

Mjere prisile, etička pitanja i sestrinska profesija

Ferenčak, Nikolina

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:499865>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-15**



Repository / Repozitorij:

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



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

Nikolina Ferenčak

**Mjere prisile, etička pitanja i sestrinska
profesija**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2019.

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

Nikolina Ferenčak

**Mjere prisile, etička pitanja i sestrinska
profesija**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar”, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom izv. prof. dr. sc. Ane Borovečki, dr. med., i sumentorstvom izv. prof. dr. sc. Suzane Vuletić, te je predan na ocjenjivanje u akademskoj godini 2018/ 2019.

Mentor rada: izv.prof. dr. sc. Ana Borovečki, dr. med.

Sumentor rada: izv. prof. dr. sc. Suzana Vuletić

Zahvale

Zahvaljujem mentorici, izv. prof. dr. sc. Ani Borovečki, dr. med., što je prepoznala važnost i potrebu za nastankom diplomskog rada ove problematike, jednog od najosjetljivijeg područja u kojem medicinske sestre djeluju po pitanjima sestrinske etike u skrbi za psihijatrijskog bolesnika, što je za mene bilo od osobne važnosti.

Zahvaljujem sumentorici, izv. prof. dr. sc. Suzani Vuletić, što je uložila svoj trud i vrijeme u pružanju pomoći pri izradi konceptualne strukture rada. Prije svega, želim joj zahvaliti što je u meni pobudila duboki način kritičkog mišljenja u svakodnevnom radu nas sestara, ponajprije mene osobno, te me uspjela motivirati za pisanje diplomskog rada upravo iz ove teme.

Zahvaljujem prof. dr. sc. Draženu Begiću na nesebičnom i strpljivom prijenosu znanja te pomoći u izradbi što bolje stilsko oblikovanog rada, čime ovaj rad dobiva dodatnu vrijednost.

Hvala doc. dr. sc. Zlati Ožvačić Adžić na ukazanom razumijevanju i strpljenju.

Veliko hvala mr. sc. Snježani Spitzmüller, voditeljici stručne knjižnice i muzeja Psihijatrijske bolnice Vrapče koja je bila neiscrpan izvor svih potrebnih relevantnih bibliografskih izvora. Hvala joj na strpljenju i dostupnosti.

Hvala kolegici Antoniji Miholić, dipl. med. techn., iz Doma za odrasle osobe „Loborgrad”, koja je nesebično i strpljivo prenosila svoja znanja i praktična iskustva utkana u svoj dugogodišnji rad s psihijatrijskim bolesnicima, zbog koje i ja težim svakodnevnom usavršavanju i napredku u području psihijatrijske zdravstvene skrbi.

Svojim kolegicama u Medicinskom učilištu Srednje škole Bedekovčina, hvala na kolegijalnosti i razumijevanju. Uvijek su bile tu i spremne pomoći.

Hvala mojoj majci Barbari na ljubavi, dobroti i podršci, koja je uvijek bila uz mene kada je bilo najpotrebnije, osobito onda kada mi je bilo teško i mislila sam da ne mogu dalje. Ona je uspjela u svojim nastojanjima od mene napraviti bolju „ja”.

I na kraju, iskreno hvala mom suprugu Darku, bez čije se bezuvjetne ljubavi, potpore i razumijevanja, ne bih uspjela profesionalno ostvariti. On je uvijek bio moje svjetlo na kraju tunela. Hvala što postojiš.

Sadržaj

Popis korištenih tablica i slika	
Popis korištenih kratica	
Sažetak	
Summary	

Uvod

1. Restriktivne mjere prisile	1
1.1. Definijsko određenje mjera prisile	1
1.2. Zakonski okviri primjene mjera prisile.....	5
1.3. Provedba mjera prisile u kliničkom kontekstu	13
1.4. Načini provedbe mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama	19
1.4.1. Fizičko sputavanje ili obuzdavanje (fiksacija)	21
1.4.2. Odvajanja ili izolacija (izdvajanje).....	24
1.4.3. Prisilna farmakološka terapija	25
2. Etičko sagledavanje mjera prisile iz perspektive sestrinske profesije	30
2.1. Granice dopuštenog ponašanja u okviru provođenja restriktivnih mjera prisile.....	32
2.2. Vremenski okvir provođenja mjera prisila	40
2.3. Specifičnost vođenja medicinske dokumentacije pri primjeni mjera prisile	41
2.4. Etička pitanja i primjena etičkih načela u osnovi sestrinske psihijatrijske prakse	43
2.5. Utjecaj stigmatizacije na psihijatrijske bolesnike	57
3. Bioetički principi humane provedbe mjera prisile	63
3.1. Poštivanje normi dobre kliničke prakse i medicinske deontologije – „bioetički principalizam”	64
3.2. Poznavanje etičkih kodeksa medicinskih sestara – važna sastavnica u kliničkom enitetu sestrinske profesije	72
3.3. Strategije prevencije nasilnih incidenata i neželjenih ponašanja.....	85
3.3.1. Strategija prevencije nasilja na radnom mjestu – stvaranje pozitivnog terapijskog okruženja	86
3.3.2. Kontinuirana edukacija zdravstvenih djelatnika u svrhu ranog prepoznavanja i prevencije eskalacije neželjenog ponašanja	91
Zaključak	104
Literatura	106
Životopis.....	118

Popis korištenih tablica i slika

Popis tablica

Tablica 1. Najčešće nuspojave psihofarmaka kao hitna stanja u psihijatriji

Tablica 2. Znakovi upozorenja mogućeg agresivnog ponašanja i znakovi agresije

Tablica 3. Faktori procjene agresivnog rizika

Tablica 4. Faktori procjene suicidalnog rizika

Popis slika

Slika 1. Začarani krug stigme

Popis korištenih kratica

AAEP	<i>American Association of Equine Practitioners</i> (Američka asocijacija za hitnu psihijatriju)
ANA	<i>American Nurses Associatin</i> (Američko sestrijsko udruženje)
APA	<i>American Psyhiatric Association</i> (Američka psihijatrijska udruga)
BAP	bipolarno afektivni poremećaj
BPS	Beckova skala bespomoćnosti
CPT	Europski odbor za sprječavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja
EKT	Elektrokonvulzivna terapija
HKMS	Hrvatska komora medicinskih sestara
HUMS	Hrvatsko udruženje medicinskih sestara
MKB	Međunaroda klasifikacija bolesti
ICN	<i>International Council of Nursess</i> (Međunarodno udruženje sestara)
MUP	Ministarstvo unutarnjih poslova
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NN	Narodne novine
NN MU	Narodne novine - Međunarodni ugovori
OSHA	<i>Occupational Safety and Health Administration</i>
RH	Republika Hrvatska
UN	<i>United Nation</i> (Ujedinjeni narodi)
WHO (SZO)	<i>World Health Organization</i> (Svjetska zdravstvena organizacija)
WPA	<i>World Psychiatric Association</i> (Svjetsko psihijatrijsko udruženje)
ZZODS	Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

Sažetak

Mjere prisile, etička pitanja i sestrinska profesija

Nikolina Ferenčak

Svaka primjena sile koja se na bilo koji način primjenjuje u terapijskom postupku može predstavljati ozbiljno kršenje etičkih i zakonskih normi. Ponajprije zato što je prisila negativno iskustvo za svako ljudsko biće, i ne samo da se njome krše ljudska prava na slobodan izbor, nego je ona etički gledano, i povreda prava na autonomiju, osobne izbore ili pak utječe da ljudi djeluju ili iskuse nešto što ne žele. Primjena sile u psihijatriji nužna je samo iznimno i u ograničenom trajanju, u situacijama kada se opasnim ponašanjem izravno ugrožava život i zdravlje osobe ili okoline, te se smije primijeniti samo ako za to postoje osnovani i zakonom propisani razlozi.

Pozitivna zakonska regulativa, posebno Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, 76/2014) i Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobama s tešim duševnim smetnjama (NN, 16/2015) dodatno štite prava oboljelih, propisuju vrste i način primjene prisile i procedure za postupanje.

Etičke su se dileme počele promatrati i iz perspektive sestrinske odgovornosti i dužnosti. One se često nalaze u vrlo zahtjevnim situacijama i za određeni moralni izbor ili radnju moraju imati vrlo jake argumente. Sudjelujući u moralnim raspravama ili boreći se za svoja stajališta, svoje mišljenje moraju utemeljiti ili na etičkim pravilima i principima ili na sintezi teorijskog znanja i iskustva.

Propitivanje moralnog ponašanja i djelovanja u donošenju etičkih odluka važno je u djelokrugu rada svih medicinskih sestara, a osobito je težak izazov za one medicinske sestre koje rade u psihijatriji. U tome im pomažu etička pravila i principi, kontinuirana edukacija te smjernice i strategije za postupanje, potrebne u donošenju ispravnih etičkih odluka.

Ključne riječi: mjere prisile, medicinske sestre, etičke dileme, bioetički principi, sestrinska profesija, strategije prevencije

Summary

Corective measures, ethical issues and the nursing profession

Nikolina Ferenčak

Each act of force or coercive measure, applied in a therapeutic procedure, may lead to severe violation of professional ethics and legal standards. First and foremost, being forced is a negative experience for any human in any situation; furthermore it is a human rights violation and, in ethical aspects – it is a clear example of violation of patients' autonomy, violation of patients' rights to make decisions for themselves, and of forcing them to behave or act in the way that is involuntary. Force in psychiatry is necessary only in exceptional situations and must be timely restricted, in circumstances when patients' behaviour can be harmful for them or others, and can be applied only if it is legally justified.

Positive legal regulations, Act on the protection of persons with mental disabilities (NN, 76/2014), and Regulation on treatment pressures in health care of patients with severe mental illnesses (NN, 16/2015), additionally protect patients' rights and regularize types and methods of applying enforcement and define procedures.

Various ethical issues have been envisaged, taking in account, nurses' responsibilities and duties. Nurses are often exposed to challenging circumstances and their professional response has to be supported by strong arguments. If nurses participate in discussions about moral issues and in occasions that they have an opportunity to defend their opinions, nurses must express their opinion relying on ethical rules and principles, and on synthesis of their knowledge and skills.

Permanent questioning of the ethics while making professional decisions is important part of nursing profession, and is of exceptional importance for nurses working at the psychiatric wards. Ethical rules and principles, permanent education, guidelines and procedures strategies are measures that lead to making right, professional and ethical decisions.

Key words: corrective measures, nurses, ethical issues, bioethical principles, nursing profession, prevention strategies

Uvod

Psihijatrija je medicinska disciplina koja se bavi proučavanjem i liječenjem duševnih poremećaja i bolesti (Jakovljević, 1995). Klasično je određena kao medicinska struka koja se bavi nastankom, razvojem, manifestacijama bolesnikove ličnosti koji proizlaze iz subjektivnog individualnog života ili iz njegova odnosa s okolinom (Moravek, 2000). Najviše se razlikuje od svih drugih medicinskih disciplina po tome što primjenjuje prisilne terapijske metode.

Pod primjenom sile ili prisilnih intervencija (u psihijatrijskom tretmanu) podrazumijeva se primjena psiholoških, fizičkih i strukturnih elemenata moći radi ostvarenja ciljeva koji se ne mogu postići putem kooperativne komunikacije pa se stoga provode protiv pacijentove volje. Te bi intervencije uvijek trebale biti stručno i pravno legitimne s jasno definiranim terapijskim i sigurnosnim ciljevima. U slučajevima u kojima se sila primjenjuje izvan tih okvira (bez odgovarajuće indikacije, u prekomjernom intenzitetu, s neprimjerenim metodama i dr.), ona se i stručno i zakonski označava neopravdanom, što nužno uvjetuje preispitivanje odgovornosti svih djelatnika koji su bili uključeni u takve postupke (Goreta, 2009).

U preispitivanju odgovornosti i dužnosti iz sestrinske profesije, sposobnost donošenja etičkih odluka, pitanje je moralne izvrsnosti medicinskih sestara. Temeljna spoznaja da je svaki čovjek jedinka za sebe, jedinstvena i neponovljiva, mora uvijek određivati put promišljanju i djelovanju jer i ono mora biti posebno, jedinstveno i prilagođeno jedinstvenosti situacije. Medicinske se sestre, često nalaze u vrlo zahtjevnim situacijama i za određeni moralni izbor ili radnju moraju imati veoma jake argumente. Pri tome moraju voditi računa o vrijednostima i interesima osoba o kojima se odlučuje, s kojima se suodlučuje, o svim elementima potrebnim da se problem identificira, metodologiji u donošenju odluka te vrsti ili prirodi sestrinske odgovornosti u određenom slučaju (Kalauz, 2013), a zbrinjavanje psihijatrijskih bolesnika pripada jednom od najzahtjevnijih područja rada u cjelokupnoj medicini (Jukić, Ostojić i sur. 2018).

1. Restriktivne mjere prisile

Primjena sile (mjere prisile) u psihijatrijskom tretmanu relativno je rijetko obrađivana tema u domaćoj psihijatrijskoj literaturi, a kada se povremeno i spominje u standardnim udžbenicima i priručnicima, to se obično svodi na nekoliko redaka, iz čega bi se moglo zaključiti kako ona ne predstavlja neki posebno važan problem ili da možda postoje neki drugi razlozi da se o njoj nerado govori ili piše. Iako je i u svjetskoj literaturi ta tema još uvijek znatno manje zastupljena od većine drugih dijagnostičkih i terapijskih problema, zadnjih je dvadesetak godina jasno uočljiv trend učestalijeg objavljivanja stručnih i znanstvenih radova o različitim vidovima primjene sile u svakodnevnoj praksi – od onih koji su primarno uvjetovani specifičnom psihopatologijom psihijatrijskih pacijenata do onih koji pretežno određuju psihološki, organizacijski, tehnološki, prostorni i drugi institucionalni uvjeti na strani „davatelja usluga”. U većini tekstova, jasno se dijagnosticira problem nelagode zbog koje je obrada te teme dugo bila zanemarivana i potiskivana, a koja se dominantno vezivala uz potencijalno kompromitirajuću dimenziju tog „prljavog posla” kako u vlastitom doživljaju profesionalnog identiteta većine psihijatrijskih djelatnika tako – još i više – u vanjskom vrednovanju psihijatrijske struke (u usporedbi s drugim medicinskim područjima, u njezinoj medicinskoj prezentaciji, u stajalištima najšire javnosti i dr.) (Goreta, 2009).

U nastavku rada, pokušat će se ponuditi opis restriktivnih mjera prisila koje se koriste u psihijatrijskim tretmanima i liječenju psihijatrijskih bolesnika.

1.1. Definijsko određenje mjera prisile

Pretragom literature, dobiven je uvid u mnogobrojne definicije koje se odnose na definijsko značenje mjera prisile u kontekstu zbrinjavanja psihijatrijskih bolesnika, ali i onih opće prihvaćenijih koje se pojavljuju u rječnicima.

U Riječniku hrvatskog jezika nalazi se nekoliko opisa koji se odnose na pojam restrikcije: *restrikcija* kao pojam koji se odnosi na ograničenje (uporabe, prava), sužavanje (opsega, dometa); *restriktivan* koji se odnosi na restrikciju, koji ograničuje, sužava i *restriktivno* koje se odnosi na restriktivan način, tako da ograničuje;

ograničavajući, dok se pojam *prisila* definira kao čin prisiljavanja; prinuda (Anić, 2000).

Zanimljiva je i sociološka definicija prema kojoj je prisila onaj oblik moći koju njoj podložni ne smatraju legitimnom (Halarambosa i Holborna, 2002).

Prisilna hospitalizacija, definicija koja se vezuje uz psihijatriju i psihijatrijske bolesnike, predmet je žućnih rasprava vezanih uz pitanje ljudskih prava i slobode. Ona može usijediti kad postoji stvarna opasnost da je zbog proživljavanja koje ima, bolesnik potencijalno opasan za svoju okolinu i samoga sebe (Mihaljević-Peješ i Begić, 2006).

Posljednjih nekoliko desetljeća, a paralelno s razvitkom svijesti o ljudskim pravima, gotovo su sve razvijene zemlje donijele posebne zakone o mentalnom zdravlju koji se odnose na zaštitu osoba s duševnim smetnjama. Hrvatska je takav zakon (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama – ZZODS) prvi puta donijela 1997. godine, a od 1. siječnja 2015. godine u primjeni je novi, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Jukić, 2015; NN, 76/14).

Pravilnik o vrstama i načinu mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama nastao je na temelju tog Zakona (čl. 60., stavak 2) i on opisuje dvije vrste mjera prisile, a to su sputavanje i odvajanje. Sputavanje uključuje fiksaciju bolesnika (pojasevi, magnetne trake) i odvajanje koje uključuje stavljanje bolesnika u zasebnu sobu (NN, 16/2015).

Mjere prisile su sredstva i metode fizičkoga ograničavanja kretanja i djelovanja bolesnika (Šendula Jengić i Katalinić, 2017), a o primjeni sile može se govoriti u slučajevima u kojima se ograničava kretanje pacijenata ili se medicinski tretman provodi bez njegova pravno valjanog pristanka ili bez pravno valjanog pristanka njegovog zakonskog zastupnika (Goreta, 2009).

U širem smislu, prisila bi bila „subjektivni odgovor na određenu intervenciju” (Newton-Howes, 2010), ali i ograničavanje osobnih izbora, što rezultira fizičkim ili psihološkim distresom (Wynn, 2004).

Prisilna hospitalizacija uključuje smještaj bez pristanka i prisilno zadržavanje u psihijatrijskoj ustanovi, postupke koji se provode isključivo u cilju zaštite života ili

zdravlja dotične osobe ili drugih osoba. U Republici Hrvatskoj ova je mjera prisile regulirana Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, 76/14).

S obzirom na definicijsko određenje bitnih pojmova u radu, važno je definirati i sljedeće pojmove:

- *Psihički poremećaj* odnosi se na klasifikaciju psihičkih ili mentalnih poremećaja navedenih u internacionalnoj (međunarodnoj) klasifikaciji mentalnih poremećaja (MKB-10, 2012). Različiti zakoni koriste različite nazive za mentalne poremećaje.
- *Osoba s tešim duševnim smetnjama* je osoba s duševnim smetnjama koja nije u mogućnosti shvatiti značenje svojeg postupanja ili ne može vladati svojom voljom ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da joj je nužna psihijatrijska pomoć. Najčešće se radi o osobama u akutnim fazama psihotičnih poremećaja, kao i nekih drugih poremećaja koji ozbiljno oštećuju socijalno funkcioniranje osobe.
- *Prijem u psihijatrijsku ustanovu* je postupak dolaska ili dovođenja osobe u tu ustanovu radi pregleda ili liječenja, do donošenja odluke o njezinom dobrovoljnom smještaju (hospitalizaciji) ili prisilnom zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi.
- *Prisilno zadržavanje* je smještaj osobe u psihijatrijsku ustanovu od trenutka donošenja odluke psihijatra o zadržavanju te osobe bez njezina pristanka pa do odluke suda o njezinom prisilnom smještaju ili otpuštanju. Uvođenjem tog pojma nastojala se napraviti terminološka razlika u prisilnoj hospitalizaciji prije i nakon donošenja formalne odluke suda o prisilnom smještaju. Osobu koja je došla u psihijatrijsku ustanovu na osnovi uputnice doktora medicine, odnosno koju su dovele ovlaštene službene osobe MUP-a, ili koja je dobrovoljno smještena u psihijatrijsku ustanovu, ali je naknadno svoj pristanak opozvala, psihijatar je dužan odmah pregledati i najkasnije u roku od 48 sata utvrditi postoje li razlozi za njeno prisilno zadržavanje i o prisilnom zadržavanju obavijestiti nadležan sud, centar za socijalnu skrb i zakonskog zastupnika osobe.

- *Dobrovoljni smještaj (hospitalizacija)*: dobrovoljno se u psihijatrijsku ustanovu, na svoj zahtjev ili zahtjev treće osobe, može smjestiti osoba s duševnim smetnjama koja je sposobna dati valjani pristanak – dakle osoba koja je sposobna razumjeti svrhu i posljedice smještaja u psihijatrijsku ustanovu i koja je na osnovi toga sposobna donijeti slobodnu odluku.
- *Pristanak na liječenje* je slobodno dana suglasnost osobe s duševnim smetnjama za obavljanje određenog liječničkog postupka, koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i opasnosti tog liječničkog postupka i drugih mogućnosti liječenja. Pristanak znači sposobnost osobe da na temelju informacija može donijeti odluku i izraziti svoju volju, stoga pristanak mora biti informiran nakon što je pacijent dobio objektivnu informaciju liječnika o svom stanju, planiranom liječenju, prednostima i potencijalnim opasnostima od planiranog liječenja. Informacija mora biti jasna, izrečena jezikom kojeg pacijent može razumijeti, kako bi mogao procijeniti korist i potencijalnu štetu od samog liječenja i donijeti odluku. Slobodni pristanak znači kako je pristanak dan bez bilo koje prisile, nagovaranja i obmane i kako se u bilo kojem trenutku može povući.
- *Dobrovoljno smještena osoba* može u svakom trenutku opozvati svoj pristanak za smještaj u psihijatrijskoj ustanovi. U tom slučaju ona se mora otpustiti iz ustanove, osim ako su nastupili uvjeti za prisilnu hospitalizaciju (osoba ima teže duševne smetnje zbog kojih ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba – članak 27. ZZODS-a).
- *Prisilni smještaj* je smještaj osobe s težim duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu na liječenje bez njezina pristanka, a djeteta, maloljetne osobe ili osobe lišene poslovne sposobnosti bez pristanka njenog zakonskog zastupnika. Prisilno se može smjestiti samo onu osobu s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba. Ove se osobe mogu prisilno smjestiti u psihijatrijsku ustanovu samo po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj predviđenim člankom 27 ZZODS-a (Kozumplik,

2005; Štrkalj-Ivezić, 2006, 2015; NN, 76/14).

1.2. Zakonski okviri primjene mjera prisile

S obzirom na osjetljivost svih vidova primjene sile u psihijatrijskom tretmanu, to pitanje se sve češće i sve detaljnije regulira u velikom broju međunarodnih dokumenata, kojima se istodobno regulira i cijeli niz drugih pitanja koja se odnose na ljudska prava i temeljne slobode psihijatrijskih pacijenata. Ta se pitanja danas obavezno reguliraju i u svim nacionalnim zakonodavstvima s područja mentalnog zdravlja, pa tako i u Hrvatskoj (Goreta, 2009).

