suzbijanju diskriminacije, pročišćeni tekst zakona; Zagreb, NN 85/08, 112/12, 81/15
15. Hrvatski sabor (2015) Zakon o Nacionalnom preventivnom mehanizmu za sprečavanje mučenja i drugih okrutnih, neljudskih ili ponižavajućih postupaka ili kažnjavanja; Zagreb, NN 18/11, 33/15
16. Human Rights Watch (2010) Deinstitutionalizacija osoba s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom u Hrvatskoj: „kad jednom uđeš, više nikad ne izađeš“; 1-56432-68; dostupno na: <http://www.hrw.org/en/reports/2010/09/23/once-you-enter-you-never-leave-o>); preuzeto: 15.01.2015.
17. Jukić V (2007) Medicinska etika: prisilna hospitalizacija duševnih bolesnika i druga etička pitanja u psihijatriji, Zagreb; Klinika za psihijatriju Vrapče:159-168
18. Kalauz S (2012) Etika u sestinstvu, Zagreb; Medicinska naklada
19. Kocijan-Hercigonja D (2006) Mentalno zdravlje u tranziciji, Hrvatsko zdravstvo u tranziciji, HLZ, Zagreb
20. Malcolm JG (1992) Informed consent in the practice of psychiatry; Review of clinical psychiatry and the law. Washington; American Psychiatric Press: 223-254
21. MDAC, SJAJ (2011) Daleko od očiju; Ljudska prava u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj, Zagreb, dostupno na: http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/croatiareport2011_hr.pdf; preuzeto: 16.02.2015.

22. Meić B (2012) Od isključenosti do jednakosti: ostvarivanje prava osoba s invaliditetom; Priručnik za saborske zastupnike vezano uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom i njezinog fakultativnog protokola, Zagreb; UNPD
23. Ministarstvo zdravlja (2014) Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama, Zagreb, NN 76/14
24. Okasha A (2003) The declaration of Madrid and its implementation. An update; World Psychiatr 2(2):65-67
25. Perković M (2014) Etika u psihijatriji; dostupno na <http://www.medicalcg.me/autori/etika-u-psihijatriji>; preuzeto 07.01.2015.
26. Radačić I, (2011) Kratka povijest ljudskih prava; Zbornici ljudskih prava žena, Zagreb; Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 39:7-17
27. RH Pučki pravobranitelj (2015) Ljudska prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama; Godišnje izvješće o obavljanju poslova Nacionalnog preventivnog mehanizma, Zagreb; dostupno na: www.posi.hr/index.php?option=com_joomdoc&task=doc, preuzeto: 15.03.2015.
28. Šegota I (1994) Medicinska etika; Rijeka; Medicinski fakultet
29. Šimunović ET, Pertšučić A (2013) Priručnik o ljudskim pravima s naglaskom na zaštiti prava nacionalnih manjina, Zagreb; Centar za mirovne studije
30. Štrkalj-Ivezić S (2006) Stigma psihičke bolesti, Zagreb; Medix 64:108-110
31. Štrkalj-Ivezić S i sur. (2010) Rehabilitacija u psihijatriji; Zagreb; HLZ
32. Štrkalj-Ivezić S, Jukić V, Hotujac Lj, Kušan Jukić M, Tikvica A (2010) Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici; Liječ vjesn,132/1-2
33. Štrkalj-Ivezić S, Mužinić L, Gruber E (2010) Sigurnost liječenja bolesnika u sustavu mentalnog zdravlja, Zagreb; Medix 16/86