Najosjetljivije pitanje zaštite osoba s duševnom smetnjama svakako je pitanje prisilne hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika. Prvi zakonski propisi o prisilnoj hospitalizaciji datiraju od konca 18. i početka 19. stoljeća. Posljednjih je godina poraslo zanimanje međunarodne svjetske javnosti za položaj i prava osoba s duševnim smetnjama. Nizom deklaracija i rezolucija Ujedinjenih Naroda i Vijeća Europe potaknutih prije svega, od strane Svjetske zdravstvene organizacije i Svjetskog udruženja liječnika, uspostavljeni su minimalni standardi za zaštitu duševnog zdravlja i zakonskih prava duševno bolesnih osoba. Ovi standardi našli su svoje mjesto u zakonima o duševnom zdravlju koji danas postaje u gotovo svim suverenim zemljama (Buzina i Goreta, 2010).

Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu u Hrvatskom je zakonodavstvu regulirana Ustavom Republike Hrvatske (NN, 85/10), u člancima koji se odnose na zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, Kaznenom zakonom (NN, 110/97), u članku koji se odnosi na nesavjesno liječenje, te Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, 76/14), u člancima koji reguliraju primjenu fizičke sile i prisilnu hospitalizaciju (Buzina i Goreta, 2010).

U nastavku rada, donosi se njihov pregled.

(Europska) Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda najvažniji je međunarodni pravni akt koji Ustavni sud Republike Hrvatske primjenjuje u svom radu, a u Republici Hrvatskoj je na snazi od 1. lipnja 2010. godine. Konvencija je prihvaćena u Rimu 4. studenog 1950. godine kada su Vlade potpisnice, članice Vijeća Europe (RH je članica od 5. studenog 1997. godine) potpisale ovu Konvenciju,

uzimajući u obzir Opću deklaraciju o ljudskim pravima (NN-MU, 28/97; 6/99; 8/99 i 14/02). Opća deklaracija o ljudskim pravima usvojena je i proglašena na Općoj skupštini Ujedinjenih Naroda na dan 10. prosinca 1948. godine, (Muk, 2014). U navedenoj Konvenciji, izdvaja se čl. 3 koji se odnosi na „zabranu mučenja” i čl. 5 u kojem se opisuje „pravo na slobodu i sigurnost” (NN-MU, 28/97; 6/99; 8/99 i 14/02), kako slijedi:

- čl. 3. - „Nitko se ne smije podvrgnuti mučenju ni nečovječnom ili ponižavajućem postupanju ili kazni.”

- čl. 5. - „(1) Svatko ima pravo na slobodu i na osobnu sigurnost. Nitko se ne smije lišiti slobode, osim u sljedećim slučajevima i u postupku propisanom zakonom:

- a) ako je zatvoren u skladu sa zakonom nakon presude nadležnog suda;
- b) ako je zakonito uhićen ili pritvoren zbog nepoštovanja zakonitog sudskog naloga radi osiguranja izvršenja neke zakonom propisane obveze;
- c) ako se radi o zakonitom lišenju slobode osoba radi sprječavanja širenja zaraznih bolesti, o pritvaranju umobolnika, alkoholičara, ovisnika o drogi ili skitnica;

Svatko uhićen ili pritvoren u uvjetima predviđenim stavkom 1.c) ovoga članka mora se u najkraćem roku izvesti pred suca, ili pred drugo zakonom određeno tijelo sudbene vlasti i ima pravo u razumnom roku biti suđen ili pušten na slobodu do suđenja. Puštanje na slobodu može se uvjetovati davanjem jamstva da će ta osoba pristupiti suđenju.”

S obzirom na sadržaje citiranih članaka Konvencije i njezinog cjelokupnog sadržaja, nedvojbeno se može zaključiti kako su njome bitno unapređena ljudska prava i slobode psihijatrijskih pacijenata (Goreta 2009). Ipak višekratno je žestoko kritizirana (Harding, 1989, 2000) najviše zbog stigmatizirajućeg „trpanja u isti koš” duševnih bolesnika s oboljenjima od infektivnih bolesti, alkoholičarima i skitnicama, kao i zbog izostavljanja kriterija za prisilnu hospitalizaciju (Wachnefeld, 1991).

Havajska deklaracija prihvaćena je 1977. godine na Havajima i potvrđena na Generalnoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog udruženja (WPA) u Beču, 1983. godine. Deklaracija predstavlja kondenziran etički kodeks za rad na zaštiti i unapređenju

mentalnog zdravlja. Sadrži sve fundamentalne i mnoge druge s njima povezane postulate etičkih načela. Istovremeno, ona upućuje i kako bi pravnim propisima trebalo regulirati psihijatrijsku praksu (Žarković-Palijan i sur., 2012; WPA, 1983). Deklaracija je prilagođena specifičnostima psihičkih poremećaja te se njome utvrđuju etička pravila koja se odnose na: 1. dužnosti psihijatra prema bolesniku, 2. odnosa između psihijatra i bolesnika, 3. procesa liječenja, uključujući klinička ispitivanja, edukaciju i istraživanja i 4. prisilnog liječenja. Havajska je deklaracija prvi etički dokument psihijatrijske struke, a kao jedan od glavnih razloga usvajanja ove deklaracije bila je politička zlouporaba psihijatrije u Sovjetskom Savezu, Rumunjskoj i Južnoj Africi (WPA, 1983). Dijelovi Deklaracije 1., 5. i 6. koji se odnose na mjere prisile citirani su u nastavku:

„(1) Psihijatar treba težiti terapijskom odnosu koji se zasniva na uzajamnom sporazumu. On zahtijeva povjerenje, povjerljivost, suradnju i uzajamnu odgovornost. Takav odnos ne može se uspostaviti s nekim pacijentima. U tom slučaju treba uspostaviti kontakt sa srodnikom ili osobom koja je bliska s pacijentom. Ako se i kada se uspostavi drugačiji odnos od terapijskog, kao npr. u sudskoj psihijatriji, prirodu tog odnosa treba u potpunosti objasniti osobi koje se to tiče.

(5) Ni jednu proceduru ne treba provesti niti primjenjivati liječenje protiv ili neovisno o osobnoj volji pacijenta, osim u slučaju kada pacijent zbog mentalne bolesti nije u stanju prosuditi što je u njegovom najboljem interesu i ako bi, bez liječenja, mogle nastupiti ozbiljne štete za pacijenta i za druge.

(6) Čim razlozi za prisilno liječenje prestanu postojati, psihijatar treba osloboditi pacijenta od prisile i, ako je, daljnje liječenje neophodno, treba dobiti njegovu dobrovoljnu suglasnost. Psihijatar treba informirati pacijenta i/ili njegove srodnike ili važne druge osobe o mehanizmima na žalbu zbog prisilnog zadržavanja, kao i za sve druge žalbe koje se tiču dobrobiti pacijenta“.

Madridska deklaracija je dopuna Havajske deklaracije prihvaćene na Generalnoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog udruženja (WPA), 25. kolovoza 1996. godine u Madridu. 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. Drugo poglavlje Madridske deklaracije sadržava sedam uputa kojih bi se trebali pridržavati psihijatri širom svijeta (WPA, 1996; Okasha, 2003), a u radu je citiran dio koji se odnosi na psihijatrijske pacijente:

„(4) Kada je pacijent nesposoban i/ili nemoćan donijeti pravu odluku zbog mentalnog poremećaja, psihijatri trebaju konzultirati obitelj i, ako je potrebno, potražiti pravnog savjetnika kako bi zaštitili ljudsko dostojanstvo i zakonska prava pacijenata. Ni jedno liječenje ne smije se provoditi protiv volje pacijenata osim ako bi izostajanje liječenja ugrozilo život pacijenta i/ili onih u njegovoj blizini. Liječenje uvijek mora biti u najboljem interesu pacijenta.

TORTURA: Psihijatri ne smiju sudjelovati u bilo kojem procesu mentalne ili fizičke torture, čak i kada postoji pritisak autoriteta za njihovo uključivanje u takve akcije“.

Načela zaštite osoba s mentalnim oboljenjima i unapređenja zaštite mentalnog zdravlja dokument je koji je prihvaćen na Plenarnom sastanku Ujedinjenih Naroda (UN-a), 17. prosinca 1991. godine. Dio koji se odnosi na fizičko sputavanje odnosno izdvajanje pacijenata citiran je u načelu 11 (suglasnost za liječenje) (WHO, 1991):

„Fizičko sputavanje ili izdvajanje pacijenata ne smije se provoditi osim u skladu sa službeno utvrđenim procedurama mentalno-zdravstvene ustanove i samo kada je to jedini način koji stoji na raspolaganju kako bi se spriječila neposredna ili prijetuća šteta za pacijenta ili druge. Ove se mjere ne smiju produljiti za razdoblja koje je striktno neposredno za ovu svrhu. Svi slučajevi fizičkog sputavanja ili prisilnog izdvajanja, razlozi za to i njihova priroda i opseg moraju se zabilježiti u pacijentovu medicinsku dokumentaciju. Pacijentu koji je fizički sputan ili izdvojen moraju se osigurati humani uvjeti ili skrb s bliskom i redovitom supervizijom kvalificiranih članova osoblja. Osobnom zastupniku, ako postoji i ako je relevantan, treba hitno dati informaciju o bilo kakvom sputavanju ili prisilnom izdvajanju pacijenta“.

Ustav Republike Hrvatske donesen je 22. prosinca 1990. godine i do danas je mijenjan i dopunjavao pet puta. Ustav Republike Hrvatske u dijelu koji se odnosi na zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda (zajedničke odredbe), čl. 14., 16., 22. i 23. (NN 85/10), značajan je u reguliranju primjena sile u psihijatrijskom tretmanu:

- čl. 14 - „Svatko u Republici Hrvatskoj ima prava i slobode, neovisno o njegovoj rasi, boji kože, spolu, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama. Svi su pred zakonom jednaki.”

- čl. 16. - „Slobode i prava mogu se ograničiti samo zakonom da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni poredak, javni moral i zdravlje.

Svako ograničenje slobode ili prava mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničenjem u svakom pojedinom slučaju.”

- čl. 22. - „Čovjekova je sloboda i osobnost nepovrediva. Nikomu se ne smije oduzeti ili ograničiti sloboda, osim kada je to određeno zakonom, o čemu odlučuje sud.”

- čl. 23. - „Nitko ne smije biti podvrgnut bilo kakvu obliku zlostavljanja ili, bez svoje privole, liječničkim ili znanstvenim pokusima.

Nikom se ne smije oduzeti ili ograničiti sloboda, osim kada je to određeno zakonom, o čemu odlučuje sud.”

Kazneni zakon donijet je na temelju Ustava Republike Hrvatske kojeg je hrvatski Sabor proglasio 19. rujna 1997. godine. Članak 240 odnosi se na nesavjesno liječenje (NN, 110/97):

„(1) Doktor medicine ili doktor stomatologije koji obavljajući svoju djelatnost ne primijeni mjere za zaštitu bolesnika prema pravilima medicinske struke, ili primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja, ili uopće nesavjesno postupa, pa zbog toga prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja neke osobe, kaznit će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do dvije godine.

(2) Kaznom iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se zdravstveni djelatnik koji obavljajući svoju djelatnost ne primijeni mjere za zaštitu bolesnika ili ne postupa prema pravilima svoje struke, ili obavlja zdravstvenu djelatnost u prostoru za koji nema propisano odobrenje za rad, ili uopće nesavjesno postupa, pa zbog toga prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja neke osobe.

(3) Doktor medicine, doktor stomatologije ili zdravstveni djelatnik koji kazneno djelo iz stavka 1. ili 2. ovoga članka počini iz nehaja, kaznit će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do jedne godine.”

Zakonom o zaštiti osoba s duševnim poremećajima, kao što je već i ranije spomenuto u radu, regulirana je prisilna hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika u Republici Hrvatskoj. Donesen je u rujnu 1997., a u primjeni je od 1. siječnja 1998. g. (Jukić, 2015; NN, 76/14). Prije donošenja tog Zakona u Republici je Hrvatskoj prisilna hospitalizacija provedena po Zakonu o vanparničnom postupku iz 1934. godine, odnosno po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1980., koji je nadopunjavao 1993. godine (Goreta, 2000). Potrebno je spomenuti da je i prije ovih zakonskih rješenja u hrvatskoj psihijatrijsko-pravnoj praksi bilo jasnih naznaka regulacije ne samo problema prisilne hospitalizacije, već i drugih problema, u prvom redu (ljudskih) prava psihijatrijskih bolesnika (Kozumplik, 2005). Tako je još 1856. godine donesen "Pravilnik o primanju duševnih bolesnika u psihijatrijske ustanove („nova osnova za primanje ljuđakah poslije sagrađene ludnice“), a 1880. g. donesen je Statut današnje Psihijatrijske bolnice Vrapče (tada „Zavod za umobolne Stenjevec“) koji je tada bio vrlo suvremen i napredan dokument (Goreta, 2000).

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u primjeni je već dvadesetak godina u Republici Hrvatskoj. Od samog početka naišao je na otpor i kod psihijatara (Jukić i Goreta, 1999) i kod sudaca (Goreta, 1999). Ovaj je Zakon od 1997. godine dva puta izmijenjivan i nadopunjavao (1999. i 2001. godine), a od 1. siječnja 2015. godine u primjeni je novi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Jukić, 2015; NN, 76/14)., kao što je već ranije opisano.

Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama propisuju se uvjeti za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama koji je prije svega potreban zbog činjenice da je prisilno zadržavanje u psihijatrijskim ustanovama i na psihijatrijskim odjelima najozbiljnija deprivacija slobode koju društvo može nanijeti pojedincu (Kos, 2018).

Glava VIII. istoimenog Zakona odnosi se na Mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama u člancima 60., 61., 62., 63., 64. i 66. (NN, 76/14), čiji se pregled donosi u nastavku:

- čl. 60. - „(1) Mjere prisile su sredstva i metode za fizičko ograničavanje kretanja i djelovanja osobe s težim duševnim smetnjama koja je smještena u psihijatrijskoj ustanovi.”

- čl. 61. - „(1) Mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama smiju se primijeniti samo iznimno ako je to jedino sredstvo da se otkloni neposredna opasnost koja proizlazi iz njezina ponašanja, a kojom se ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život ili zdravlje.

(2) Mjere prisile primijenit će se samo u mjeri i na način prijeko potreban da se otkloni opasnost iz stavka 1. ovoga članka.

(3) Mjere prisile smiju trajati samo dok je to nužno da se otkloni opasnost iz stavka 1. ovoga članka.

(4) Mjere prisile mogu se primijeniti tek nakon što se neprisilnim mjerama nije otklonila opasnost iz stavka 1. ovoga članka.”

- čl. 62. - „(1) Odluku o primjeni mjere prisile donosi psihijatar i nadzire njezinu primjenu.

(2) Ako zbog iznimne hitnosti nije moguće čekati da odluku donese psihijatar, odluku o primjeni mjere prisile može donijeti doktor medicine, medicinska sestra ili drugo zdravstveno osoblje, koji su obvezni o tome odmah obavijestiti psihijatra koji će pregledati osobu s težim duševnim smetnjama i odlučiti o daljnjoj primjeni mjere prisile.”

- čl. 63. - „Psihijatrijska ustanova obvezna je osigurati da stručno zdravstveno osoblje stalno prati tjelesno i duševno stanje osobe s težim duševnim smetnjama prema kojoj se primjenjuju mjere prisile.”

- čl. 64 - „(1) Prije nego što se na nju primijene mjere prisile, osoba s težim duševnim smetnjama bit će na to upozorena, ako je to s obzirom na okolnosti moguće.

(2) Mjere prisile, razlozi, način i trajanje te ime osobe koja je donijela odluku o njezinoj primjeni obvezno se unose u medicinsku dokumentaciju.

(3) O primjeni mjera prisile psihijatrijska ustanova obavijestit će osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika i etičko povjerenstvo.”

(4) Psihijatrijska ustanova obvezna je najmanje dva puta godišnje izvijestiti Povjerenstvo o primijenjenim mjerama prisile. Psihijatrijska ustanova obavijestit će Povjerenstvo o svakoj primjeni mjera prisile prema djetetu.

(5) Osoba s težim duševnim smetnjama prema kojoj su primijenjene mjere prisile, osoba od povjerenja i zakonski zastupnik mogu se obratiti Povjerenstvu sa zahtjevom da ispita primjenu mjera prisile.“

- čl. 66. - „(1) Psihijatrijska ustanova obvezna je o primjeni mjera prisile obavijestiti nadležni sud ako osoba s duševnim smetnjama prema kojoj su primijenjene mjere prisile, osoba od povjerenja ili njezin zakonski zastupnik to pisano zatraži.

(2) Sud će na odgovarajući način ispitati opravdanost, intenzitet i trajanje mjera prisile i donijeti odluke potrebne za zaštitu osobe s duševnim smetnjama.”

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 državama kada se Odboru čini da su „potrebni u danim okolnostima“ (CPT, 2010).

Prema Konvenciji, CPT ima široke ovlasti prilikom posjeta: 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 (CPT, 2002, 2010).

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 (CPT, 2002, 2010) o čemu će se još govoriti u radu.

1.3. Provedba mjera prisile u kliničkom kontekstu

Pacijentov doživljaj primjene sile u psihijatrijskom tretmanu u dosadašnjim je malobrojnim istraživanjima najčešće označavan kao zastrašujuć i ponižavajući, kao krajnje mučno iskustvo izjednačeno s najgorim oblicima fizičkog nasilja doživljenog u nekim drugim izvanterapijskim okolnostima (Goreta, 2009).

Zadnjih se godina u relevantnoj literaturi, najviše raspravlja upravo o utvrđivanju kriterija kako za prisilnu hospitalizaciju tako i za prisilnu terapiju u sklopu hospitalizacije (Goreta, 2009).

Prema Stone-Rothovu modelu (Stone, 1975; Roth, 1979) to bi mogli biti sljedeći kriteriji:

1. teži duševni poremećaj
2. loša prognoza bez tretmana
3. nepostojanje uspješne terapijske metode
4. nedostatak uvida u bolest
5. očekivanja da bi druga osoba u identičnom položaju odluku o tretmanu ocjenila razumno

Indikacije za prisilno liječenje duševnog bolesnika najčešće su vezane uz hitna i akutna stanja u psihijatriji. Takva stanja podrazumijevaju teško duševnu bolesnu osobu koja direktno ugrožava vlastito zdravlje, sigurnost ili život ili ugrožava sigurnost i život druge osobe. Ispadi u ponašanju i promjene raspoloženja također mogu biti opasne po život bolesnika, ali i po živote ljudi u njegovoj okolini te variraju od agresije

prema drugim osobama, predmetima ili prema samome sebi (Kozarić-Kovačić i sur., 2005).

Hitnim se stanjem u psihijatriji smatra ono stanje koje zahtijeva da se bolesniku odmah i bez odgađanja pruži hitna psihijatrijska pomoć. Time se želi staviti pod kontrolu bolesnikovo ponašanje koje bi moglo ugrožavati njegov tjelesni integritet ili integritet drugih osoba, odnosno ponašanja koje bi moglo u znatnoj mjeri, i to u vrlo kratkom vremenu, ugroziti zdravlje bolesnika ili zdravlje drugih. Isto se tako hitnom psihijatrijskom intervencijom nastoji olakšati bolesnikova duševna patnja koja može biti posljedica intenzivnih psihopatoloških doživljavanja, ali i posljedica raznih intoksikacija te simptoma apstinencije (Hotujac i Jukić, 2006; Jukić, 2015, 2018).

Na psihijatrijskim se odjelima ili hitnim prijemima najčešće intervenira prema osobama u kriznom stanju kao što su stanje akutne psihotičnosti, intoksikacije, tjelesno stanje ili stanja koja izazivaju promjene svijesti i afekta, boli, prisutstvo, tzv. „tragičnog trijasa“ kao uvod u autodestruktivno i suicidalno ponašanje. Sva navedena stanja zahtijevaju intervenciju tek kada ponašanje osobe postaje opasnost po sebe ili okolinu (Šendula Jengić i Katalinić, 2017).

Hitna se psihijatrijska pomoć, u pravilu, pruža u psihijatrijskim ambulantom i psihijatrijskim odjelima za intenzivno liječenje ili akutno psihijatrijsko liječenje. Način dolaska u psihijatrijsku ustanovu ovisi o bolesnikovu stanju i vrsti poremećaja, a sam primitak u bolnicu, bez obzira na zahtjeve bolesnika ili njegove okoline, provest će se nakon psihijatrijskog pregleda i procjene indikacije za prijem. Ako se bolesnik protivi hospitalizaciji, a psihijatar, na osnovi uvida u njegovo stanje procjeni da je ona nužna, provest će se tzv. prisilna hospitalizacija, u skladu s pravilima struke i zakona (u nas po Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama) (Hotujac i Jukić, 2006; Jukić, 2015, 2018).

Prema pokazateljima, oko 20% hitnih psihijatrijskih bolesnika je suicidalno, a oko 10% ih je nasilno (Jukić, 2015, 2018). Pretragom hrvatske relevantne literature, kao najčešće indikacije za prisilno liječenje duševnih bolesnika navode se upravo suicidalnost i heteroagresivno ponašanje (Bamburač, 1995; Sabljčić, 2004; Kozarić-Kovačić i sur., 2005; Jukić, 2015, 2018) i one će biti obrađene u ovom dijelu rada.

Suicid ili samoubojstvo je čin autoagresivnosti koji završava smrtnim ishodom. Ovdje je potrebno razjasniti i pojam parasuicida koji se razlikuje od samog suicida po tome što želja za samoubojstvom nije ostvarena, a sudski vještak ovisno o svojoj procjeni ne mora indicirati prisilno liječenje kod parasuicidalnosti (Sedić, 2006).

O'Carrolla i sur. (1996) donose jednu od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanja, prema kojoj klasifikacija definira:

- samoubojstvo - dokazana samouzrokovana smrt
- pokušaj samoubojstva - samoozljeđujuće ponašanje gdje izostaje fatalni ishod, pri čemu postoje dokazi da je osoba namjeravala počiniti samoubojstvo
- prekinuti pokušaj samoubojstva - potencijalno samoozljeđujuće ponašanje gdje postoje dokazi da je osoba namjeravala prouzročiti vlastitu smrt, ali je ta radnja prekinuta
- pomišljanja o samoubojstvu - razmišljanja da se skrivi vlastita smrt
- suicidalna namjera - subjektivno očekivanje i želja da svojevljni samodestruktivni čin dovede do vlastite smrti
- smrtnost samoubilačkog ponašanja (letalnost suicidalnog ponašanja) – objektivna opasnost za vlastiti život povezan s metodom izbora
- namjerno samoozljeđivanje - svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi bez stvarne želje da se skonča vlastiti život

Jedno od najvažnijih načela u zbrinjavanju suicidalnih bolesnika, svakako je zaštita samih bolesnika u prevenciji samoubilačkih poriva. S obzirom da se suicidalnost nikako ne može predvidjeti, pokušaj samoubojstva najstresniji je događaj u psihijatrijskoj praksi. Glavni zadatak medicinske sestre kod takvih bolesnika je smanjiti osjećaj bezvrijednosti i beznađa. Pacijenta se ne smije osuđivati već ga treba prihvatiti, podržavati njegovo samopoštovanje i primjereno reagirati na njegove izjave. Bolesnici sa samoubilačkim porivima, u pravilu su često negativistični pa im je misli potrebno preusmjeriti prema pozitivnom stvarima i aktivnostima te spriječiti izolaciju i otuđenje. Zbog svega navedenog potrebno je pomno pratiti bolesnikovo ponašanje kako bi se u što kraćem vremenu otkrile pacijentove namjere. Jedna od bitnijih stavki prilikom zbrinjavanja suicidalnog bolesnika je uključivanje obitelji u proces liječenja (Sedić, 2006).

Intervencije medicinske sestre u skrbi za suicidalnog bolesnika su mnogobrojne, te se primjenjuju u svrhu sprečavanja suicida, ozljeđivanja ili samoozljeđivanja (Muk, 2014). One su sljedeće:

- svaku prijetnju treba shvatiti ozbiljno jer samoubojička nakana nije samo želja za smrću nego i želja za životom "apel za pomoć i razumijevanje".
- razviti odnos povjerenja i empatije prema bolesniku koji je važan jer će se bolesnik povjeriti samo bliskim osobama u koje je stekao povjerenje.
- pažljivo slušati bolesnika i poticati ga na verbalizaciju osjećaja čime se dolazi do saznanja vezana uz razmišljanja samih bolesnika, ali im se i olakšava samo stanje jer će „ono najteže u sebi” podijeliti s nekim
- promatrati i slušati verbalno i neverbalno izražavanje bolesnika
- pratiti intervencije s drugim bolesnicima i osobljem
- odvojiti dovoljno vremena za razgovor
- uočiti nagle promjene u ponašanju s naglaskom na disimulaciju (prikazivanje simptoma bolesti mnogo boljim nego što zapravo jesu) sa svrhom da popusti pažnja oko njega
- obratiti pozornost na riječi, bolesnikov odabir tema i simbola u komunikaciji
- pojačano pratiti kretanje bolesnika tijekom 24 sata s osobitom pozornošću noću i ranim jutarnjim satima kada se prema statističkim podacima dešava najveći broj suicida ili njihovih pokušaja
- ukloniti sve oštre i opasne predmete iz okoline
- provjeravati bolesnikove osobne stvari i ormarić u sobi jer postoji velika mogućnost da posjetitelji donesu lijekove, opasne ili oštre predmete
- odjelnu terapiju držati pod ključem zbog mogućnosti utuđivanja lijekova u svrhu suicida
- kontrolirati uzimanje terapije zbog mogućnosti nakupljanja lijekova u svrhu počinjenja suicida
- poticati bolesnika na uključivanje u rad skupine
- osigurati bolesniku mogućnost razvijanja osjećaja pripadnosti skupini
- poticati samopoštovanje
- uključiti članove obitelji u rješavanje problema, educirati ih i poticati da budu potpora bolesniku
- primjeniti ordiniranu terapiju

- sve informacije podijeliti s ostalim članovima tima
- sve evidentirati u sestrinsku dokumentaciju

Agresija – je ponašanje koje se očituje u neprijateljskoj akciji prema osobama ili predmetima (Sedić, 2006). Iz psihijatrijske perspektive, agresivno i antisocijalno ponašanje često se odnosi na poremećaj ophođenja i poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem (APA, 1994), a manifestira se postojanjem sljedećih dijagnostičkih kriterija:

1. Agresija

- često tiraniziranje, prijetnje i zastrašivanje
- često iniciranje tučnjava
- upotreba oružja koje može uzrokovati tešku tjelesnu ozljedu (batina, cigle, razbijene boce, nož ili pištolj)
- fizička okrutnost prema ljudima
- fizička okrutnost prema životinjama
- krađa uz suočavanje sa žrtvom (napad i orobljavanje, iznuđivanje, sudjelovanje u pljački)
- prisiljavanje na seksualnu aktivnost

2. Uništavanje imovine

3. Prijevarena ili krađa

4. Ozbiljno narušavanje pravila

Agresivnost se još može definirati i kao nasilna, neprimjerena i neadaptivna verbalna ili fizička aktivnost koja povređuje ili oštećuje druge ili okolinu (Jakovljević, 1995).

Agresivno ponašanje psihijatrijskog pacijenta prema članovima terapijskog tima, prema drugim pacijentima, kao i prema samom sebi, samo će u manjem broju slučajeva imati karakter iznenadne, potpuno neočekivane re(akcije), koja prethodno nije bila „najavljena“ nikakvim uočljivim promjenama u njegovom ponašanju, izgledu i ostalim vidovima komunikacije s okolinom (Goreta, 2009), međutim, agresija i nasilničko ponašanje svakako je indikacija za prisilno liječenje duševnog bolesnika i takovom je bolesniku potrebno pristupati s oprezom kako ga se ne bi dodatno potaknulo na agresivno ponašanje. Specifična znanja i vještine medicinske sestre provode se u svrhu smanjenja i/ili otklanjanja agresije (Muk, 2014), a odnose se na sljedeće intervencije:

- stvoriti odnos utemeljen na empatiji i prihvaćanju
- biti iskren koliko god je to moguće
- pristupiti bolesniku sigurno ne pokazivajući strah i napetost
- izbjegavati nagle pokrete u prisutnosti bolesnika
- pokušati uspostaviti neverbalnu i verbalnu komunikaciju s bolesnikom
- kontrolirati vlastitu neverbalnu i verbalnu komunikaciju
- paziti na boju i ton glasa
- izbjegavati tihi govor i šaptanje
- dopustiti i poštovati agitiranom bolesniku pravo na vlastiti prostor
- ne dodirivati bolesnika i priječiti mu put
- ne prilaziti agitiranom bolesniku sam, već se držati na sigurnoj udaljenosti pazeći na vlastitu sigurnost
- pristupati k bolesniku s najmanje 2-3 osobe jer to bolesniku daje osjećaj sigurnosti da neće izgubiti kontrolu
- utvrditi očekivanja koja bolesnik ima glede kontrole ponašanja
- nastaviti s osnaživanjem očekivanja (katkada bolesnik sam zahtjeva da ga se fiksira jer se boji gubitka kontrole nad sobom, nakon čega se samostalno i smiri)
- odvesti bolesnika u tihu sobu te drugima reći da napuste prostoriju ako okolina pridonosi agresivnom ponašanju
- uspostaviti umirujuće okruženje i reducirati agresivne simptome ponašanja (umanjiti razinu buke, davati kratka i jasna objašnjenja, kontrolirati broj nazočnih osoba, istodobno osigurati privatnost, ukloniti sve predmete koji mogu biti potencijalno opasni)
- ne zanemarivati verbalne prijetnje (verbalne prijetnje ne zamijeniti fizičkom agresijom)
- pristupiti sa stavom da bolesniku činimo dobro i pomažemo mu u kontroli nasilnog ponašanja
- ne primati uvrede osobno ako nas bolesnik vrijeđa jer tada možemo i sami postati agresivni, već podržati ostale osobe koje u takvim situacijama mogu biti vrijeđani (ostali bolesnici i osoblje)
- predvidjeti mogućnost agresivnog ponašanja (imati plan) i primjereno djelovati
- poznavati mogućnosti nasilnog ponašanja
- biti u blizini u situacijama povećane napetosti

- osigurati dostupnost osoblja (5 osoba) prije potencijalnog nasilnog ponašanja
- dogovoriti tko će od osoblja biti zadužen za koju intervenciju ako dođe do nasilnog ponašanja
- pripremiti remenje, magnetno remenje (za sputavanje)
- nikada ne prilaziti sam kada je potrebno fizičko sputavanje
- ako je potrebno fizički sputati bolesnika, primjeniti dogovorenu, uvježbanu i koordiniranu metodu sputavanja
- prije same akcije sputavanja, potrebno je ukloniti sve potencijalno opasne stvari i predmete na mjestu provođenja akcije sputavanja
- sputati bez oklijevanja
- spriječiti ozljeđivanje i samoozljeđivanje bolesnika
- primjeniti ordiniranu terapiju, pratiti djelovanje terapije i eventualne nuspojave
- pratiti ponašanje i promjene u ponašanju bolesnika
- pratiti vitalne funkcije, unos tekućine i eliminaciju, integritet kože, disanje i položaj tijela u krevetu
- osloboditi bolesnika imobilizacije po odredbi liječnika
- sve evidentirati u sestrinsku dokumentaciju (protokol fiksacije)

Imajući u vidu sva potrebna znanja i vještine, potrebno je naglasiti kako je jedna od glavnih uloga medicinskih sestara u zbrinjavanju agresivnih bolesnika, svakako ublažavanje antisocijalnog ponašanja. U svrhu postizanja tog cilja, medicinska sestra zajedno s pacijentom mora graditi odnos koji se temelji na iskrenosti, empatiji i prihvaćanju bez optuživanja pacijenta, izazivanja, pokazivanja straha ili panike. Potrebno je djelovanje po modelu PPD: promatrati, planirati i djelovati (Sedić, 2006).

1.4. Načini provedbe mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama

Mjere prisile upotrijebljene prema osobama s težim duševnim smetnjama ugrožavaju njihova temeljna ljudska prava značajnije od svih ostalih postupaka. Osim što ograničavaju slobodu kretanja, mjere prisile onemogućuju bilo kakav izbor i uvelike utječu na 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).

Simptomatske specifičnosti agresivnog ponašanja postavljanja i ponašanja pojedinog pacijenta, njihovog vremenskog trajanja i njihovog intenziteta u pojedinim fazama, ne mogu se svesti pod bilo koji zajednički nazivnik ili neku opće prihvaćenu tipologiju, što znači da se uvijek trebaju procjenjivati strogo individualno i da njihova neutralizacija od strane članova terapijskog tima mora biti maksimalno individualizirana. S obzirom na to da je pacijentovo agresivno reagiranje, neovisno o njegovu temeljnom dijagnostičkom svrstavanju, najčešće obrambena reakcija, uvjetovana osjećajem ugroženosti, straha, panike, bespomoćnosti, poniženjem i slično, prvo je pravilo deeskalacijskog pristupa izbjegavanje bilo kakvih verbalnih ili neverbalnih poruka koje bi mogle dodatno pojačati takve osjećaje. U slučaju nepovoljnih razvoja karakteriziranih daljnjom eskalacijom pacijentove agresije, koja se ne može zaustaviti psihološkim metodama potrebno je donijeti odluku i o primjeni njezine fizičke neutralizacije, nakon čega se najčešće radi prevencija ponovne eskalacije agresije prisilno propisujući sedirajuću farmakološku terapiju, a potom i privremeno smještavanje u sobu za izdvajanje ili se bez takve izolacije provede fizičko sputavanje pomoću zaštitne košulje („stezulje”), remenja ili nekog drugog za tu svrhu službeno odobrenog sredstva (Goreta, 2009).

Detaljnije o korištenju deeskalacijskih tehnika govorit će se u poglavlju bioetičkih principa humane provedbe mjera prisile.

Prema pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnama (u daljnjem tekstu Pravilnik), mjere prisile su sredstva i metode fizičkog ograničavanja kretanja i djelovanja pacijenta putem sputavanja (fiksacija) i odvajanje (izolacija) (NN, 16/2015). Međutim, prisilna primjena (psiho)farmakološke terapije sigurno je najčešća prisilna mjera u liječenju psihijatrijskih pacijenata, koja se stoga u mnogim ustanovama i ne doživljava kao stvarna primjena sile, pa se zato posebno i ne dokumentira ili se to čini samo u iznimnim slučajevima, visoko rizičnim slučajevima u kojima se mogu očekivati ozbiljnije zdravstvene komplikacije ili pokretanje tužbi od strane pacijenata koji misle da im je takvim postupanjem ugroženo zdravlje ili neko drugo pravno dobro (Goreta, 2009).

Neovisno o tome koja će se mjera prisile upotrijebiti, *odluku o primjeni mjera prisile* donosi psihijatar, sukladno *Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama* (NN, 76/14, čl. 62), kao krajnju mjeru kada sve poduzeto u pripremnom postupku nije postiglo učinak. U slučaju iznimne žurnosti, odluku o primjeni mjera prisile mogu donijeti doktor medicine druge specijalnosti ili *medicinska sestra/medicinski tehničar* i o tome su obvezni odmah obavijestiti psihijatra. Medicinske sestre/medicinski tehničari mogu primijeniti mjere prisile samo u iznenadnim i hitnim situacijama kada procjene da postoje ozbiljna opasnost da pacijent ugrozi osobnu i sigurnost okoline, a pritom obvezno procjenjuju: znakove nasilnog i samodestruktivnog ponašanja i posljedice koje bi mogle nastati ako ne bi primijenili mjeru prisile, vodeći se pritom svojim saznanjem i iskustvom o ponašanju svakog pacijenta pojedinačno (NN, 76/14).

S obzirom da je prisilna hospitalizacija - smještaj bez pristanka i prisilno zadržavanje u psihijatrijskoj ustanovi, mjera isključivo u doktrini liječničke profesije, autor će se baviti razmatranjima vezanim uz restriktivne mjere prisile koje se koriste u prevenciji i eskalaciji nepoželjnih i agresivnih ponašanja, te će se tako fizičko sputavanje, odvajanje (izolacija) i prisilna primjena psihofarmakološke terapije, naći u sukusu ovoga rada.

1.4.1. Fizičko sputavanje ili obuzdavanje (fiksacija)

Fizičko sputavanje ili obuzdavanje (fiksacija) jedna je od restriktivnijih mjera primjene prisile, koja se koristi u radu s psihijatrijskim bolesnicima.

Još od srednjeg vijeka poznata je metoda koja se primjenjivala kao metoda liječenja i u to se se vrijeme fizičko sputavanje koristilo u svrhu kažnjavanja bolesnika. Bolesnici su bili smješteni u kaveze, okovani lancima. Tek 1789. godine u doba Francuske revolucije, francuski psihijatar Philippe Pinel, oslobađa duševne bolesnike iz lanaca te osniva prvu katedru i kliniku za psihijatriju, čime otvara vrata humanijem odnosu prema bolesniku (Muk, 2014).

Iako je sputavanje postupak kojim se kontrolira agresivnost, on treba biti obavljen prema pravilima dobrog postupanja prema bolesniku, a osoba na koju će se primijeniti sila treba biti upozorena kad god je to moguće (Štrkalj-Ivezić i sur., 2010).

Kako je u radu već pisano o indikacijama nužnim za provođenju ove mjere, u Pravilniku se također navode indikacije za njeno provođenje, (NN, 16/15), stoga ih valja navesti:

1. nepredvidivo ili agresivno ponašanje
2. ponašanje koje je opasno za pacijenta ili druge osobe
3. samodestruktivno ponašanje
4. ponašanje s ozbiljnom verbalnom ili fizičkom prijetnjom koje se slabo kontrolira
5. intoksikacija alkoholom ili lijekovima sa slabom kontrolom ponašanja
6. manično ponašanje sa slabom kontrolom
7. slaba ili nepostojeća samokontrola ponašanja nakon primjene lijekova ili boravka u mirnijoj sobi
8. sprječavanje samoozljeđivanja pacijenata (npr. pad s kreveta, sprečavanje pacijenta da izvuče urinarni kateter i sl.)
9. na zahtjev pacijenta, ako je procjena takva da je ugrožena sigurnost pacijenta i drugih osoba na odjelu te pacijentova okolina

Prema Pravilniku, sputavanje se može primijeniti kao fizičko sputavanje korištenjem fizičkih pomagala (magnetni remen, magnetni pojas, kožni remen za zglobove, platnene vezice i zaštitna košulja) te kemijskim putem, primjerice, brzom trankvilizacijom ili sedacijom (NN, 16/15).

Prije same primjene postupka sputavanja potrebno je, kada god je to moguće razgovarati s bolesnikom i dopustiti mu da izrazi svoje osjećaje i uzroke svog 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. Vrlo je važno bolesniku jasno reći koji su razlozi za primjenu fizičke sile. Tijekom samog postupka preporučuje se tražiti od 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 (Štrkalj-Ivezić i sur., 2010) kako je opisano u nastavku.

Postupak primjene mjere sputavanja, reguliran je istoimenim Pravilnikom. Postupak sputavanja, provodi najmanje pet medicinskih sestara/medicinskih tehničara u timu, a sam postupak traje 15 - 20 minuta. On mora biti proveden brzo i bez oklijevanja, kao rutinska i regularna procedura, uz prethodnu procjenu u kojim točkama je potrebno sputavanje (u 4 točke – obje ruke i noge, u 3 točke – obje ruke ili noge i jedna ruka ili noga, u 2 točke – ruka i noga na suprotnoj strani, u 1 točki – najčešće ruka, prsa). Na početni znak voditelja tima svaki član tima preuzima kontrolu pokretanja jednog ekstremiteta, a agresivni pacijent se obuhvaća odostraga kako bi mu se blokirale ruke i istovremeno zglobovi koljena i oba lakta, radi sprječavanja ozljede. Pacijent se spusti na pod, a voditelj tima kontrolira pacijentovu glavu da spriječi ozljeđivanje pacijenta ili zdravstvenih radnika. Nikakav pritisak se ne smije primjenjivati na vrat, prsa ili trbuh. Pacijent se s poda podiže na krevet i postavlja u ležeći položaj na leđima, a najprije se veže zdjelični pojas, zatim ručni zglobovi i nakon toga skočni zglobovi. Vezivanje se provodi uvijek na velikim zglobovima kako bi se mogla primijeniti farmakoterapija i kako bi uvijek bio dostupan intravenski put. Pritom se mora paziti na čvrstoću zategnutosti fizičkih pomagala (ne stegnuti prejako niti prelabavo). Vezivanje se može provesti oblačenjem pacijenta u zaštitnu košulju. Sve vrijednosti i dragocjenosti koje pacijent ima na sebi treba s njega skinuti i pohraniti na sigurno mjesto na odjelu u odjelni sef. Kako se pacijent smiruje tako se smanjuje i broj točaka sputavanja, ako je procjena takva da se može osloboditi samo jedna točka sputavanja. U slučaju da nema mogućnosti smanjenja broja točaka sputavanja, povremeno se oslobađaju jedna po jedna točka sputavanja i to naizmjenično svakih sat vremena, kada se obvezno masiraju ili razgibavaju radi održavanja cirkulacije i sprječavanja oštećenja ekstremiteta. Pacijentu koji je sputan u pravilu se omogućava razgibavanje svaka dva sata po 15 minuta i obavljanje ostalih potreba pod nadzorom zdravstvenih radnika. Uvijek kada je to moguće, pacijenta koji je sputan treba smjestiti samog u sobu te osigurati stalni video nadzor i promatranje zdravstvenih radnika. Pacijentu koji je sputan mora se osigurati dovoljan unos tekućine te pratiti njegov puls, tlak i temperatura, stanje kože, mokrenje, stolica, druge vitalne funkcije i eventualna bol, u pravilu svakih 15 minuta prva 2 sata, a nadalje ovisno o okolnostima i uputi doktora medicine. Prilikom hranjenja potrebno je osloboditi pacijentu jednu ruku ili olabaviti fizičko pomagalo ako za to postoji mogućnost, a ako to nije moguće, pacijenta je potrebno hraniti. Ako je stanje pacijenta takvo da se ne mogu svakih 15 minuta u prva 2 sata izmjeriti vitalne funkcije, obavezno ih treba

izmjeriti nakon 30 do najviše 60 minuta od početka sputavanja (NN, 16/15).

1.4.2. Odvajanja ili izolacija (izdvajanje)

Standarni postupak odvajanja ili izolacija (izdvajanje) je privremena terapijska mjera prisile koja se primjenjuje u stanjima ekstremne eskalacije pacijentove agresivnosti. (Kos, 2018).

Osvrtom na neka povijesna razdoblja, postupci odvajanja ili izolacije primjenjivali su se još u 14. st. kada su osnovani tzv. *leproziji* ili *azili*, utočišta za duševno oboljele, ali su služili u svrhu izolacije duševnih bolesnika, odnosno osnovani su kako bi se društvo zaštitilo od duševnih bolesnika (Muk, 2014). U 19-om je stoljeću gotovo u svim zemljama uveden sustav „*no restrain*” koji je tijekom dugog razdoblja bio i dalje restriktivan. Tek kasnije slijedi poluotvoreni sustav i na kraju *open door* sustav koji omogućuje slobodno kretanje psihičkim bolesnicima (Sedić, 2006).

Izdvajanje agresivnog pacijenta provodi se u posebno opremljenim sobama koje su namještene tako da onemogućuju samozljeđivanje, a da pacijentu ipak osiguravaju minimalne uvjete za zadovoljenje osnovnih životnih potreba (Goreta, 2009). Soba za izolaciju mora sadržavati videonadzor.

Postupak primjene mjere odvajanja također se utvrđuje Pravilnikom. Prema Pravilniku, odvajanje se primjenjuje samo ako su manje restriktivne mjere neefikasne u očuvanju ili preusmjeravanju pacijentova ponašanja, a na pacijenta smještenog u sobu za odvajanje ne smije se istovremeno primjenjivati mjera sputavanja. Prije odvajanja pacijenta treba pregledati i obavezno evidentirati sve njegove povrede, ako postoje. Pacijenta se presvlači u pidžamu i čarape, a sve njegove osobne stvari čuvaju se na određenom mjestu. Potrebno je odmah popisati sve vrijednosti i dragocjenosti uzete od pacijenta. Nakon smještaja u sobu za odvajanje, vrata sobe moraju biti zaključana. Medicinska sestra/medicinski tehničar obvezno promatra pacijenta svakih 15 minuta kroz prozor zaključanih vrata ili pomoću videonadzora, a položaj monitora mora biti takav da samo zdravstveni radnik vidi pacijenta. Ako je pacijent vidno uznemiren ili agresivan potreban je stalni nadzor jedne medicinske sestre/medicinskog tehničara. Pacijentu koji je u sobi za odvajanje daje se pauza u trajanju od 15 minuta svakih 1 do 2 sata da se razgiba pod nadzorom zdravstvenih

radnika, a prije i poslije pauze radi se procjena stanja pacijenta da bi se moglo utvrditi da li postupak odvajanja treba nastaviti. U sobi za odvajanje obroci se serviraju u plastičnom posuđu, a pacijentu se mora osigurati dovoljna količina tekućine. Ako to zdravstveno stanje pacijenta dopušta, doktor medicine može dogovoriti s pacijentom i medicinskim sestrama/medicinskim tehničarima da se pacijentu omogući uzimanje obroka s drugim pacijentima. Uvijek je potrebna prisutnost barem dvije medicinske sestre/dva medicinska tehničara kada se pacijenta odvodi u sobu za odvajanje ili ga se pušta na pauzu ili obroke iz sobe za odvajanje. Pacijent treba biti pušten iz sobe za odvajanje što prije, a odluku o prestanku mjere odvajanja donosi psihijatar (NN, 16/15).