34. Štrkalj-Ivezić S i sur. (2011) Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim poremećajima; Zagreb, HLZ udruga Svitanje; 35-52
35. Štrkalj-Ivezić S i sur. (2012) Lišenje poslovne sposobnosti, Zagreb; udruga Svitanje, Klinika za psihijatriju Vrapče
36. Turković K i sur. (2001) Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, komentar s priložima, Zagreb; Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Psihijatrijska bolnica Vrapče: 13-40
37. Ujedinjeni Narodi (1991) Načela zaštite osoba s mentalnim oboljenjima i unapređuju mentalnog zdravlja; Dokument usvojen na Plenarnom sastanku Ujedinjenih Naroda, dostupno na: www.psihijatrija.com/psihijatrija/.../etika%20nacela%20zastite.doc; preuzeto: 16.02.2015.
38. Vlada Republike Hrvatske (2011) Inicijalno izvješće Republike Hrvatske o provedbi konvencije o pravima osoba s invaliditetom Ujedinjenih naroda; dostupno na: www.mspm.hr/.../Inicijalno+izvjesce+RH+o+provedbi++Konvencije+o+p, preuzeto: 15.03.2015.
39. WPA (1983) Declaration of Hawaii; Austria, Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna
40. WPA (1996) Declaration of Madrid; Spain, Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Madrid
41. Žarković Palijan T i sur. (2012) Smjernice za članove Istraživačkih etičkih povjerenstava: Etička načela u kliničkim ispitivanjima na forenzičko-psihijatrijskoj populaciji, Zagreb; Medix98/99

VII. ŽIVOTOPIS

VII. ŽIVOTOPIS

Ime: **JASMINKA**

Prezime: **BEKTIĆ HODŽIĆ**

Datum rođenja: 15.06.1976.

Državljanstvo: Hrvatsko

Spol: Žensko

Adresa: Ludovika Zelenka 3, 10 000 Zagreb

Telefon: 091/4055 559

E-mail: jasminka.bektic@yahoo.com

Stečeno zvanje: Diplomirana medicinska sestra iz područja psihijatrijskog sestrinstva;
Zdravstveno Veleučilište Zagreb

Radno mjesto: Klinika za psihijatriju Vrapče, Zavod za integralnu psihijatriju

Naobrazba:

1991.- 1995. - Srednja medicinska škola Mlinarska

2002.- 2007. - Dodiplomski studij sestrinstva na Zdravstvenom
veleučilištu Zagreb

2010. - 2013. - Specijalistički diplomski stručni studij „Psihijatrijsko
sestrinstvo“, Zdravstveno veleučilište Zagreb

2011. - polaznik programa četverogodišnje edukacije iz grupne psihoterapije

2013. - 2015. - Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, Medicinski fakultet Zagreb

2015. - završila tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I kategorije „ Psihološki aspekti u
palijativnoj skrbi“, Medicinski fakultet Zagreb

Stručna i nastavna djelatnost:

Od 1995 - radila na Klinici za zarazne bolesti „ Dr Fran Mihaljević“ na odjelu za nejasna
febrilna stanja kao srednja sestra u smjenama

1995. -radila na KBC Zagreb na Zavodu za nefrologiju kao srednja sestra u smjenama

Od 1996. - radim na Klinici za psihijatriju Vrapče, na odjelu integralne psihijatrije kao srednja medicinska sestra

Od 2007. - 2011. - prvostupnica sestrinstva u jedinici pojačanog nadzora na prijemnom odjelu Zavoda za integralnu psihijatriju

Od 2012. - glavna sestra odjela Zavoda za integralnu psihijatriju

Od 2012. - studijska sestra i/ili koordinator u kliničko farmakološkim ispitivanjima lijekova

2009. - završila tečaj za suradnika za kvalitetu u Ustanovi za certificiranje osoblja, Oskar Educos

2011. - izabrana sam u suradničko zvanje asistenta kao naslovno zvanje na Katedri za zdravstvenu njegu pri Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, iz područja psihijatrijske zdravstvene njege i gerijatrijske zdravstvene njege.

2014. - mentor pripravnika na Klinici za psihijatriju Vrapče

Članstvo u profesionalnim udrugama:

HUMS - Psihijatrijsko društvo medicinskih sestara i tehničara

HKMS