1.4.3. Prisilna farmakološka terapija

Prisilna primjena farmakološke terapije postupak je koji ulazi u kategoriju terapijske primjene sile. Postoje velike razlike u samom definiranju prisilnog propisivanja lijekova, koja prema Ketelsenu glasi: „*Prisilna primjena farmakološke terapije je postupak u kojem pacijent više nema mogućnost izbora načina na koji će ona biti primjenjena, što će najčešće biti uvjetovano hitnošću nužne intervencije ili pacijentovim apsolutnim odbijanjem nužne terapije (neovisno o predloženom načinu njezine primjene)*” (Goreta, 2009).

Postupak primjene prisilne farmakološke terapije treba biti standardiziran, s jasnom podjelom uloga i odgovornosti, samo s kratkim i jasnim informiranjem pacijenata bez otvaranja novih rasprava o njegovoj opravdanosti i uvijek s maksimalnim izbjegavanjem bilo kakvih dodatno rizičnih radnji koje bi mogle dovesti do ozbiljnijih štetnih posljedica, kako za pacijenta tako i za članove terapijskog tima. Pri primjeni prisilne medikacije preporučuje se četiri do pet djelatnika, a kod iznimno snažnih pacijenata taj broj može biti i veći. Prisutnost većeg broja terapijskog tima, kojim se jasno sugerira njihova fizička nadmoć nad pacijentom, može već na psihološkoj razini biti dostatna za pacijentovo odustajanje od agresivnog reagiranja. Ostali pacijenti bivaju udaljeni iz prostorije u kojoj se prisilno daje farmakološka terapija kako bi bili pošteđeni od potencijalno traumatizirajućih doživljaja. Prisilna medikacija u pravilu se provodi u pacijentovoj sobi s maksimalnim uvažavanjem njegove intimne sfere. Kada to zbog hitnosti situacije nije moguće osigurati, ta će se zadaća obaviti na mjestu na kojem je pacijent trenutačno zatečen. Tijekom same intervencije uvijek

je bolje da osobe koje pacijent poznaje i u koje od ranije ima veće povjerenje budu u prvom planu, dok njemu nepoznati djelatnici trebaju stajati u pozadini. Izbor lijekova koji će se primjeniti u svrhu prisilne farmakološke terapije ovisi o ciljanim usmjerenjima na vodeće simptome, s brzim djelovanjem, s kratkim vremenom izlučivanja i s minimalnim ili nikakvim nuspojavama. U pravilu lijekovi koji se indiciraju kod dominantno aktualne krizne situacije jesu: Lorazepam, Haloperidol, Chlorprotixen, Levomepromazin i Promethazin, a u novije vrijeme, ali znatno rjeđe, Risperidon i Olanzapin (Goreta, 2009).

S obzirom na navedeno, jasno je vidljivo kako su medicinske sestre neizostavan dio terapijskog tima. Budući da su one te koje direktno primjenjuju (psih)farmakološku terapiju, njihova je uloga i odgovornost velika, a sastoji se od niza zadataka i sestrijskih intervencija (Muk, 2014). One su sljedeće:

- poznavati vrste, doziranje i primjenu psihofarmaka, njihovo djelovanje te nuspojave prilikom njihova uzimanja
- čuvati lijekove u sestrijskoj ambulanti u ormaru koji mora biti zaključan
- kontrolirati uzimanje terapije
- pokušati identificirati razloge za izbjegavanje terapije
- opažati bolesnikova pozitivna i negativna stajališta prema uzimanju lijekova, eventualne manipulacije te svoja zapažanja pisano i usmeno prenositi ostalim članovima tima
- primjenjivati terapiju po pravilu u isto vrijeme
- pratiti učinak terapije, poboljšanje ili pogoršanje simptoma, ponašanje i promjene u ponašanju (ocijeniti je li bolesnik smireniji, manje napet, manje agresivan, presediran, procijeniti intenzitet simptoma, uočiti eventualni pad krvnog tlaka ili je li terapija bez učinka)
- opažati učinak noćne medikacije (je li bolesnik spavao, budio se u snu, imao noćne more, je li potrebna dodatna terapija za spavanje, kako se budi, je li pri buđenju umoran ili odmoran, vrijeme usnivanja, buđenja i dr.)
- poznavati, uočavati i prevenirati nuspojave, poznavati principe psihofarmakoterapije i moguće nuspojave, znati što kod bolesnika promatrati i kontrolirati zbog prevencija nuspojava i njihovih komplikacija, poznavati znakove intoksikacije pojedinim psihofarmacima i postupke pri liječenju te znati koje informacije prenijeti liječniku

- objasniti bolesniku razloge nuspojava na njemu razumljiv i prihvatljiv način, prolaznost, uklanjanje ili smanjenje nuspojava te isticati pozitivno djelovanje lijeka
- poticati bolesnika na suradljivost u razgovoru s njim, uputiti ga o lijekovima na jednostavan i njemu prihvatljiv način te uspostaviti bolesnikov pozitivan odnos prema uzimanju lijekova (važno je nuditi sliku realnosti u koju će ga uvesti uzimanje lijeka, a u kojoj se može osjećati uspješnim i prihvaćenim s naglaskom da nije sramota biti bolestan, da se to svakome može dogoditi, da zato nije manje vrijedniji od drugih te da podržavamo njegovu težnju da bude zdrav, ali da je to moguće samo ako bude uzimao lijek)
- primjeniti terapiju pri urgentnim stanjima te hitnim intervencijama, stručno, smireno i spretno (parenteralna terapija)
- pratiti bolesnikove reakcije jer neki psihofarmaci mogu uzrokovati pad krvnog tlaka
- educirati članove obitelji ili ključnog člana obitelji o važnosti redovitog uzimanja lijeka
- uputiti ih u potrebu kontrole uzimanja propisane terapije u bolesnika koji ne razumiju, nerado uzimaju ili odbijaju terapiju
- govoriti o mogućnostima liječenja jer duševna se bolest liječi putem antistigmatizacijskih programa
- sve evidentirati u sestrinsku dokumentaciju

Važno je istaknuti da su medicinske sestre te koje tijekom 24 sata prate bolesnikovo stanje, simptome bolesti, raspoloženje i promjene raspoloženja, ponašanje i promjene u ponašanju tijekom svakodnevnih aktivnosti, u terapijskim postupcima, u odnosu prema osobolju i drugim bolesnicima, prema posjetiteljima, u pridržavanju kućnog reda i sl. Jedna od izuzetno važnih, gore navedenih intervencijama koje medicinske sestre svakodnevno provode u zbrinjavanju psihijatrijskih bolesnika je i važnost prepoznavanja i djelovanja psihofarmakološke terapije kao i njezinih nuspojava stoga se tablici 1 navode neke od najčešćih nuspojava psihofarmaka s opisom kliničkih značajki u psihijatriji.

Tablica 1. Najčešće nuspojave psihofarmaka kao hitna stanja u psihijatriji

Nuspojava	Opis (značajke) nuspojave (poremećaja)
Akutna distonija	<p>Prolongirani spazam skupine mišića:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lica (okulogirne krize), vrata (tortikolis), trupa, grkljana (teškoće govora, stridor, hipoksija), protuzija jezika, cijelog tijela (opistotonus)
Maligni neuroleptički sindrom	<p>Izraženi mišićni rigor Tjelesna temperatura viša od 38 °C Nestabilnost autonomnog živčanog sustava:</p> <ul style="list-style-type: none"> • znojenje, bljedoća, tremor, dispneja, tahikardija, hipersalivacija, tahipneja <p>Poremećaj svijesti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • delirij, sopor, koma
Tardivna diskinezija	<p>Kretnje tijela slične tikovima koje imitiraju crvolike pokrete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pokreti jezika (plaženje, uvijanje, uvlačenje) • pokreti čeljusti (pokreti žvakanja) • orofacijalni pokreti (pućenje usana, mljackanje) • pokreti usana
Delirij	<p>Poremećaj svijesti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • somnolencija, konfuzija <p>Dezorganizacija mišljenja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nesuvisli, besmisleni ili nepovezani govor <p>Obmane osjetila:</p> <ul style="list-style-type: none"> • krive interpretacije, iluzije, halucinacije, složene halucinacije – vizije <p>Poremećaj ciklusa budnost – spavanje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hipervigilnost, somnolencija <p>Poremećaj psihomotorike:</p> <ul style="list-style-type: none"> • agitacija, nemir, hiperaktivnost <p>Poremećaj pamćenja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nesposobnost zapamćivanja novih sadržaja, teškoće u sjećanju <p>Emocionalni poremećaji:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anksioznost, strah, razdražljivost, euforija <p>Neurološki poremećaji:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tremor, disnomija, disgrafija <p>Vegetativni simptomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tahikardija, tahipneja, znojenje, crvenilo lica,

	<p>proširenje zjenica</p> <p>Vitalni znakovi:</p> <ul style="list-style-type: none"> hipertenzija, povišena tjelesna temperatura do 40 °C, tahipneja
Serotoninski sindrom	<p>Vegetativni simptomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> visoka tjelesna temperatura, dijareja, znojenje, mučnina, povraćanje <p>Neuromuskularni simptomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> tremor, hiperrefleksija, mioklonusi <p>Poremećaj ponašanja:</p> <ul style="list-style-type: none"> iritabilnost, agitacija, smetenost, delirij
Epileptogeni učinak	<p>Konvulzije:</p> <ul style="list-style-type: none"> generalizirani toničko-klonički napadaji, mioklonizmi, atonički napadaji, kompleksni parcijalni napadaji
Ortostatska hipotenzija	<p>Simptomi cerebralne hipoperfuzije:</p> <ul style="list-style-type: none"> vrtočlavica, slabost, ošamućenost, glavobolja, poremećaj vida
Ostale nuspojave	<p>Simptomi vezani uz autonomni živčani sustav:</p> <ul style="list-style-type: none"> suhoća usta, zamagljen vid, opstipacija, mučnina, povraćanje, retencija urina, pojačana salivacija <p>Simptomi vezani uz kardiovaskularni sustav:</p> <ul style="list-style-type: none"> poremećaji srčanog ritma, ortostatska hipotenzija <p>Simptomi vezani uz hematološki sustav:</p> <ul style="list-style-type: none"> leukopenija, agranulocitoza, eozinofilija <p>Simptomi vezani uz dermatološki sustav:</p> <ul style="list-style-type: none"> urtikarija, alergijski dermatitis <p>Simptomi vezani uz endokrini sustav:</p> <ul style="list-style-type: none"> galaktoreja, amenoreja, poremećaj potencije ili libida, poremećaj metabolizma (prirast na tjelesnoj masi)

Izvor: (prema: Šagud, M. (2018). Uvod u problem hitnih stanja u psihijatriji. U V. Jukić i D. Ostojić (ur.) Hitna stanja u psihijatriji (str. 92-103). Zagreb: Medicinska naklada.)

2. Etičko sagledavanje mjera prisile iz perspektive sestrinske profesije

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 refleks društvene zajednice i trebaju korespondirati sa načelima same struke i trebaju biti obvezujuće za sve njezine članove (Perković, 2014).

Etičke su norme univerzalne vrijednosti koje se nikada ne bi smjele selektivno prilagođavati pojedinoj zakonskoj normi ili pojedinom području dijagnostičkog i/ili terapijskog postupanja. Konkretna primjena pojedine etičke norme uvijek treba uvažavati granice kompetencija pojedinih profesionalnih područja uz istodobno stalno otvorenu mogućnost preklapanja njezine primjene na (i) više „srodnih“ područja (čuvanje profesionalne tajne, davanje informiranog pristanka i drugo). Moguće je preklapanje etičkih i zakonskih normi ali također i njihovo razilaženje i suprotstavljanje koje nerijetko dovodi do ozbiljnih „unutarnjih“ konflikata pri donošenju odluka (Goreta, 2013).

U domeni medicinske struke prvo bi pravilo trebalo biti s ciljem *primum non nocere*. I u domeni ljudskih prava i sloboda te njihove ugroze, osobito u situacijama kada se radi o osobama s duševnim smetnjama, prema svim međunarodnim standardima o suspendiranju tih prava, treba vrlo obzirno, humano i kompetentno odlučivati. Svaka intervencija prema osobama s duševnim smetnjama, koje su posebno ranjive i u podređenom položaju, mora imati svoje medicinsko i sigurnosno opravdanje, a ako se postupa protivno toj nužnosti, tada se postupak smatra nečovječnim i ponižavajućim (Šendula Jengiđ i Katalinić, 2017).

Ne postoje jedinstveni kriteriji koji bi ujedno bili i temelj jedinstvenog postupanja prema osobama s duševnim smetnjama, posebice u situacijama potrebe za prisilom. Svaka intervencija koja uključuje korištenje prisile prema čovjeku, osim što mora imati svoje egzistencijalno sigurnosno i terapijsko opravdanje, mora proizvesti najmanju moguću štetu po duševni i tjelesni integritet osobe nad kojom se prisila vrši, ali i svih sudionika u postupanju uz poštovanje zakonskih normi i visokih etičkih načela (Šendula Jengiđ i Katalinić, 2017).

Zadnjih četrdesetak godina uočava se sve izraženiji trend zaštite ljudskih prava zbog kojeg se i u psihijatriji stalno sužavaju indikacije za bilo koji oblik prisilnog tretmana i širi se zona mogućnosti da se taj tretman odbije, nerijetko i po cijenu daljnjeg pogoršanja, a time i naknadne potrebe da se takav tretman ipak povrede, ali tada u znatno lošijim okolnostima (Waschenfeld, 1991).

S obzirom da identična ideologija uključuje i pacijentovo pravo da se što prije napusti bolničko liječenje, zadnjih se petnaestak godina sve češće uočava prividno paradoksalno povećanje broja hospitalizacija, i prisilnih i dobrovoljnih, što je ponajprije uvjetovano nedovoljno stabilnim poboljšanjima i preranim prekidom posthospitalnog tretmana (Goreta, 2009).

Uz to, pojava širokog spektra novih psihofarmaka koje pacijenti uzimaju, znatno poboljšava kvalitetu života što opravdava otvaranje novog etičkog pitanja: je li bolje u toj mjeri poštovati pravo na odbijanje tretmana da se pacijentov izbor svede na „dying with their rights” (umrijeti sa svojim pravima) ili se barem u početku odlučiti za represiju koja se možda već za kratko vrijeme može pretvoriti u dobrovoljnu suradnju i vrlo dobre rezultate (Treffert, 1973; Goreta, 2009).

Prisilne hospitalizacije predstavljaju složenu društvenu i psihijatrijsku pojavu koja podrazumijeva ograničavanje slobode i autonomije pacijenta (Hotzy i sur., 2018).

Sposobnost donošenja *etičkih odluka* pitanje je moralne izvrsnosti medicinskih sestara. One se često nalaze u vrlo zahtjevnim situacijama i za određeni moralni izbor ili radnju moraju imati vrlo jake argumente. Sudjelujući u moralnim raspravama ili boreći se za svoja stajališta, svoje mišljenje moraju utemeljiti ili na etičkim teorijama, pravilima i principima ili na sintezi teorijskog znanja i iskustva. Etička razmišljanja, etička pravila, principi i teorije pomažu u procjeni potrebnoj za donošenje etičkih odluka. Znanje, životno iskustvo i sposobnost procjenjivanja usmjerenog prema pojedincu kao jedinstvenom entitetu, ključni su za odgovarajući izbor, interpretaciju, kulturološku adaptaciju i primjenu relevantnih etičkih pravila, principa i teorija. U praksi, teorija i iskustvo funkcioniraju kao dvostruki proces u kojem jedno nadopunjuje drugo (Kalauz, 2013).

2.1. Granice dopuštenog ponašanja u okviru provođenja restriktivnih mjera prisile

S gledišta medicinske etike, glavne bi psihijatrijske indikacije za prisilnu hospitalizaciju bile gubitak uvida i sposobnost odlučivanja, uvjetovanih psihičkim poremećajem/bolešću, te provođenjem liječenja, od kojeg se opravdano očekuje da bude uspješno (Kullgren i sur., 1996; McLachlan i Mulder, 2000).

U psihijatrijskom okruženju mjere prisile mogu biti korištene u tri situacije. Iako one u praktičnom smislu nemaju svoja jasna razgraničenja (Šendula Jengiđ i Katalinić, 2017), mogu se koristiti:

- kada je nužno ograničiti pacijentovu slobodu na neko određeno vrijeme kako bi se preveniralo njegovo nasilno ponašanje i ozljeđivanje sebe i/ili drugih
- za prisilu bolesnika koji odbija tretman ili nema uvida da bi na isti pristao, pri čemu je nedvojbeno utvrđena iminentna opasnost po sebe i okolinu
- u kratkotrajnim situacijama u kojima postoji visoka vjerojatnost nasilnog ponašanja bolesnika

U svakodnevnoj kliničkoj praksi, vrlo je teško razlučiti koju od restriktivnih mjera primjeniti, stoga postoje mnogobrojne smjernice i algoritmi. Jednu od takvih, donijela je i *Američka asocijacija za hitnu psihijatriju (AAEP)* koja je pokrenula projekt BETA (Gerson i sur., 2019) s opisom najbolje prakse u evaluaciji i liječenju agitiranih osoba. Ovaj dokumenat bitno pomaže u odlukama kada primjeniti izolaciju, a kada sputavanje kao najoptimalnije rješenje s naglaskom na odabir uvijek manje restriktivne intervencije kada god je to moguće. Uporaba ovih smjernica ukazuje na primjenu strategija u svrhu smanjenja učestalosti ovih mjera, osim u slučaju kada je pacijent aktivno nasilan. U slučajevima kada pacijent predstavlja neposrednu opasnost za druge treba ga sputati, a ako nije može ga se izolirati. Postoje situacije u kojima je pacijent samodestruktivan, pa je u takvim slučajevima ponovno bolja opcija sputavanja. U navedenim smjernicama, također je opisano kako u sputanom pacijenta deeskalacijske tehnike valja nastavljati i nakon primjene samog sputavanja uključujući i primjenu psihofarmakološke terapije koja se aplicira mirno sputanom pacijentu. Kada sputavanje nije indicirano, a pacijent je voljan sjediti u tihoj prostoriji tada se soba za izolaciju ne zaključava. Neovisno o mjeri prisile koja se provodi,

pacijenti su uvijek pod nadzorom. Naročitu pozornost treba obratiti i voditi računa o djelovanju lijekova koji su primjenjeni kod pacijenata. Izolacija kao dio liječenja mora biti svedena na minimum, što znači da je ono usmjereno na smanjenje vremena provedenog u izolaciji (Knox i Holloman, 2012).

Europski odbor za sprječavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) posebno proučava sve mjere prisilnog postupanja prema osobama u psihijatrijskim ustanovama. Njegovi predstavnici više su puta boravili i u Republici Hrvatskoj, vršili izvide u ustanovama i o tome dali svoja pisana izvješća koja su objavljena i na službenim mrežnim stranicama (Šendula Jengiđ i Katalinić, 2017).

CPT je 1998. godine, donijelo izvješće koje se odnosi na prisilni smještaj u psihijatrijskim ustanovama u kojem se nalazi detaljan pregled standarda u odnosu na životne uvjete i liječenje bolesnika, osoblje, sredstva za ograničenje slobode kretanja i prevenciju zlostavljanja. U nastavku se nalazi pregled tih standarda, budući su isti od velikog značaja za prisilno hospitalizirane pacijente:

I. *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. Potrebno je obratiti pažnju i 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 odnosno 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, 1998, 2010). 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 (CPT, 2007). 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. Elektrokonvulzivna terapija (EKT) predstavlja priznatu formu liječenja za bolesnike koji boluju od specifičnih poremećaja. CPT je naročito zabrinut kada se susretne sa pojavom primjene EKT-a u nemodificiranoj formi (bez anestezika i miorelaksansa). Ovakav pristup više se ne može smatrati prihvatljivim u modernoj psihijatrijskoj praksi. EKT 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 s 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.

II. *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.

III. *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 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 (remenje, 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. Ako se u iznimnim slučajevima upotrijebe 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. CPT također, 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. 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 CPT-a je primjena verbalnog uvjeravanja kao najčešća tehnika, iako 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 ako na to pristanu. Ako 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.

IV. *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 angairanog 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. Od iznimne je važnosti ustanoviti odgovarajuće postupke kako bi bolesnici bili zaštićeni od drugih bolesnika koji ih mogu 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, kao što su na primjer adolescenti oboljeli od psihičkih poremećaja koji ne bi smjeli biti smješteni zajedno s 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, 1998, 2010).

Osim CPT-a, ograničenje uporabe sile se ističe i u UN-ovoj Konvenciji protiv mučenja i drugih okrutnih, neljudskih ili ponižavajućih postupaka i kažnjavanja iz 1987., (UN,

1987), Međunarodnom paktu o građanskim i političkim pravima iz 1966. godine, (UN, 1966) te Konvenciji za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda iz 1953. godine (Vijeće Europe, 1953) (Šendula Jengiđ i Katalinić, 2017).

2.2. Vremenski okvir provođenja mjera prisila

Vremenski okvir kojim se propisuje dužina trajanja restriktivno provedenih mjera prisile u Republici Hrvatskoj (misleći pri tome na mjere sputavanja i odvajanja) u osoba s težim duševnim smetnjama, regulirane su Pravilnikom o vrstama i načinu primjene prema osobi s težim duševnim smetnjama (NN, 16/2015) i Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, 76/2014). Prije izlaska ova dva pravna dokumenta, nisu postojali nikakvi međunarodni standardi o maksimalnom važenju pojedine odredbe o fizičkom sputavanju, iako se među načelima Ujedinjenih naroda za zaštitu osoba s mentalnim oboljenjima i unapređenje zaštite mentalnog zdravlja, ističe načelo razmjernosti, prema kojem svaki pacijent ima pravo biti liječen u najmanje restriktivnom okruženju i primjenom najmanje ograničavajućeg tretmana (UN, 1991).

Prema pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile, mjere prisile smiju trajati samo dok je nužno da se otkloni neposredna opasnost koja proizlazi iz bolesnikovog ponašanja. Za određivanje najmanjeg mogućeg trajanja vremena fizičkog sputavanja (samo onoliko dugo koliko je potrebno za otklanjanje opasnosti koja je razlogom sputavanja) potrebna je uska suradnja između medicinskih sestara/tehničara i psihijatra. Maksimalno vrijeme na koje se može odrediti sputavanje je četiri sata, nakon čega liječnik - psihijatar ponovo procjenjuje potrebu za daljnjim sputavanjem. Ukupno vrijeme sputavanja ne smije biti dulje od 24 sata, a nakon isteka 24 sata psihijatar je obvezan izvršiti obilazak pacijenta i ponovno procijeniti psihofizičko stanje pacijenta. Vremenski okvir kojim se propisuje dužina trajanja vezana uz standardni postupak odvajanja ne postoji, već je navedeno kako pacijent treba biti pušten iz sobe za odvajanje što prije, a odluku o prestanku mjere odvajanja donosi psihijatar (NN, 16/2015).

U Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, nije eksplicitno određeno vremensko trajanje mjere prisile. Mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama smiju se primijeniti samo iznimno ako je to jedino sredstvo da se otkloni

neposredna opasnost koja proizlazi iz njezina ponašanja, a kojom ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život ili zdravlje i smije trajati samo dok je to nužno da se opasnost otkloni (NN, 76/2014).

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 psihijatrijsko društvo, 2016).

2.3. Specifičnost vođenja medicinske dokumentacije pri primjeni mjera prisile

Dobra i kvalitetna dokumentacija u psihijatriji vrlo je važna zbog same specifičnosti psihijatrijskih bolesnika. Takva dokumentacija, osigurava kontinuitet i kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata, važne podatke o bolesniku, te pouzdane podatke koji se mogu primjenjivati u raznim sestrinskim istraživanjima na području psihijatrijske njege kao doprinos sveukupnom znanju iz sestrinstva. S obzirom na to da takva dokumentacija sadrži podatke o 24-satnoj skrbi za bolesnika, ona je dragocijen izvor podataka za sve članove zdravstvenog tima (Kosić, 2004).

Opći standardi za odgovarajuće vođenje medicinske dokumentacije primjenjuju se naravno, i za registriranje prisilnih intervencija u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi (Bojić, 1998; Goreta, 2009). Ta je obveza određena člankom 23 Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, 76/14):

„Svaki medicinski postupak koji se provodi na temelju ovoga Zakona mora se unijeti u medicinsku dokumentaciju s naznakom je li bio poduzet s pisanim pristankom ili bez njega”.

Medicinska je dokumentacija pravni dokument, koji zdravstvenim djelatnicima može poslužiti kao obrana, ako pacijent protiv njih pokrene sudski postupak. Ona mora sadržavati: sve informacije koje su pacijentu rečene, sve što je na pacijentu uočeno i/ili dijagnosticirano, plan liječenja, stupanj uključenosti samog pacijenta u liječenje, detalje o primjenjenim metodama liječenja, nazive lijekova koje je dobio i/ili ih dobiva, koliko ih često dobiva, postoji li kakva reakcija na njih, informacije koje su pacijentu dane glede njegova liječenja i njegovih prava, pristanke i usmene i pismene, te

ocjene sposobnosti za davanje pristanka. Što je dokumentacija potpunija, to je kvalitetnija. Ona mora biti pisana čitko, razumljivim jezikom i mora biti adekvatan odraz tretmana koji je pacijentu pružen (Goreta, 2009).

S druge strane, obveza vođenja potpune i precizne medicinske dokumentacije, bitna je zbog osiguranja odgovarajuće razine kvalitete dijagnostičkih i terapijskih postupaka jer povijest bolesti utječe na sve odluke koje se donesu u postupku liječenja pacijenta te je potpuna i ispravna medicinska dokumentacija relevantna za ostvarivanje prava osoba s duševnim smetnjama kao i za utvrđivanje eventualne povrede tih prava. Pored obveze unošenja svakog medicinskog postupka poduzetog nad određenom osobom s duševnom smetnjom, postoji i potreba unošenja pisanog pristanka na poduzimanje tog postupka. Praksom Europskog suda za ljudska prava utvrđeno je da nepotpuna i netočna medicinska dokumentacija može za posljedicu imati povredu prava podnositelja na zaštitu od nečovječnog i ponižavajućeg postupanja (Grozđanić, 2015).

Danas je vrlo dobro poznata i vrijedna izreka: „*Što nije zapisano, ne postoji*“, što znači da u slučaju sudskog postupka, sud redovito uzima u obzir da je ono što je upisano u medicinsku dokumentaciju, kako liječničku, tako i sestrinsku, stvarno i učinjeno, a da se ono o čemu nema pisanog traga nije ni dogodilo. Loše vođena i neadekvatna dokumentacija može se smatrati oblikom nesavjesnog liječenja (Turković, 2001).

Prema jednoj anketi, provedenoj 1996./1997. u svim njemačkim, austrijskim i švicarskim psihijatrijskim klinikama (N=187), posebni protokol za unošenje svih relevantnih podataka o sputavanju/izdvajanju, koristilo se 87% anketiranih klinika. Pisane upute o provedbi tih mjera postojale su u 83% tih klinika. U Njemačkoj se koristila mjera izdvajanja 8% više u odnosu na sputavanje, dok je u Švicarskoj za 67 % više prednost davana sputavanju (Steinert, 1998).

Iako se zakonskim aktom ne mogu propisati svi detalji pojedinih medicinskih postupaka i provođenje svih intervencija, Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama, izričito naglašava ulogu i važnost vođenja medicinske i sestrinske dokumentacije za svakog pacijenta u kojeg se primjenjuju mjere prisile. Dokumentacija se mora voditi precizno, uredno i stručno, s zabilježenim razlozima primjene mjere prisile, imenom i prezimenom zdravstvenog

radnika koji je odredio mjeru prisile, zdravstvenih radnika koji su sudjelovali u primjeni mjere prisile te odgovorne osobe za njeno određivanje. Medicinska sestra/tehničar koji nadzire pacijenta, svakih je 15 minuta obvezan unositi bilješke u sestrinsku dokumentaciju u kojoj se unose sljedeći podaci: ime i prezime pacijenta, datum i vrijeme primjene mjere prisile, razlog primjene mjere prisile, alternativne mjere koje su primijenjene u pripremnom postupku, trajanje mjere, sve promjene ponašanja i ponašanje pacijenta nakon primjene mjere prisile, cjelokupna njega pacijenta i mjere sigurnosti, unos i izlučivanje tekućine te pauze od primjene mjere prisile. Doktor medicine koji redovito obilazi pacijenta upisuje u medicinsku dokumentaciju postupke primjene mjere prisile, mentalno i fizičko stanje pacijenta, vrijeme obilaska, sve intervencije te datum i sat prekida primjene mjere prisile. U roku od 24 sata od prestanka mjere prisile doktor medicine obvezan je upisati podatke o psihičkom statusu, stupnju samokontrole, učinku farmakoterapije i realizaciji plana zdravstvene njege (NN, 16/2015).

Ova dimenzija dodatno obvezuje medicinsku sestru da u svakodnevnom radu uz postojeće obveze i poslove ima još jednu administrativnu ulogu, a nedostatak u vođenju sestrinske dokumentacije nerijetko je potenciran manjkom medicinskih sestara i tehničara unutar svih zdravstvenih sustava, pa tako i psihijatrijskih.

2.4. Etička pitanja i primjena etičkih načela u osnovi sestrinske psihijatrijske prakse

Zbog specifičnosti struke, etičke i pravne dvojbe u psihijatriji su složene, jer je to grana medicine u koju je pravo najviše involvirano. Etičke i pravne dvojbe pojavljuju se u raznim situacijama poput čuvanja profesionalne tajne, informirani pristanak, prisilna hospitalizacija i dr., stoga pri rješavanju tih dvojbi uvijek treba činiti ono što je u najboljem interesu bolesnika (Medved, 2015).

Etičke i pravne dvojbe u psihijatrijskoj skrbi pojavljuju se u svim situacijama potencijalnog ili aktualnog konflikta između etičkih načela i pravnih normi zdravstvenih djelatnika i bolesnika, odnosno prava i obveza zdravstvenih djelatnika s jedne, i bolesnika s druge strane (Muk, 2014).

Dvojbe se mogu pojaviti u vezi s:

- etičkim načelima u terapijskom okruženju između zdravstvenog djelatnika i bolesnika (primjena terapije, sudjelovanje u kliničkim pokusima, EKT i sl.)
- čuvanjem medicinske tajne (medicinske dijagnoze, razloga dolaska i/ili liječenja/skrbi u psihijatrijskoj ustanovi)
- načelom informiranja bolesnika o stanju i mogućnostima liječenja
- pravom bolesnika na slobodno odlučivanje o prihvaćanju, odnosno odbijanju liječenja
- pravom bolesnika na slobodno odlučivanje o prihvaćanju, odnosno odbijanju liječenja, nedobrovoljnom hospitalizacijom i prisilnim liječenjem
- dvojbe vezane uz obveze prema zakonskim institucijama

Etička pitanja, načela (i dileme) s kojima se svakodnevno u svojem radu susreću medicinske sestre na psihijatriji jesu (Muk, 2014):

- pravo bolesnika da odbije propisanu terapiju
- pravo na najmanje restriktivnu mjeru liječenja, odnosno skrbi
- pravo na individualizirani, pismeni plan skrbi s mogućnošću uvida i revidiranja temeljenog na potrebama obradbe
- pravo na dosljednost (ovisno o mogućnostima) sudjelovanje u primanju razumnog objašnjenja o skrbi i potrebnim postupcima, kao i njihovu odbijanju, osim u hitnim slučajevima (ili slučajevima propisanim zakonom)
- pravo na mogućnost odbijanja sudjelovanja u eksperimentima i/ili istraživanjima u odsutnosti informiranog, pisanog pristanaka, a pri slobodnoj volji
- pravo na slobodu od susprezanja ili izolacije (osim u slučajevima hitnog stanja)
- pravo na humane ljudske uvjete okoline u kojoj bolesnik boravi, koja osigurava razumnu zaštitu od mogućeg ozljeđivanja te prikladnu mogućnost na privatnost
- pravo tajnosti medicinskih podataka (i nakon bolesnikova otpusta)
- pravo pristupa vlastitoj medicinskoj dokumentaciji, osim informacija primljenih od treće strane, na temelju obećanja o povjerljivosti i kada taj podatak može

biti štetan za bolesnikovo zdravlje (također se odnosi i na razdoblje nakon bolesnikova otpusta iz ustanove

- pravo korištenja telefonom, internetom i pravo na dolazak posjetitelja, osim u slučajevima kada to škodi samoj svrsi terapijskog postupka s bolesnikom
- pravo na obaviještenost pacijenta o svojim pravima na njemu razumljiv način i razumljivim jezikom
- pravo na utvrđivanje nedaća (uvreda) ako je to pravo narušeno
- pravo na upućivanje u drugu odgovarajuću ustanovu koja se brine o mentalnome zdravlju i/ili prema drugim pružateljima usluge (udrugama/klubovima/servisima) mentalnog zdravlja

Iz navedenog se može primjetiti kako su etičke dileme i problemi koji se mogu pojaviti u radu medicinske sestre s psihijatrijskim bolesnikom mnogobroje i nemoguće ih je sve obuhvati u ovom dijelu rada. Međutim, vezano uz osnovu sestrinske psihijatrijske prakse a to su osnovna i etička načela koja jesu glavna polazišta za sve sestrinske intervencije u provođenju skrbi za psihijatrijskog bolesnika, jedan dio možebitne problematike opisati će u ovom dijelu rada, a ostala će se pitanja razmatrati tijekom ostalih područja u radu.

Načela zdravstvene njege u skrbi za psihijatrijskog bolesnika, svojevrsna su pravila ponašanja koja moraju prožimati cjelokupnu sestrinsku praksu bez kojih se nijedna sestrinska intervencija u koju nisu uključena načela, ne može smatrati stručnom intervencijom. U provedbi zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika primjenjuju se sljedeća načela (Sedić 2006; Muk, 2014):

- I. cjeloviti (holistički) pristup
- II. poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića
- III. privatnost i dostojanstvo
- IV. terapijska komunikacija
- V. bezuvjetno prihvaćanje
- VI. uključivanje bolesnika/klijenta
- VII. pomoć pri učinkovitoj prilagodbi

I. *Holizam (cjelovitost) i holističko poimanje čovjeka* jedno je od osnovnih načela u pružanju sestrinske skrbi. *Cjeloviti (holistički) pristup* je poimanje klijenta kao cjelovitog bića u kontekstu njegovog socijalnog i kulturnog okruženja. Proizlazi iz

biološke teorije prema kojoj je svaki organizam, kao cjelina, nešto bitnije drugačije i više negoli puki zbroj djelovanja svih njegovih dijelova, te kao cjelina usmjerava sve svoje fizikalno-kemijske životne pojave. U svoj svojoj potpunosti svaki je pojedinac jedinstveno bio-psiho-socijalno biće i ne može se odvajati na pojedine djelove bez ugrožavanja njegova integriteta (Mojsović i sur., 2004).

Ako se ovo načelo razmotri s aspekta skrbi za psihijatrijskog bolesnika čija je biološka osnova bolesti u CNS-u, psihijatrijskog bolesnika medicinska sestra mora uzeti u obzir:

- biološku cjelovitost ljudskog bića
- osnovne ljudske potrebe koje čine središnji dio sestrinske skrbi, a koje imaju svoju biološku, psihološku i socijalnu dimenziju
- cjelokupno uže i šire socijalno i kulturalno okruženje

U određenom trenutku, sestra se orijentira prema nekom od bolesnikovih problema, ali taj problem mora razmotriti u kontekstu svega navedenog (Sedić, 2006).

II. *Poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića* jest poimanje bolesnika kao jedinstvene ljudske jedinice, prihvaćanje klijenta onakovoga kakav jest sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima, primjenjujući *individualizirani pristup*. Ovo se načelo temelji na činjenici da je svako ljudsko biće jedinstveno i neponovljivo i da će osnovne potrebe zadovoljiti na sebi jedinstven i svojstven način (Mojsović, 2004; Sedić, 2006).

III. *Privatnost i dostojanstvo* načelo je u kojem se ističe uvažavanje slobode izbora, podržavanje smopoštovanja, čuvanje tajne i sl. Potreba za samopoštovanjem i poštovanjem od strane drugih ljudi, jedna je od osnovnih ljudskih potreba i čini osnovu načela o privatnosti i dostojanstvu. Privatnost i dostojanstvo narušavaju se u širokom rasponu aktivnosti, od narušavanja tjelesne privatnosti do etiketiranja i omalovažavanja mentalno bolesnih osoba. Neki od sljedećih primjera to opisuju (Sedić, 2006):

- kupanje u krevetu bez paravana ili širom otvorenih vrata
- razgovor o bolesniku pri čemu ga se oslovljava dijagnozom
- vezanje bolesnika ili navlačenje stezulje
- prisilna hospitalizacija

Osim tih relativno očiglednih situacija kršenja privatnosti, postoje i mnogo suptilniji načini koje je teže zapaziti (Sedić, 2006), poput:

- uskratiti bolesniku objašnjenje
- ne tražiti (ili samo formalno tražiti) pristanak na neke zahvate
- prenositi podatke koji su priopćeni u povjerenju drugima i sl.

Iz navedenog proizlazi, kako medicinske sestre u svakodnevnom radu s psihijatrijskim bolesnicima, itekako moraju uvažavati načela privatnosti i dostojanstva.

Komunikacija u psihijatriji predstavlja najbitniji i osnovni „alat” u radu s psihijatrijskim bolesnicima u kojem medicinska sestra uz svoje znanje i iskustvo ulaže i veliku dozu emocionalne energije. Pri tome, mora biti upoznata i s najčešćim psihopatološkim fenomenima koji ometaju komunikaciju te steći vještinu komuniciranja. Psihijatrijski bolesnik je u većini slučajeva nepovjerljiv, nekritičan spram svoje bolesti i okoline, nesiguran u procjeni realiteta i disfunkcionalan u socijalnoj sredini, pa je adekvatna komunikacija osnova pristupa psihijatrijskom bolesniku (Božičević, 2004). Svaka medicinska sestra mora poznavati odrednice/sposobnost uspješne komunikacije s bolesnikom (Ribarić i Vidoša, 2014), koje su sljedeće:

- empatija/simpatičnost - sposobnost razumijevanja i dijeljenja tuđih emocija, uz pozitivnu naklonjenost toj osobi
- biti na raspolaganju bolesniku - imati dovoljno vremena baviti se njime
- steći povjerenje - pobuditi u bolesnika s kojim se razgovara bliskost i doživljaj sigurnosti
- suradnja - izbjegavati stvarati ovisnost bolesnika o vama, težiti njegovu osamostaljivanju i poticati ga na to
- profesionalnost - ponašati se sukladno stručnim i znanstvenim načelima svog posla, držati se termina i obveza, poštivati tuđa prava, kulturno se odnositi, kontrolirati svoje reakcije, racionalno se ponašati kad osoba pokazuje kritiku, ljubav, divljenje ili mržnju
- individualni pristup - ponašati se drugačije prema različitim pojedincima, jer svatko ima svoju posebnost
- polaziti iz pozitivne egzistencijalne pozicije
- etika - usmjeriti se na dobrobit bolesnika

IV. *Terapijska komunikacija* je razvijanje partnerskog odnosa i povjerenja u odnosu sestra – bolesnik. To je vještina kojom se s bolesnikom razvija odnos povjerenja, osiguravajući mu prihvaćenost, potporu, savjete, uvjete za promjenu stavova i ponašanja.

Može se reći da o terapijskoj komunikaciji govorimo kada ona pridonosi (Koić, 2008):

- razvoju terapijskog odnosa medicinska sestra – bolesnik
- prihvaćanju bolesnikova uvida u problem i porast samosvijesti
- porastu samopoštovanja i povjerenja bolesnika u sebe i u druge
- bolesnikovu usvajanju novih znanja i stjecanju novih vještina
- autonomiji ličnosti i njegovoj neovisnosti i samostalnosti
- smanjenju anksioznosti i popravljaju raspoloženja
- otklanjanju autoagresivnog i heteroagresivnog ponašanja
- željenoj promjeni u bolesnikovu ponašanju
- boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama

Odnos sestra – bolesnik određen je njihovim ulogama. Jedna strana traži pomoć ili je treba, a druga je pruža ili je može pružiti. Sestra komunicira s bolesnikom kad god je uz njega (Sedić, 2006), stoga je važno istaknuti kako medicinske sestre nisu samo nositelji zdravstvene njege, one najvećim dijelom sudjeluju u najosjetljivijem području skrbi za bolesnike, a to su međuljudski odnosi.

Postupak primjene restriktivnih mjera prisile, znatno može narušiti odnos članova terapijskog tima koji izravno sudjeluju u prisilnoj primjeni mjere i samog bolesnika, što se osobito ističe pri prisilnoj primjeni lijekova psihijatrijskim bolesnicima. Zato bi uvijek po mogućnosti, uz medicinske sestre i tehničare trebao biti i liječnik koji je indicirao mjeru kako bi se preveniralo pacijentovo doživljavanje „loših sestara i tehničara”, na jednoj, te „dobrih doktora” na drugoj strani, koje naknadno kada aktualna krizna situacija bude riješena, može biti vrlo ozbiljan problem u provedbi daljnjeg tretmana. Kod nekih se pacijenata takav rascjep može dogoditi na potpuno suprotan način u kojem se „loše” osobine pripisuju odsutnom nalogodavcu, a „dobre” zadržavaju kod sestara i tehničara koji bespogovorno „uvijek moraju izvršavati liječničke odluke”, neovisno o tome jesu li te odluke opravdane ili nisu (Goreta, 2009).

Pokušaj povratka povjerenja, osobito je važno u odnosu između onog bolesnika kod

kojeg je primjenjena neka od mjera prisila i osoblja koje ga je izvršilo. Kako su to u pravilu psihijatrijske medicinske sestre i tehničari, odnos medicinska sestra – bolesnik ovdje može biti ozbiljno narušen. Stoga je od iznimne važnosti nakon svakog agresivnog incidenta razgovarati bez okrivljavanja na povjerljiv i podržavajući način, što ranije nakon nastalog incidenta, nikako ne duže od 72 sata, s ciljem sprečavanja negativnih posljedica incidenata, a posebno redukcije psihološke traume. U razgovoru između zdravstvenih djelatnika i pacijenta, obje bi strane trebale iznijeti svoje viđenje stvari i razloge za koje misle da su doveli do incidenta, te iznijeti svoja razmišljanja o tome što se moglo učiniti drugačije da su postojale neke druge alternative (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

Terapijskom komunikacijom djelujemo na bolesnikove osjećaje, misli i ponašanje, mijenjajući ih u pozitivnom smjeru (Prlić, Rogina i Muk, 2008; Ribarić i Vidoša, 2014).

Vještine terapijske komunikacije u radu sa psihijatrijskim bolesnikom su brojne, pa ih medicinska sestra mora nastojati poboljšati i razvijati radom na sebi (Ribarić i Vidoša, 2014). To može postići na nekoliko načina:

- smanjenjem napetosti i/ili anksioznosti postiže se dopuštanje bolesniku da napreduje svojim tempom u skladu s mogućnostima, da iskaže svoje probleme onoliko koliko sam želi, ne inzistirajući odmah na temama koje su za njega izvor anksioznosti
- učenjem tehnika opuštanja postavljaju se otvorena pitanja koja zahtijevaju cjelovit odgovor, počinju s „gdje, što, kada“, a na njih se ne može odgovoriti s da ili ne
- traženje pojašnjenja razjašnjava bolesnikove nejasnoće i općenite izjave (npr. promjena bolesnikove općenite konstatacije „Nitko me ne voli“ poticanjem odgovora na pitanje „Na koga mislite kad kažete da vas nitko ne voli?“)
- konfrontaciom (suočavanjem) nastoji se bolesniku ukazati na nejake ili nelogične tvrdnje poticanjem uputom (npr. „Govorite kako se dobro osjećate, a izgledate tužni.“)
- procjenom razumijevanja provjerava se razumjevanje i shvaćanje (npr. je li ono što ste vi shvatili doista ono što je bolesnik mislio, što je želio poručiti)
- empatijskim razumijevanjem usmjerava se bolesnika na pitanje kako on sam

vidi određeni problem i na koje bi ga načine želio riješiti

- intervencijom u okolini postiže se poštivanjem privatnosti i razgovorom u mirnoj prostoriji
- orijentacijom na ovdje i sada postiže se pitanjima upućenim pacijentu koja usmjeravaju interakcije na neposredne događaje i sadašnje osjećaje (npr. „Kako se osjećate sada?“)
- davanjem svih informacija bolesniku koje će mu pomoći u poželjnom viđenju te situacije i poželjnom reagiranju na određenu situaciju
- vođenjem razgovora koji pomaže bolesniku da detaljnije i dublje opiše događaje i osjećaje uputom (npr. „Recite mi nešto više o tome kako se osjećate u vezi s...“)
- zrcaljenjem (reflektiranjem) promatra se bolesnika i daju se povratne informacije o njegovu ponašanju (npr. „Djelujete ljuto.“ ili „Djelujete tužno.“)
- orijentacijom na stvarnost postiže se ispravljanje bolesnikovih nerealnih percepcija (npr. konstatacijom „To nije sirena, to je pas.“)
- kognitivnim restrukturiranjem pomaže se bolesniku u orijentiranju na pozitivne ishode u životu i pomaže mu se unaprijediti samopoštovanje i stvaranje pozitivne slike o sebi
- izražavanjem dvojbe pruža se mogućnost da bolesnik spozna kako netko drugi različito vidi događaje od onoga kao što ih vidi on
- verbalizacijom naznačenog (npr. priopći se bolesniku „Kažete da ste ljuti na sve oko sebe, jeste li ljuti i na mene?“)
- sažimanjem u kojem se u jednoj izjavi sažme nekoliko ideja, osjećaja i odnosa među njima

Slava Šepec (2011) u svojoj knjizi, Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege navodi da kompetencije uključuju:

- znanje, razumijevanje i prosudbu
- vještine: kognitivne, tehničke, psihomotorne i komunikacijske
- osobne karakteristike, stavove i razvijenost međuljudskih odnosa

Iz navedenog, posve je jasno, kako je svakodnevna komunikacija važna interpersonalna vještina. Ona se uči ne samo teorijski, već i praktično te proizlazi iz kompetencija medicinskih sestara pri čemu su kompetencije rezultat razine

obrazovanja medicinskih sestara.

Kompetencije imaju za cilj pružanje sigurne, učinkovite i na etičkim načelima zasnovane zdravstvene njege (Šepec, 2011).

„Teškoće u pružanju kvalitetne usluge proizlaze više iz problema nastalih u komunikaciji između bolesnika i pružatelja usluge nego li iz tehničkih čimbenika zdravstvene njege.” (Johansson i sur., 2002).

Uloga medicinske sestre počinje u trenutku prijema bolesnika. To je prvi susret s bolesnikom u vidu upoznavanja. Trenutak, kada medicinska sestra stvara sliku o bolesniku, diskretno promatra vanjski izgled bolesnika, njegovo ponašanje, geste. S druge strane, i bolesnik stvara svoju sliku i predodžbu o medicinskoj sestri. Po izgledu lica i pogleda očitavaju emocije, procjenjuju koliku sigurnost im ulijevaju te kolika će biti njihova sigurnost, odnosno, koliko se mogu dati u smislu povjerenja. U prvih sedam sekundi nakon upoznavanja, stvara se mišljenje, kada do izražaja dolazi neverbalna komunikacija:

„Najvažnija stvar u komunikaciji je ono što nije rečeno”.

Peter Draker

Prilikom tog susreta ne smije se zaboraviti na strah i osjećaj nesigurnosti koje bolesnici osjećaju, te pri tome jasno izražavaju nepovjerenje u ustanovu, liječnike i medicinske sestre. Od prvog susreta s bolesnikom, medicinska sestra treba biti svjesna raznih zapreka. Pravim odabirom pitanja i pažljivim slušanjem i razumijevanjem odgovora, te dobrim zamjećivanjem bolesnikova neverbalnog ponašanja, medicinska sestra može osigurati pozitivan i svrhovit početak komunikacije (Frančišković i Moro, 2009), koja je iznimno važna za stvaranje pozitivnog terapijskog okruženja, u svakodnevnom radu s psihijatrijskim bolesnicima. Takvim pristupom, medicinska sestra započinje proces komunikacije te gradi odnos u kojem se bolesnik osjeća sigurno. Pomaže bolesniku i u razumijevanju, prihvaćanju i aktivnom uključivanju u proces liječenja (Krešić, 2013).

O važnosti komunikacije u radu medicinskih sestara najbolje govori iskaz jedne pacijentice (Galić i sur., 2015), koja kaže:

„Kada sam prvi puta došla u ovu ustanovu, sa sobom sam donijela predrasudu o psihijatrijskom liječenju, a znala sam da jednostavno moram početi s malim koracima, tj. doći na odjel. Bila sam preplašena, međutim sestra koja me dočekala, obratila mi se takvim smirujućim tonom i riječima te su mi se noge jednostavno otkočile. Ja sam s povjerenjem krenula za njom. Ovdje sam četiri puta, ali kada tu sestru vidim na hodniku ili u sobi, jednostavno se smirim. Nekad mi je dovoljno što znam da je danas na odjelu. I u svoju doktoricu imam povjerenja.”

Ovdje se valja nadovezati, kako je i *povjerljivost* osobito važna u psihijatrijskoj skrbi zbog vrlo osjetljivih i osobnih podataka koje bolesnik dijeli s cijelim psihijatrijskim timom. Bolesnici moraju biti informirani o svim ograničenjima tajnosti kako na početku tako i prilikom događaja koji stvaraju moguća otkrivanja. Odavanje povjerljivih informacija smije se 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. Bilježiti se smiju samo one informacije koje su potrebne za kontinuiranu skrb o bolesniku. Bilješke mogu pružiti daljnju zaštitu bolesnikovih informacija, kada se čuvaju odvojeno od drugih komponenti medicinske dokumentacije (bilješke o formulacijama i hipotezama, intimni osobni detalji). Elektronski podaci moraju imati dodatne zaštite (APA, 2010).

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 trebale prokomentirati s prikladnim osobama (APA, 2010).

Nadalje, postoje slučajevi kada su pacijenati očigledno bolesni (poput nekih pacijenata s deluzijama i halucinacijama rezistentnim na psihofarmakoterapiju), a negiraju svoju bolest. Katkada u takvim slučajevima nije dobro inzistirati da moraju prihvatiti tumačenje zdravstvenog djelatnika odmah i sada. Jedno se vrijeme mogu ignorirati činjenice i može se raditi na suradljivosti u liječenju jer ono potiče pozitivne odnose povjerenja i djeluje na pozitivan ishod u psihijatrijskom tretmanu (Štrkalj-

Ivezić, 2011).

Mnoge su pak, etičke dileme vezane uz privatnost pacijenata, poput ovog primjera koji slijedi u nastavku (Medved, 2015):

„Psihijatar-psihoterapeut objavio je u stručnom časopisu rad o dva sna koja mu je tijekom psihoterapijskog liječenja iznijela bolesnica. U radu se ne navodi ime pacijentice ni indicije o kome je riječ, već je detaljno razmatrana dijagnoza i prognoza. Kratka verzija rada objavljena je u časopisu koji se bavi popularnom medicinom. Bolesnica je kupila časopis jer je vidjela ime svoga terapeuta naslovljenog kao autora. Duboko je bila povrijeđena kada je prepoznala vlastite snove opisane u časopisu i shvatila da su komentari bili o njezinoj ličnosti. Prekinula je liječenje.”

U prikazu slučaja jasno je narušeno povjerenje između terapeuta i bolesnice. Naravno da terapeut nije ovo smio objaviti, budući je medicinska dokumentacija vlasništvo bolesnika i javno korištenje bez znanja bolesnika nije etički dopustivo. Pristanak bolesnika potreban je čak i ako osoba ne može biti prepoznana na temelju informacija objavljenih u članku. Društveno dobro i dobrobit znanosti argumenti su za korištenje medicinske dokumentacije, međutim to nije od neposredne koristi za bolesnika. Pravo na privatnost nadjačava bilo koje drugo pravo. Terapeut je ovaj članak trebao pokazati bolesnici i zatražiti dopuštenje za njega (Medved, 2015).

Ovaj bi se primjer, lako mogao povezati i s kršenjem privatnosti pacijenata vezanih uz djelokrug rada psihijatrijskih medicinskih sestara, budući da medicinske sestre koje rade u području psihijatrije završavaju dodatne edukacije čime postaju terapeuti koji lako mogu doći do ovakvih i sličnih informacija.

Povjerljive informacije koje se dobivaju od bolesnika moguće je obznaniti ako je bolesnik za to dao *informativni pristanak* i ako se time neposredno štiti sam bolesnik ili netko iz okoline (Medved, 2015).

Informativni je pristanak prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, 76/14) definiran člankom 3 u stavaku 13 koji kaže:

„Pristanak je slobodno dana suglasnost osobe s duševnim smetnjama za primjenu određenoga medicinskog postupka, koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i rizika toga medicinskog postupka i drugih mogućnosti liječenja. Osoba s duševnim smetnjama sposobna je za

davanje pristanka ako može razumjeti informaciju koja je važna za davanje pristanka, upamtiti tu informaciju i koristiti ju u postupku davanja pristanka.”

Koncept informativnog pristanka posljednjih je godina predmetom intenzivnog i definicijskog usklađivanja u velikom broju zemalja i u komparativnim međunarodnim studijama, međutim do danas se ne raspolaže jedinstvenom, općeprihvaćenom definicijom tog koncepta (Ostojić i Goreta, 1998., Goreta, 2009). Informativni pristanak jest akt poštovanja i zaštite bolesnika čiji koncept informirane suglasnosti počiva na pravu bolesnika da zna informacije koje se tiču njegove bolesti, mogućnosti liječenja, neželjenih nuspojava i ishoda liječenja pri čemu bolesnik ima pravo da ono što mu se predloži prihvati ili odbije. Kako bi informativni pristanak bio valjan moraju biti ispunjeni sljedeći uvjeti (Medved, 2015):

- *Mora postojati slobodana volja bolesnika* – ponekad je teško u potpunosti ostvariti slobodnu volju jer je bolesnik u ovisnom položaju prema liječniku, ostalim zdravstvenim djelatnicima (medicinskim sestrama i tehničarima) i obitelji pri čemu se u nekim situacijama koriste tehnike nagovaranja i manipulacije u svrhu motiviranosti za liječenje u psihotičnih bolesnika
- *Ne smije postojati utjecaj sa strane* – bolesnikova sposobnost razumijevanja može biti narušena, osobito u psihotičnih poremećaja, demencija, tjelesne iscrpljenosti ili jakih bolova stoga se bolesniku treba obraćati razumljivo i s dovoljno informacija kako bi samostalno donio odluku pri čemu svaki oblik paternalizma valja isključiti
- *Bolesnik mora razumijeti informaciju* – ponekad neke informacije mogu ugroziti dobrobit bolesnika pri čemu se javlja etičko pitanje u kojem će se stupnju informacija reći. Postoje etičari koji zastupaju obostrano iznošenje potpune istine jer prikriivanje istine ili čak obmanjivanje onemogućuje da bolesnik postupa racionalno, što je njegovo neosporivo pravo

Jedan zanimljiv slučaj opisuje dvadesetpetogodišnjeg bolesnika na prvom pregledu kod psihijatra. Analiza psihijatra upućuje na intenzivne mistične deluzije, koje nisu opasne. Psihijatar opisuje pacijentu mogućnost i nužnost neuroleptičkog liječenja ali bolesnik odbija liječenje zbog straha od stradavanja intelektualnog kapaciteta. Psihijatar ponovno pokušava objasniti bolesniku važnost liječenja ali ovaj put uz prisustvo oca, na što bolesnik pristaje na liječenje jer je otac njegov „Božji poslanik”

(Medved, 2015).

Etička dvojba je ovdje smije li psihijatar liječiti pacijenta pod ovakvim okolnostima, gdje njegov pristanak nije u skladu s gore opisanim karakteristikama? Mišljenja su podijeljena. Psihijatar nije u trenutku donošenja odluke bolesnika uzeo u obzir da je odluka donošena u stanju deluzija, već je tu odluku uzeo kao najbolju moguću za bolesnika, s ciljem sprječavanja pogoršanja stanja i omogućavanja potrebne hospitalizacije (Turković i sur., 2012). Zakonodavstvo nekih zemalja poput SAD-a, Njemačke i Švicarske inzistiraju na potpunom informiranju bolesnika (Medved, 2015).

U svakodnevnoj kliničkoj praksi, valja posebnu pažnju obratiti na vrednovanje sposobnosti za davanje ili otklanjanje valjanog pristanka kada je u pitanju odluka o prisilnoj hospitalizaciji ili o bilo kojem obliku prisilnog psihijatrijskog tretmana poput fizičkog sputavanja, izdvajanja, prisilnog propisivanja psihofarmaka i dr. (Goreta, 2009).

Bez obzira koji se oblik teškoća javlja u radu s psihijatrijskim bolesnicima, valja se i dalje pridržavati etičkih načela, a o osobitostima i specifičnostima komunikacije psihijatrijskih medicinskih sestara kao jednom od glavnih alata u radu s psihijatrijskim bolesnikom, govoriti će se u nastavku rada kroz opis deeskalacijskog postupaka.

V. *Bezuvjetno prihvaćanje* je pružanje pomoći bez osude. To se načelo definira u mnogobrojnim dokumentima koji definiraju zdravstvenu praksu u cjelini kao što je to primjer iz Povelje Svjetske zdravstvene organizacije iz 1984. prema kojoj:

„Pravo na postizanje najviših standarda zdravlja predstavlja temeljno pravo ljudskog bića bez obzira na rasu, vjersku pripadnost, politička uvjerenja, gospodarske i društvene prilike u kojima živi.“

Kršenje ovog načela počinje više ili manje nesvjesnom podjelom bolesnika na simpatične i nesimpatične, a nastavlja se neprihvatanjem i uskraćivanjem skrbi čiji se korjeni nepopularnosti javljaju i zbog same medicinske dijagnoze koju bolesnik ima (Sedić, 2006), pa je samim time jasnije da klasifikacija bolesnika koji imaju psihijatrijsku dijagnozu ulazi u tu kategoriju.

Nažalost, mnogobrojni primjeri, pa i vlastito iskustvo, dovodi do spoznaje, kako još uvijek velik broj medicinskih sestara svakodnevno dijele bolesnike na simpatične i

one koji to nisu, zanemarivajući pravo bezuvjetnog prihvaćanja, tj. pružanja pomoći bez osude.

Kako bi se izbjegla ovakva i slična razmišljanja, sve bi medicinske sestre, osobito one koje rade s psihijatrijskim bolesnicima trebale u provođenju ovog načela, primjeniti „misao vodilju” koja prema Margo McCaffery (Sedić, 2005), glasi:

„Bolesnik ne mora uvijek izgledati kao osoba s kojom bismo izašli na večeru”

VI. *Uključivanje klijenta* načelo je u kojem se pomoć medicinske sestre temelji na:

- oslanjanju na bolesnikove potencijale, mogućnosti i jake strane, a ne na slabosti i nedodostatke
- uključivanju klijenta u sve razine skrbi, od utvrđivanja potreba do evaluacije

Takav pristup podsjeća na kinesku narodnu poslovicu koja govori kako „čovjeka treba naučiti da lovi ribu, a ne mu je dati ulovljenu”. To je i temeljno načelo zbog kojeg se u američkoj literaturi o korisnicima sestrinske skrbi govori kao o klijentima, a ne pacijentima. Sudionici u zdravstvenoj skrbi su i medicinska sestra i bolesnik i njihove se uloge nadopunjuju. Sestra radi ono što pacijent ne može, ne smije ili ne zna. Pri tome je veliki problem taj što pacijenti i sestre pružaju otpor u primjeni ovog načela zbog stava da kvalitetna pomoć podrazumijeva „raditi za njega i umjesto njega” (Sedić, 2006; Muk, 2014).

U svakodnevnoj primjeni ovog načela moguće je uočiti problem u tome što se mnoge „mlade” medicinske sestre ne usude reći bolesniku da nešto napravi sam jer se boje da će ih se proglasiti lijenima. S druge strane, u razgovoru s kolegicama na njihovim radilišima, javlja se problem u nedostatku vremena ali i nestrpljivosti istih, koje ističu kako su mnogo brže ako određene aktivnosti i zadatke odrade same, dakle umjesto pacijenata. Problem je što se pacijente navodi na „krivi put” i prestaju se truditi. Uloga medicinskih sestara je realna procjena i uvid u klijentove mogućnosti pri čemu opet treba voditi računa da se pred pacijente ne stavljaju teški i komplicirani zadatci jer ih to može obeshrabriti ili prelagani koji će ih demotivirati.

VII. *Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi* je pomoć pri usvajanju novih prilagođenih ponašanja i uključuje stvaranje terapijskog okruženja. Načelo pomoći pri učinkovitoj prilagodbi usko je povezano s načelom holističkog pristupa u kojem jedan ne

isključuje drugi, što znači da se osoba promatra cjelovito kao bio-psih-socijalno biće. U tom kontekstu sestra doživljava bolesnika kao člana šire zajednice. Psihijatrijski su bolesnici često u konfliktu s obitelji, radnom okolinom, često gube prijatelje i socijalno su izolirani. Medicinske sestre u radu s psihijatrijskim pacijentima moraju znati prepoznati takva stanja te potaknuti pacijenta na promjenu takve vrste ponašanja (Sedić, 2006; Muk, 2014).

Ovo je načelo jedno od glavnih načela kroz koji medicinske sestre aktivno pomažu bolesnicima s psihijatrijskim dijagnozama u bori protiv stigmatizacije duševno oboljelih osoba.

2.5. Utjecaj stigmatizacije na psihijatrijske bolesnike

Stigma koju nosi mentalni poremećaj narušava osnovna ljudska prava poput prava na poštovanje, ravnopravnost i liječenje, a može znatno utjecati na kvalitetu života osoba s duševnim poremećajima, njihovih obitelji, sam ishod bolesti, bez obzira koliko zadovoljavajući ishod i/ili oporavak oboljela osoba ima (Muk, 2014; Štrkalj-Ivezić, 2006, 2010).

Stigma psihičke bolesti prepoznata je kao prepreka uspješnom liječenju i rehabilitaciji (Kardri i Sartorius, 2005; Štrkalj-Ivezić 2010).

Velik broj oboljelih pati od posljedica stigme. Stigma povezana s psihičkom bolešću može dovesti do toga da oboljeli odgađaju traženje pomoći, odbijaju liječenje ili pokušavaju prikriti bolest kako bi izbjegli sram i izolaciju, a diskriminacija dovodi do toga da će teže dobiti posao, zadržati posao, iznajmiti stan, pa čak i teže dobiti medicinsku pomoć (Corrigan, 2001; Hocking, 2003; Štrkalj-Ivezić 2010).

Danas stigma ima negativno značenje i predstavlja znak srama i diskreditiranje osobe, a pojam stigme podrazumijeva tri osnovna problema (Štrkalj-Ivezić, 2010):

- problem znanja (odnosno neznanja)
- problem stava (odnosno predrasuda)
- problem ponašanja (diskriminacija)

Primjer koji vjerno može dočarati problem diskriminacije s kojima se psihijatrijski bolesnici suočavaju je jedan slučaj u kojem se trenutno pruža pomoć osobi za koju

se smatra da je po osnovi invaliditeta zbog profesionalne nesposobnosti za rad nastale zbog duševne bolesti bila diskriminirana u području rada, zato jer je njezin poslodavac bio uvjeren da ona sa tom vrstom duševne bolesti nije sposobna obavljati bilo kakve poslove, te je dobila otkaz protivno Zakonu o radu. Tužiteljica je podnijela tužbu zbog nezakonitog otkaza na osnovi diskriminacije te se očekuje presuda suda prvog stupnja (Udruga za društvenu afirmaciju osoba s psiho-socijalnim poteškoćama „Sjaj”, n.d.).

Drugi je primjer iz 2011. godine kada je Udruga „Sjaj” zaprimila nekoliko anonimnih prijava osoba da su za vrijeme sigurnosnih pregleda objekata i stanara stambenih zgrada u povodu dolaska Pape Benedikta XVI. bili ispitivani od strane policijskih službenika o duševnim bolestima, zbog čega je podnesena pritužba za diskriminaciju Pučkom pravobranitelju. Pučki pravobranitelj odgovorio je udruzi Sjaj da su policijski službenici tako postupali prema svim građanima, a ne samo prema građanima koji boluju od neke duševne bolesti. Međutim, udruga Sjaj smatra da je ispitivanje građana općenito o duševnim bolestima u kontekstu sigurnosnih provjera diskriminatoran postupak te je zatražila od Pučkog pravobranitelja dodatno očitovanje koje još uvijek nije dobila (Udruga za društvenu afirmaciju osoba s psiho-socijalnim poteškoćama „Sjaj”, n.d.).

Prema autorima Bruce G. Linka i Jo C. Pehlan (2001), sveobuhvatni koncept stigme definira se kroz:

- *etiketiranje* koje se očituje negativnim obilježavanjem osobe na temelju različitosti u karakteristikama poput boje kože, seksualne orijentacije, prisutnosti duševne bolesti
- *stereotipiziranje* koje se očituje stavovima i mišljenjem socijalne sredine o duševno oboljelim osobama s negativnim obilježjima poput pretpostavke da je hospitalizirana osoba s duševnom dijagnozom rizičnija za nasilno ponašanje od osobe koja je hospitalizirana zbog neke tjelesne bolesti
- *separaciju* koja se očituje u podjeli na „nas” i „njih” pri čemu se osobe s različitim karakteristikama smatraju drugačijim od „nas”
- *emocionalne reakcije* poput emocija srama, straha, otuđenja, neugode i/ili ljutnje
- *gubitak statusa* pri čemu osobe budu prepoznate kao drugčije, obilježene ili izdvojene iz svoje socijalne okoline, povezane s nepoželjnim

karakteristikama, nesposobne za rad koje su dosada obavljale i sl.

- *diskriminaciju* koja može biti *individualna* kada se osobu ne želi zaposli zato jer je duševno oboljela i *strukturalna* poput smještaja duševno oboljele osobe u psihijatrijsku ustanovu u izoliranom okruženju ili nedovoljno ulaganje vladajućih u istraživanja ili programe o duševno oboljelim osobama

Prema Normanu Sartoriusu (2005), stigma stvara začarani krug diskriminacije i socijalnog uključivanja osoba s duševnim smetnjama (slika 1).



Slika 1. Začarani krug stigme

Izvor: (prema: Sartorius, N. i Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association*. New York, Cambridge University Press.)

Stigma i diskriminacija zbog psihičke bolesti povezane su s predodžbom o psihičkoj bolesti kada je posve nevažno da osoba koja stigmatizira dođe u kontakt s oboljelima od psihičke bolesti jer ona već unaprijed ima formirane stavove koji su povezani s predrasudama (Štrkalj-Ivezić, 2010), koje su definirane kao negativni stavovi prema nekoj skupini ili prema pojedincima, kao neopravdane ili pretjerane generalizacije u vezi tih skupina ili osoba (Zvonarević, 1998), u ovom slučaju, psihijatrijskih bolesnika.

U istraživanju o iskustvima oboljelih od shizofrenije sa stigmom i diskriminacijom nalaze se podatci prema kojima pacijenti navode kako su neugodnosti doživljavali od obitelji, prijatelja, susjeda, na radnom mjestu, ali i od liječnika, psihijatara te medicinskih sestara i tehničara (Ivezić i Koštan-Pintarić, 2003).

2014. godine provedeno je istraživanje o stavovima medicinskih sestara primarne zdravstvene zaštite prema stigmatizaciji duševnih bolesnika u kojem se analizom dobivenih podataka ustanovilo postojanje stigmatizacije. Glavni je razlog bio površno poznavanje duševno oboljelih osoba. Kao drugi razlog, navodi se slaba informiranost ili edukacija iz psihijatrije u srednjim školama i fakultetima, a kao treći razlog, podložnost medicinskih sestara javnom mijenju što se kosi s profesionalnim znanjem (Kukić, Cvitkušić i Jovičić, 2015).

Upravo zbog ovakvih i sličnih stavova, pokreću se *antistigma programi* kojima se smanjuje stigmatizacija i negativno stajalište društva prema psihijatrijskim bolesnicima, uz postizanje značajnih poboljšanja kao što su ranije prepoznavanje bolesti, postavljanje dijagnoze i učinkovitije liječenje uz smanjenje broja dana bolničkog liječenja. Posljedično se ostvaruje bolje funkcioniranje u obitelji, bolje razumijevanje te brža i kvalitetnija reintegracija psihički oboljelih osoba u zajednicu. Vrlo je važna etička dimenzija, jer mijenjanjem stajališta pomaže se ljudima u liječenju, sami postajemo humaniji i oslobađamo se negativnih stajališta koja sputavaju (Muk, 2014).

U sljedećim navodima prikazana je uspješna reakcija na stigmatu kao jedan od pozitivnih primjera nošenja sa stigmom (Štrkelj-Ivezić i Bauman, 2009):

„Pri povratku na posao M. je doživjela izbjegavanje kolegica na poslu i podsmjehe iza leđa. Jednom prilikom joj je čak rečeno kako je bila na liječenju na psihijatriji i kako se njeno mišljenje ne može uvažiti jer ne može biti pametno. M. je na to rekla: „Ja vam moram reći da je danas liječenje od shizofrenije uspješno, da postoje jako dobri lijekovi, ali nažalost ne postoje lijekovi za ljudsku glupost.“

Kako se ovakvi i slični primjeri ne bi događali, *Svjetska psihijatrijska organizacija*, 1996. god. pokreće *globalni program zaštite od shizofrenije i drugih psihičkih bolesti*, a temeljne su točke toga programa:

- poboljšanje znanja o psihičkim bolestima u široj javnosti
- edukacija i potpora obitelji i oboljelih
- stvaranje međunarodne mreže centara, povezanih zajedničkom odrednicom borbe protiv stigme, radi poboljšanja kvalitete života shizofrenih bolesnika
- poticanje razmjene znanja i iskustva vezanih uz duševne bolesnike

U Hrvatskoj je na inicijativu Hrvatskog psihijatrijskog društva i Hrvatskog liječničkog zbora osmišljen nacionalni program borbe protiv psihičkih bolesti. Program ima za cilj povećanje znanja o mentalnim poremećajima, povećanje svjesnosti o važnosti stigme i među stručnim osobljem, medijima, pacijentima i članovima obitelji te građanima, smanjenje stigme i diskriminacije i zaštitu ljudskih prava (Jokić-Begić, Kamenov i Lauri Korajlija, 2005).

Svi zdravstveni djelatnici, uključujući i medicinske sestre, naročito one koje rade s duševno oboljelima, važna su karika u borbi protiv stigme u kojoj se može činiti sljedeće (Muk, 2014):

- liječiti i osnažiti bolesnika, jer osobe koje nauče živjeti sa svojom bolešću i koje su osnažene u smislu vjerovanja u svoje potencijale, imaju mogućnost ostvariti svoje životne uloge i potrebe
- čuvati medicinsku (profesionalnu) tajnu, poštovati prava bolesnika, ostvariti odnos povjerenja i poštovanja
- unaprijediti psihosocijalne oblike liječenja i liječenje u zajednici
- raditi na pozitivnoj percepciji psihijatrijske struke, unaprijediti institucije i uvjete u kojima se liječe bolesnici
- kontinuirano provoditi antistigmatske programe na različitim razinama i kroz različite struke
- senzibilizirati javnost (društvo i medije) za probleme stigmatizacije i negativnog doživljavanja osoba s mentalnim poremećajima te ih aktivno uključiti u borbu protiv stigme
- tražiti odgovornost svih društvenih struktura, sustava, institucija i medija, ako se prekrše ljudska prava ili se uoči diskriminacija psihički oboljelih osoba

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).

Stavovi medicinskih sestara bitni su zbog razvijanja komunikacije s psihijatrijskim bolesnicima. U razgovoru s psihijatrijskim bolesnicima medicinske sestre prikupljaju mnogo relevantnih i potrebitih informacija o bolesniku. Razvijanjem terapijskog odnosa stječe se i povjerenje obaju strana, stoga je nužno raditi na destigmatizaciji oboljelih od psihičkih bolesti koji u borbi za svoja prava moraju imati

support svih zdravstvenih djelatnika bez obzira na mišljenja ili stigmatu većine ostale javnosti. Sljedeća cjelina bioetičkih principa humane provedbe mjera prisile donosi detaljna razmatranja koja se dijelom mogu nadovezati i na ovu problematiku.

3. Bioetički principi humane provedbe mjera prisile

Bioetika kao pojam, prvi se puta javio 1970., najprije u naslovu jednog novinskog članka, a zatim nešto kasnije, 1971. u knjizi američkog biologa i kancerologa iz Wisconsina Van Rensselaera Pottera, pod naslovom: „Bioetika – most prema budućnosti” (Šegota, 1997).

Definicijom etike određeno je da je riječ o znanosti koja proučava moralno ljudsko ponašanje, dok je u definiciji bioetike to proučavanje određeno za zdravstvenu skrb i znanost o životu. Etika i bioetika, svojim bi standardima trebale odgovoriti na pitanje zašto su neka ponašanja moralno opravdana, a neka moralno pogrešna, objasniti ono s čim čovjek može raspolagati u sprečavanju moralno pogrešnih postupaka. Zadaća joj je pokazati način na koji se može prosuditi to što čini neko ljudsko ponašanje moralno ispravnim, a što pogrešnim, te dati uputu pomoću kojih bi čovjek znao kada etički, a kada neetički postupa prema drugim ljudima i zajednici kojoj pripada (Gosić, 2005).

Važnost etike u sestrinskom zanimanju uočena je vrlo rano, pa su prva istraživanja u toj domeni započela još prije 60-ak godina (Šegota, 1997). Prvo pravo priznanje, sestrinska je etika kao područna profesionalna etika, dobila 1955. godine. Dok je u prvom dijelu izdanja *Enciklopedije bioetike* najveći naglasak stavljen na medicinsku i liječničku etiku, u njezinu je drugom drugom izdanju, uz kliničku etiku, sestrinska izdvojena kao posebna unutar bioetike. *Bioetički problemi* počeli su se promatrati iz perspektive medicinskih sestara, što je značilo priznanje potreba za ravnopravnim dijalogom jedne takve discipline (Kalauz, 2012).

Danas se u profesionalnom, modernom sestinstvu, donošenje moralnih odluka medicinskih sestara smatra pitanjem stručne i moralne izvrsnosti u kojem sestra ima razvijene moralne vizije i mogućnost moranog promišljanja, moralnu intuiciju, vještine kritičkog razmišljanja, te socijalnu i političku snalažljivost i na koncu, može i zna pravilno reagirati na etičke dileme u području djelokruga svoga rada (Kalauz, 2012).

Ne može se govoriti o poboljšanju kvalitete života bez primjene biomedicinskih znanja uz istodobnu primjenu etičkog vrijednosnog sustava kao korektiva promišljanja i djelovanja (Kalauz, 2012).

Nastanak bioetike kao inovativne i dijaloške discipline uvjetovano je s više čimbenika poput intenzivnog rada biologijskih i biomedicinskih znanosti, zaoštrene moralne dileme potaknute znanstveno-tehnološkim napretkom, te nemogućnošću tradicionalne etike da se suoči s moralnim izazovima suvremene znanstveno-tehničke civilizacije (Kalauz, 2012).

S humanog, pravnog i etičkog stajališta, bolestan čovjek ima pravo na najbolju moguću zdravstvenu zaštitu, dakle onu koju mu može pružiti suvremena medicina, stoga se i razvijala snažna potreba za provjerom moralne dopuštenosti novih različitih i terapijskih postupaka (Kalauz, 2012).

Svaka primjena sile u psihijatrijskom tretmanu može predstavljati kršenje etičkih i zakonskih normi, ako se ne provodi prema jasnim profesionalnim kriterijima, svaki bi djelatnik kada se nađe u ulozi „prisilnog terapeuta”, trebao odlično poznavati te norme, kao i granice vlastitih kompetencija u konkretnom provođenju takvih intervencija (Goreta, 2009).

3.1. Poštivanje normi dobre kliničke prakse i medicinske deontologije – ”bioetički principalizam”

Propitivanje moralnog ponašanja i djelovanja itekako je važno u djelokrugu rada svih medicinskih sestara, a osobiti je i težak izazov za one sestre koje rade u psihijatriji te gotovo redovito provode bilo koji oblik restriktivnog psihijatrijskog tretmana. Prvenstveno, kao što je to već pisano, prisila je negativno iskustvo za svako ljudsko biće i njome se ne krše samo ljudska prava na slobodan izbor, nego gledajući i etički ona je povreda prava na autonomiju i osobne izbore koja ima učinak da ljudi djeluju ili iskuse nešto što ne žele (Šendula Jengiđ i Katalinić, 2017).

Poštivanje normi dobre kliničke prakse i medicinske deontologije znači dobro poznavanje načela i pravila, vrijednosti i ciljeva koje medicinske sestre moraju usvajati unutar svoje profesije, da bi na osnovi njih primjenjivale svoja profesionalna znanja (Šegota, 1997; Prlić, 2014). Pravni propisi (Ustav, zakoni...), kojima se regulira djelovanje zdravstvenih djelatnika, razlikuju se unutar tri okvira medicinske deontologije: moralni, profesionalni i kazneneno-civilnopravni (Prlić, 2014).

Prisilne mjere u psihijatrijskoj praksi stalno su određene triangularnim odnosom između osiguranja temeljnih ljudskih prava, nužnosti zaštite javnih interesa i nužnosti liječenja tih istih pacijenata. Ta se prava i interesi rijetko nalaze u stanju (barem približne) ravnoteže. Umjesto toga, njihova se „specifična ” težina znatno razlikuje od države do države, što najviše ovisi o povijesno-kulturalnim, pravnim i medicinskim tradicijama (Goreta, 2009).

Sustavno proučavanje etičkog ponašanja i iskazivanje brige u odnosu prema pacijentu i njegovoj ličnosti, osobitost je jedne od važnih bioetičkih disciplina – zdravstvene etike koja proučava moralne dimenzije, moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje svih sudionika zdravstvene skrbi s namjerom da se interdiciplinarnim dijalogom istraži i pronađe pristup u kojem će doći do izražaja briga za čovjeka, njegove potrebe i posljedice koje konfliktni elementi modernog života ostavljaju na njegovo fizičko, mentalno i socijalno zdravlje (Gosić, 2005).

Bioetički principizam pojam je koji se koristi u bioetici, a proizlazi iz četiri temeljna načela (principa) (Beauchamp, 1996; Gosić, 2005; Kalauz, 2012):

- I. Načelo autonomije
- II. Načelo neškodljivosti
- III. Načelo dobročinstva
- IV. Načelo pravednosti

Načelo ili princip dolazi iz latinskog jezika *principum* što u prijevodu na hrvatski znači načelo, početak, podrijetlo, temelj, a izraz je to kojim se želi pojasniti temelj nečega, ono po čemu se nešto prepoznaje ili od nečega drugog razlikuje. Pojedinačno za čovjeka, princip može biti osnovna odrednica prema kojoj živi i djeluje. Pri tome njegovi princip mogu biti u suglasnosti ili u suprotnosti kako s principima drugih ljudi, tako i s profesionalnim, društveno proklamiranim ili znanstveno utvrđenim (Gosić, 2005).

U užem smislu, bioetički principi su temeljne koordinate odnosa zdravstvenih djelatnika i pacijenata u okviru kojih se taj odnos uspostavlja, razvija i uređuje te određuje položaj sudionika u tom odnosu (Gosić, 2005).

Članovi Nacionalnog povjerenstva za zaštitu ljudskih ispitanika su uz pomoć etičkih principa nastojali analizirati etičke dileme (Kalauz, 2012), stoga njihov pregled slijedi

u nastavku rada.

1. Načelo autonomije

Riječ autonomija kovanica je grčkih riječi *antos* i *nomos* koje se prevode kao samozakonodavstvo, samovladanje i samostalnost. Tumači se i kao vlastito nadziranje izbora, odluka, želje i djelovanja. Ulazak u autonomiju vodi u saznanje da postoji samozahtjev po kojem čovjek odlučuje, bira i djeluje pod kontrolom svoga razuma, svoje svijesti i savijesti. Autonomija u sebi uključuje i priznaje sposobnost čovjekovog razuma da si sam izabere presudne činitelje koji određuju njegov izbor i na njemu zasnovanu odluku. Dopušta i mogućnost da ljudi različito reagiraju i djeluju ako je drugačije djelovanje njihov vlastiti izbor, te da snose konsekvence za slobodu u izboru i djelovanju. Priznavanje sposobnosti čovjeka za samoodređenje i poštivanje njegova izbora i odluke, odredilo je autonomnosti razinu načela u bioetici koja upućuje na uvažavanje (Gosić, 2005):

1. osobnih vrijednosti, uvjerenja, vjerovanja i viđenja jer se u tome nalazi odgovor na pitanje što je osobi pred kojom predstoji odluka vrijedno truda i zalaganja te kako se ona odnosi spram životnih planova da to ostvari
2. temeljnih ljudskih prava jer osigurava postojanje nužnog koncepta koji se svakom čovjeku priznaje njegov dignitet
3. sposobnosti samoodređenja jer dopušta čovjeku spoznati i odrediti sebe u svojim mislima i svojim djelima

Poštivanje principa autonomije podrazumjeva, dakle, obvezu poštovanja sposobnosti donošenja samostalnih odluka te poštovanje želje bolesnika (Kalauz, 2012), a autori Beauchamp i Childress (1994) drže da se ostvarivanje autonomnosti ne može ostvariti ako se ne provodi prema određenim pravilima, a to su:

1. pacijentu govoriti istinu
2. poštivati njegovu privatnost
3. zaštititi povjerljive informacije
4. dobiti suglasnost za predložene intervencije
5. odgovoriti mu na sva pitanja kako bi mogao donijeti odluku

Isti autori naglašavaju kako načelo govorenja istine omogućuje pojedincu da na temelju informacija koje pojedinac dobije, može donijeti ispravne i racionalne odluke.

Načelo govorenja istinitosti definirano je kao obveza govorenja istinitosti, neizgovaranja laži i neobmanjivanje drugih. U mnogim kulturama istinitost je temelj za uspostavu povjerenja među ljudima i njome se izražava poštovanje među njima. Temeljno je pravo ljudi pravo na istinu, njima se ne smije lagati niti obmanjivati. Upravo je istinitost jedno od najvažnijih načela modernih zdravstvenih sustava u svijetu (Kalauz, 2012). Stoga su medicinske sestre dužne govoriti istinu jer laganje može narušiti odnos povjerenja s bolesnikom, a samim tim i tijekom liječenja. Dalekosežno, gubitak povjerenja ili neprimjereni način komunikacije može imati neželjene posljedice za sve buduće odnose s pacijentom te šteti njegovu zdravlju i dobrobiti (Kalauz, 2012), međutim u radu s psihijatrijskim bolesnicima, katkada vrlo upitno i ne može se provesti.

S obzirom na tematiku u ovom radu, koja se ponajprije bavi psihijatrijskim bolesnicima u kojih se provode ili su se provodili neki od oblika restriktivnih mjera prisile tijekom liječenja, u svakodnevnoj kliničkoj praksi, pristup takvim bolesnicima temelji se na zaštiti samog bolesnika ili drugih osoba te zaštiti zdravlja (Filipac, 2011).

Kao što je već ranije tijekom rada definirano, osoba s težim duševnim smetnjama je osoba koja ne može shvatiti značenje svojeg ponašanja ili ne može vladati svojom voljom ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da joj je nužna psihijatrijska pomoć (NN, 76/14). U većini slučajeva, takvi bolesnici ne pristaju na liječenje i/ili hospitalizaciju s jedne strane, ili ne mogu donijeti odluke na temelju relevantnih informacija koje su dobile, pa je primjena ovog načela vrlo upitna i diskutabilna, te vrlo duboko zadire u autonomiju svakog, na ovaj način, liječenog pacijenta.

II. Načelo neškodljivosti

Načelo neškodljivosti pripada tradicionalnim principima etike utemeljeno na Hipokratovoj prisezi (Gosić, 2005) s prepoznatljivim ciljem koji glasi: *primum nil nocere* (Šengula Jengić i Katalinić, 2017). Ta široko određena zabrana činjenja štete prenesena je u sve značajnije povijesne etičke dokumente, a danas toj aktualizaciji pridonose *Ženevska deklaracija* i *Međunarodni kodeks liječničke etike*. Tome treba istaknuti i činjenicu da se niti u jednom od povijesnih, pa ni aktualnih medicinsko-etičkih dokumenata ne označavaju granice onoga što određuje (ne)nanošenje štete i škodljivosti pacijentu. Sve to bilo je razlogom da načelo Kršćanske etike „*Ne čini drugima ono što ne želiš da drugi čine tebi*” posluži kao orijentir za sprečavanje

nanošenja štete i škodljivosti pacijentima. To univerzalno načelo pridonijelo je humanizaciji odnosa prema pacijentima tako što je medicinskim i zdravstvenim djelatnicima stvorilo obvezu da zamišljajući i stavljajući sebe u ulogu pacijenta, ne čine ništa od onoga što ne bi željeli da predstavnici njihovih profesija čine njima da su u situaciji u kojoj se nalazi pacijent koji je u kontaktu s njima (Gosić, 2005).

Kao osobitost u radu s psihijatrijskim bolesnicima kod kojih se primjenjuju restriktivne mjere prisile, temeljni kriterij za donošenje najvećeg broja etičkih odluka i njihovu primjenu, vezan je uz još jedno važno načelo – *načeo razmjernosti*. Kod takvih se pacijenata ne može bezuvjetno slijediti temeljno medicinsko načelo *primum nil nocere* jer bi takvo opredjeljenje nužno uvjetovalo ozbiljne štete drugim osobama i cjelokupnom funkcioniranju pravosudnog i šireg društvenog uređenja. Stoga je jedina etička alternativa takvoj, isključivo pacijentu usmjerenoj normi, danas već široko, u svjetskim razmjerima prihvaćena norma, prema kojoj u svakodnevnom psihijatrijskom radu treba poduzimati sve što je u našoj moći da neizbježna šteta bude minimalizirana i da se na taj način osigura optimalna ravnoteža u ispunjavanju legitimnih interesa drugih osoba, te cjelokupnog društvenog poretka. Ova se norma u potpunosti uklapa u najvažniju etičku normu primjenljivu na svim područjima psihijatrijskog rada u primjeni mjera prisile koja je danas univerzalno prihvaćena i kao ustavna norma u svim „slobodnim“, demokratskim državama kao načelo razmjernosti (Goreta, 2012).

Prema Ustavu Republike Hrvatske formulirana je u u čl. 16 (NN, 85/10), na sljedeći način:

„Slobode i prava mogu se ograničiti samo zakonom da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje.

Svako ograničenje slobode i prava mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničenjem u svakom pojedinom slučaju.”

Na užem psihijatrijskom području najpoznatija je formulacija te norme u čl. 9, Načela Ujedinjenih naroda za zaštitu osoba s mentalnim poremećajima i za unaprjeđenje skrbi za mentalno zdravlje (UN, 1991) koja glasi:

„Svaki pacijent ima pravo na liječenje u najmanje restriktivnom okruženju i s najmanje restriktivnim ili nametljivim tretmanom, primjerenim pacijentovim potrebama i potrebi zaštite tjelesne sigurnosti drugih”

Kao još jedan primjer kršenja načela neškodljivosti, izdvaja se primjena psihofarmaka u liječenju psihijatrijskih bolesnika. Primjena prisilne farmakološke terapije je postupak u kojem pacijent više nema mogućnost izbora načina liječenja na koji će ona biti izvršena (Goreta, 2009), niti mogućnost odbijanje iste, a u većine pacijenata primjena ovih lijekova, izaziva pojavu ozbiljnih i neželjenih efekata, s time da neki pacijenti doživljavaju vrlo ozbiljne nus pojave, od kojih ona poput malignog neuroleptičnog sindroma može završiti smrtnim ishodom (Štrkelj-Ivezić, 2011). Time je ozbiljno narušeno ovo načelo u kojem se eksplicitno navodi kako je glavna misao vodilja – „prvo ne naškoditi“.

III. Načelo dobročinstva

Dobročinstvo ili *dobrohotnost* je izraz koji se koristi onda kada se označava činjenje ili namjera činjenja u pravcu ostvarivanja i proizvođenja dobra. Polazeći od dobra kao jedne od četiri temeljne oznake svakog bića (jedno, dobro, istinito i lijepo) tim se izrazom želi ukazati da je dobro temeljna prepostavka ljudskog postojanja (Gosić, 2005).

Prema Beauchamp-u i Childress-u (1994), princip dobročinstva upućuje na moralnu dužnost činjenja dobra drugome. U ovisnosti o tome što se uzima kao polazna osnova za činjenje dobra, razlikuje se *pozitivno* i *korisno* dobročinstvo.

Pozitivno dobročinstvo je ono koje zahtjeva činjenje dobra prema jasno određenim afirmacijskim pravilima koje uz neškodljivost ima izvor u Hipokratovoj prisezi. Tradicionalna medicinska etika, dobročinstvo promovira kao dužnost koja sama po sebi proistječe iz prirode zanimanja u medicini te iz znanja i vještina koje medicinski djelatnici dobivaju i stječu svojim obrazovanjem (Gosić, 2005).

Korisno dobročinstvo je ono u kojem čovjek svojim ponašanjem i djelovanjem proizvodi opasnost ili se suočava s opasnim djelovanjem drugih ljudi. Na području medicinske etike i bioetike opasnost proizvode sva ona djelovanja u kojima medicinski djelatnik (Gosić, 2005):

- isključivo prema vlastitim shvaćanjima i mjerilima misli da čini i postiže
- ne priznaje realnu opasnost u kojoj se pacijent nalazi te bez pacijentove suglasnosti obavlja dijagnostičke i terapijske zahvate i intervencije
- zaobilazi, izbjegava, ignorira, ne uvažava ili ne poštuje pacijentovo vrednovanje dobra i zla onako kako ga on vidi u različitim fazama bolesti i oboljenja

Načelo dobročinstva obvezuje sve zdravstvene djelatnike, pa time i medicinske sestre u psihijatriji, na humani odnos prema bolesniku, požrtvornost da zaštiti njegove interese i spremnost da preuzme odgovornost (Medved, 2015).

U knjizi Etika u sestinstvu, Ivana Šegote (1997) opisuje se jedan primjer iz iskustva medicinske sestre u radu s psihijatrijskom bolesnicom:

„A.Ž. 29-godišnja je djevojka koja boluje od shizofrenije. Samoinicijativno je prestala uzimati lijekove jer se osjećala dobro. No, nakon jednog ekscesa, dovedena je na psihijatriju gdje inače radi njena rođakinja, medicinska sestra K.N. Pacijentica, A.Ž. je bila trudna. Nosila je blizance. Liječnik koji ju je vodio, konzultirao se s medicinskom sestrom K.N. kojoj je predložio da pacijentica abortira. Obrazložio je to uzimanjem visoke doze antipsihotičnih lijekova koji će vrlo vjerojatno dovesti do velikih oštećenja plodova s možebitnim smrtnim ishodom za nerođenu djecu. Medicinska se sestra složila s liječnikom. S obzirom da je pacijentica živjela s roditeljima, kao njezini staratelji trebali su potpisati pismeni pristanak. Kako su bili katolici, odlučno su to odbijali, jer se pobačaj kosio s njihovim religijskim uvjerenjima. Liječnik i medicinska sestra, roditelje su još nekoliko puta zvali na razgovor, trudeći se objasniti ozbiljnost situacije, no oni su se naljutili na svoju rođakinju, medicinsku sestru K.N. Pacijentičino je stanje bilo sve gore. Jednog je dana govorila kako je već rodila, drugog dana se tukla po trbuhu da ubije djecu. Njen je dečko, otac nerođene djece, dolazio u posjete svojoj djevojci, pacijentici A.Ž., ali nije mogao donijeti nikakvu odluku jer nisu bili vjenčani. Liječnik i medicinska sestra, našli su se u moralnoj dilemi. Ako poštuju odluku roditelja, A.Ž. će na svijet donijeti jedno već mrtvo dijete i drugo, za sada još živo, za koje će morati brinuti to dvoje 60-godišnjaka. Osim navedenog, tadašnje stanje pacijentice, onemogućavalo je normalan porod, što se kosi s dobrobiti za pacijenticu. Kako bi se ipak dobio pristanak, stupljeno je u kontakt s bratom pacijentice koji je živio u Australiji, koji je odobrio pobačaj u ime svoje sestre kao staratelj, nakon što mu je detaljno objašnjena cijela situacija. A.Ž. je dobila lijekove koji su izazvali trudove, te je s 4 i pol mjeseca trudnoće pobacila. Njenim je roditeljima rečeno kako je imala spontani pobačaj.”

Iako je iz primjera evidentno kako je medicinska sestra dužna "pomagati ljudima u izražavanju temeljnih prava, potreba i vrijednosti, uključujući i njihovo pravo da žive rizično" (HUMS, 1995), kako je i naznačeno u etičkom kodeksu Hrvatskog udruženja

medicinskih sestara (o kojima će se nešto detaljnije raspravljati u sljedećem podnaslovu), iako nije intervenirala kada sudionici u zdravstvenoj njezi i zaštiti nisu poštovali odluku staratelja, pri čemu su narušena i teško djelomično ili u potpunosti povređena neka od temeljnih načela u bioetici, sestra K.N. je „u obavljanju svojih dužnosti i zadaća težila da provodi zdravstvenu zaštitu i njegu na najbolji mogući način” (HUMS, 1995) i prema vlastitom nahođenju *radila je na dobrobiti pacijenta*. Time je, uzmu li se u obzir, sve odrednice principa načela dobročinstva ovo načelo ostalo nenarušeno i ispoštovano.

IV. Načelo pravednosti

Jednaka raspodjela prava i obveza, ravnoteža između dobra i zla, jednako postupanje prema svima, zaslužena kazna zbog nepoštivanja moralnih i pravnih normi, shvaćanje pojedinca da misli i djeluje pravedno, najčešća su značenja koja se pridaju pravednosti (Gosić, 2005).

Beauchamp i Childress (1994) pravednost definiraju kao dužnost medicinskih i zdravstvenih djelatnika prema pacijentu te su je kao bioetičko načelo uveli u rješavanje bioetičkih pitanja. Karakteristika njihovog stajališta je inzistiranje na činjenici da bolest utječe na sposobnost i na zadovoljenje čovjekovih potreba te su izričito zahtjevali definiranje pravila u kojima će doći do izražaja *jednakost* u odnosu prema bolesnim ljudima (Gojić, 2005).

Sve medicinske sestre i liječnici, neovisno o djelokrugu svoga rada, ne smiju imati predrasude vezane uz spol, dob, rasu, religiju, političko opredjeljenje, seksualnu orijentaciju bolesnika i način života bolesnika (Medved, 2015).

Ovo je načelo osigurano i u Općoj deklaraciji o ljudskim pravima u čl. 2 (UN, 1948):

„Svakome pripadaju sva prava i slobode utvrđene u ovoj Deklaraciji bez razlike bilo koje vrste, kao što je rasa, boja kože, spol, jezik, vjeroispovijed, političko ili drugo mišljenje, nacionalno ili društveno podrijetlo, imovina, rođenje ili drugi status.

Nadalje, ne smije se praviti nikakva razlika na osnovu političkog, pravnog ili međunarodnog statusa zemlje ili područja kojemu neka osoba pripada, bilo da je to područje neovisno, pod starateljstvom, ne-samoupravno, ili mu je na neki

drugi način ograničen suverenitet”.

Kao primjer kršenja ovog načela, moguće je ponuditi sljedeći primjer koji se odnosi na umiruće bolesnike koji traže psihijatrijski tretman zbog depresivnosti i anksioznog ponašanja. Takvi bolesnici su, nerijetko, zapostavljeni na odjelu što je, moramo otvoreno reći, neetičko ponašanje osoblja i kršenje načela pravednosti. Ovakav oblik ponašanja od strane medicinskog tima može biti vođen mišlju poput: „Neću se trošiti za bezizlazni slučaj, vrijeme i bolnički materijal ću potrošiti tamo gdje će liječenje biti učinkovito” (Nedjeljković i Rančić, 2015).

3.2. Poznavanje etičkih kodeksa medicinskih sestara – važna sastavnica u kliničkom enitetu sestrinske profesije

Sestrinstvo je oduvijek predstavljalo humano zvanje, utemeljeno na plemenitoj tradiciji i praksi njegovanja bolesnika i humanoj skrbi za nemoćne, siromašne, napuštene, što nije uvijek nužno uključivalo znanje, ali je oduvijek zahtijevalo human, plemenit i etičan pristup skrbi (Vuletić, 2014).

Medicinske sestre snažno utječu na zdravlje ne samo pojedinca nego i cijele populacije i to direktno svojim radom i indirektno obrazovanjem i kvalitetnim zdravstvenim savjetima pojedincu ili masi ljudi. Upravo zato one preuzimaju veliku odgovornost koju je vrlo teško odrediti pravilnicima ili zakonima, već ta odgovornost počiva na moralnim i etičkim vrijednostima pojedine medicinske sestre. Etički kodeks medicinskih sestara služi kao „nit vodilja” ne samo medicinskim sestrama nego i učenicima i studentima sestrinstva da bi razvili ponašanje prema etičkim principima koje će na kraju koristiti u svome radu (Prlić, 2014).

Etički kodeks je sastavni dio sestrinske profesije, a njime su određene moralne vrijednosti i dužnosti medicinske sestre u provođenju zdravstvene njege i zdravstvene zaštite (Prlić, 2014).

Tijekom povijesti sestrinstvo je gradilo svoj ugled i reputaciju kroz njegu i brigu za potrebite preko niza aktivnosti koje za cilj imaju promjenu društvenog mnijenja koje umanjuje zdravlje i dobrobit. Od osoba koje su kroz obrazovanje postale medicinske sestre očekuje se, ne samo da se pridržavaju ideala i moralnih normi struke već da ih prihvate kao takve i primjenjuju u praksi (Čukljek, 2005).

Danas, medicinske sestre preuzimaju veliku odgovornost koju je nemoguće odrediti samo zakonima i propisima, stoga je iznimno važno prepoznati i spoznati značaj i postojanje etičkih kodeksa medicinskih sestara kao i utkanost etičkih načela u svakodnevnu praksu.

Prvim prihvaćenim etičkim kodeksom medicinskih sestara smatra se prisega F. Nightingale:

„Svečano se obavezujem pred Bogom i u prisustvu ovog skupa, da ću provesti cijeli svoj život u moralnoj čistoći i da ću se odano baviti svojom profesijom. Ja ću se uzdržavati od bilo kakvog nekontroliranog postupka sa bolesnikom i neću svjesno primijeniti lijek koji bi mogao štetiti. Sve što je u mojoj moći učiniti ću da poboljšam nivo svoje profesije i držat ću u tajnosti sve lične informacije koje doznajem prilikom obavljanja moga poziva. Sa punom lojalnošću, do kraja ću pomagati liječniku u njegovom poslu oko bolesnog čovjeka.“

Američko sestrinsko udruženje (American Nurses Association – ANA), već je 1896. godine prepoznalo potrebu za izradom etičkog kodeksa. Medicinske sestre su tražile konkretne postavke koje mogu primijeniti u svakodnevnoj praksi, a jednako tako i kako podučavati nove sestre o etici u sestrinstvu. Izrada tog kodeksa datira iz 1926. godine, čija je moralna osnova bila kršćanska moralnost s osnovnim moralnim vrlinama medicinskih sestara, a to su: odanost liječniku, poslušnost, bespogovorno provođenje postavljenih pravila, te njega bolesnika usmjerena na zadovoljavanje osnovnih fizioloških potreba i higijena. Nova verzija etičkog kodeksa ANA dopunjena je 1940. i 1950. godine kada je naziv promijenjen u „Etički kodeks profesionalnih medicinskih sestara“ (ANA, 1940,1960). Time se prvi puta formalno ističe *profesionalizacija sestriinskoga poziva*. Odredba o odanosti, odnosno lojalnosti liječniku je uklonjena s argumentom da je medicinska sestra ravnopravna i autonomna budući da po svojem pozivu donosi odluke i odgovara za posljedice svojega rada (Čukljek, 2005).

Tridesetih godina dvadesetog stoljeća, Međunarodno udruženje medicinskih sestara (ICN) formirao je Odbor za etiku u sestrinstvu s ciljem da se prepoznaju etički problemi s kojima se susreću medicinske sestre. Rad odbora usporio je Drugi svjetski rat, i 1953. godine ICN izrađuje Međunarodni kodeks medicinskih sestara s namjerom da služi kao standard za medicinske sestre širom svijeta. U 14 odredaba

navodi odgovornost medicinskih sestara u očuvanju života, ublažavanju patnji i unaprjeđenju zdravlja. Od medicinskih sestara se očekuje da odbiju sudjelovati u neetičkim postupcima, prijave neetičko ponašanje suradnika, ali samo nadležnim i da prihvate standarde osobne etike u profesionalnom i privatnom životu. Iako su učinjene manje revizije tijekom vremena, iduća velika revizija navedenog kodeksa učinjena je tek nakon 27 godina (1980). Etički kodeks medicinskih sestara ICN-a preveden je i primjenjivan širom svijeta, pa tako i u Hrvatskoj (Čukljek, 2005).

Tijekom šezdesetih, sedamdesetih i osamdesetih godina kao reakcija na promjene socijalnog konteksta učinjene su revizije kodeksa Američkog udruženja medicinskih sestara u kojima se naglašava osobna etika, a u kodeks se uvode drugi zdravstveni profesionalci (ne samo liječnici). Osiguran je etički okvir medicinskim sestrama unutar kojeg mogu provoditi sestrinsku praksu i odgovornosti prema pacijentu, društvu i profesiji te sudjelovanje u istraživanjima. Šezdesetih godina iz naziva kodeksa briše se riječ „profesionalnih”. Krajem sedamdesetih godina formira se radna grupa koja objavljuje Smjernice za primjenu Etičkog kodeksa medicinskih sestara. Osamdesetih godina u sve nastavne programe obrazovanja medicinskih sestara u Americi uvode se teme iz etike u sestrinstvu (Čukljek, 2005).

Krajem devedesetih godina ICN pristupa značajnoj reviziji etičkog kodeksa medicinskih sestara. Revizija je nastala kao odgovor sestrinstva na društvene promjene. Kodeks donosi odredbe o etičkim obvezama i dužnostima svake medicinske sestre, postavlja etičke standarde profesije o kojima se ne pregovara i izražava da sestrinstvo razumije vlastitu odgovornost prema društvu. Nastojala se naglasiti primarna uloga medicinskih sestara – primarni ciljevi, vrijednosti, obveze profesije. ICN Etički kodeks medicinskih sestara iz 2000. u preambuli navodi četiri osnovne odgovornosti medicinske sestre – unaprjeđenje zdravlja, prevenciju bolesti, uspostavljanje zdravlja i ublažavanje patnji, te naglašava da je potreba za zdravstvenom njegom univerzalna. U kodeks su uključena i ljudska prava (pravo na život, dignitet i tretman sa poštovanjem) (Čukljek, 2005).

Etički kodeks definira odnos medicinske sestre i osobe (pacijenta), prakse, suradnika te odnos medicinske sestre i profesije. Značaj etičkih načela može se uočiti i pri pomnijem promatranju posljednje definicije zdravstvene njege Međunarodnog udruženja medicinskih sestara kao i u glavnih uloga medicinskih sestara:

„Zdravstvena njega obuhvaća samostalno i suradničko zbrinjavanje pojedinaca svih dobi, obitelji, grupa i zajednice; zdravih i bolesnih i u svim okruženjima. Zdravstvena njega uključuje unaprjeđenje zdravlja, prevenciju bolesti i zbrinjavanje bolesnih, onespoblijenih i umirućih”. Glavne uloge medicinske sestre su: zbrinjavanje bolesnih, zagovaranje potreba i prava pacijenta, osiguravanje sigurne okoline, istraživački rad, sudjelovanje i utjecanje na formiranje zdravstvene politike, menadžment, edukacija. Posljednja revizija Kodeksa medicinskih sestra Međunarodnog savjeta sestra učinjena je 2005. godine i objavljena 2006. U dokumentu su objavljene preporuke za primjenu etičkog kodeksa u svakodnevnoj praksi, u edukaciji i istraživanjima te uloga nacionalnih udruga (Čukljek, 2005).

Prateći promjene vezene uz Etičke kodekse medicinskih sestra, Hrvatska udruga medicinskih sestra (HUMS), 27. travnja 1995. objavljuje Etički kodeks Hrvatske udruge medicinskih sestra (HUMS, 1995). U Hrvatskoj je 2003. godine osnovana i Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS) sukladno odredbama Zakona o sestrinstvu (NN, 121/03) i Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN, 100/18). 22. prosinca 2005. godine donosi svoj kodeks (Prlić, 2014).

U nekoliko je navrata već navedeno kako se medicinske sestre u svojoj svakodnevnoj praksi susreću s brojnim etičkim pitanjima. Medicinske sestre uvijek moraju raditi sukladno etičkom kodeksu države u kojoj rade i oni im mogu biti od iznimne pomoći po pitanju istih. U svaki postupak koji provode moraju biti uključeni temeljni principi bioetike: autonomnost, neškodljivost, dobročinstvo i pravednost koji i jesu protkani u svim etičkim kodeksima medicinskih sestara.

S obzirom da je Hrvatska komora medicinskih sestara, regulacijsko tijelo za sestrinstvo u Republici Hrvatskoj koje vodi registar medicinskih sestara, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad, te provodi stručni nadzor nad radom medicinskih sestara (HKMS, 2005), u nastavku se donosi pregled Etičkog kodeksa kojeg je objavila, uz specifičnosti vezane za psihijatrijske sestrinsku praksu i bolesnike.

Hrvatska je komora medicinskih sestara (2005) Kodeksom definirala sljedeća važna područja:

- I. odnos prema pacijentu
- II. suradnju s timom
- III. profesionalnu tajnu
- IV. trajno usavršavanje
- V. ugled staleža
- VI. zaštitu pacijenta od rizika
- VII. osiguranje od odgovornosti
- VIII. rješavanje etičkih pitanja
- IX. odnos prema drugim medicinskim sestrama
- X. odnos prema Hrvatskoj komori medicinskih sestara

I. *Odnos prema pacijentu.* Prema Kodeksu, odnos prema pacijentima, definira se kao prepoznavanje i poštovanje uloge pacijenata kao partnera u zdravstvenoj njezi. U djelokrugu svog rada, medicinska sestra, osobno je odgovorna za promicanje i zaštitu interesa i dostojanstvo pacijenta, bez obzira na dob, spol, rasu, sposobnosti, seksualnu orijentaciju, ekonomski status, životni stil, kulturna, religijska ili politička uvjerenja. Preporuča se poštovanje profesionalne granice u odnosu s pacijentom u kojem se svi aspekti odnosa tiču isključivo pacijenta. Kad se govori o prizivu savjesti, sestra mora o tome obavijestiti nadređenu medicinsku sestru, ali pri tome ne smije prestati pružati zdravstvenu njegu, ako bi time uzrokovala trajne posljedice za zdravlje ili ugrozila život čovjeka (HKMS, 2005; Kalauz, 2012).

Ponašajne odrednice odnosa između medicinske sestre i psihijatrijskog bolesnika odnose se na potporu bolesniku, a pri planiranju intervencija važno je imati na umu stavove i osjećaje koji su važni za potporu bolesniku. *Potpora bolesniku* znači da su sve sestrinske intervencije usmjerene na to da podrže bolesnika u nošenju s različitim situacijama i učenju iz iskustva (Ribarić i Vidoša, 2014).

Stavovi i osjećaji koje treba imati na umu pri planiranju sestrinskih intervencija (Ribardić i Vidoša, 2014) su:

- *privatnost* - može biti kulturalno specifična, treba poštovati korisnikove granice, no također paziti da se sama medicinska sestra ne doima

udaljenom i rezerviranom; treba znati čuvati osobne granice, jer bolesnici često žele doznati nešto više o medicinskoj sestri

- *humor* - može smanjiti razinu napetosti, opustiti terapijsko okružje i socijalne strukture od kojih se sastoji, međutim, treba voditi računa o kulturološkim strukturama bolesnika (porijeklo, etničke, rodne i druge specifičnosti)
- *empatija* - sposobnost uživljavanja (no bez proživljavanja) jedna je od najčešćih karakteristika koje opisuju medicinsku sestru
- *dodir* - ovdje također treba poznavati potrebe i kulturalna obilježja bolesnika, kao i onu medicinske sestre, jer je dodir prijeko potreban u njezi i brizi za bolesnika, ali ako nije adekvatan, može i korisniku i medicinskoj sestri uvjetovati neugodu, a kod agitiranih ili paranoidnih psihijatrijskih bolesnika može potaknuti i agresiju
- *seksualnost* - ne uključuje samo seksualni čin nego je integralni dio ljudske ličnosti; najčešće svaki pojedinac u nekom dijelu svog života iskusi stres koji je vezan za seksualnost i njezinu ulogu

II. *Suradnja s timom*. Kodeks preporučuje medicinskim sestrama da surađuju s članovima tima, da djelotvorno međusobno komuniciraju i izmjenjuju znanja i vještine (HKMS, 2005). Na ovu se odredbu Kodeksa nadovezuje i Zakon o sestrinstvu koji u čl. 14 ima jednu novu i bitnu odredbu, a ona se odnosi na timski rad. Tim zdravstvene njege treba imati voditelja tog tima i izvršitelje zdravstvene njege, a medicinska sestra je kao članica tima provodi. Odredba o timu zdravstvene njege određuje da medicinska sestra mora surađivati sa svim njegovim članovima i cijeniti vještine i doprinose kolegica, te da mora djelotvorno komunicirati s ostalim članovima tima i prenositi svoje znanje i vještine (NN, 121/2003).

Medicinska je sestra samostalan član zdravstvenog tima, ima područje svoga rada, ali nužno surađuje s ostalim članovima tima. Zajednički im je cilj unapređenje, očuvanje i ponovna uspostava zdravlja. Timski je rad cilj skupine ljudi, omogućuje im da maksimalno upotrijebe svoje sposobnosti i međusobno se nadopunjuju u znanju i iskustvu (Prlić, 2014).

Suvremeno psihijatrijsko liječenje nezamislivo je bez timskog rada i zalaganja cjelokupnog tima, čime se razvija duh zajedništva i kolegijalnosti, što se onda očituje na ukupne rezultate rada (Delibašić, 2017).

Preporuka je da se kao sredstvo komunikacije u timu koristi sestrinska dokumentacija (HKMS, 2005), te je Kodeks dopunio odredbe o sestrinskoj listi i tako obvezao i s osnove moralnog postupanja, da medicinska sestra s najvećom pozornošću vodi sestrinsku dokumentaciju (Kalauz, 2012). U podnaslovu 2.3 Specifičnost vođenja medicinske dokumentacije pri primjeni mjera prisile, nalaze se osobitosti koje se odnose na ovo područje.

III. *Profesionalna tajna*. Načelo čuvanja profesionalne tajne jedna je od najosnovnijih dužnosti zdravstvenog osoblja. Svoje snažno uporište, nosi još od vremena Hipokrata: „...Što pri svojem poslu budem saznao ili vidio, pa i inače u komunikaciji s ljudima, ako se ne bude smjelo javno znati, prešutjet ću i zadržat ću tajnu...” (Prlić, 2014).

Prema čl. 5 etičkog kodeksa HKMS-a: *„Informacije o pacijentima medicinska sestra mora smatrati povjerljivima i koristiti ih samo u predviđene svrhe. Medicinska sestra mora paziti da ne dođe do kršenja povjerljivosti tako da uvijek zaštiti informacije od njihova neprimjerenog prokazivanja. Medicinska sestra može profesionalnu tajnu otkriti samo u slučajevima određenim zakonom ili uz odobrenje pacijenta”* (HKMS, 2005).

Ova se odredba nalazi i u Zakonu o sestriinstvu (NN, 121/03), koji kaže da je medicinska sestra kao profesionalnu tajnu dužna čuvati sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta.

Tajnom se smatra sve što je sestri povjereno osobno. Pravo na informaciju ima samo bolesnik, potom njegova obitelj o čemu u pravilu odlučuje sam bolesnik. Teškoće koje se mogu javiti, nastaju ako bolesnik nije u dobrim odnosima s obitelji. Informacije o zdravstvenom stanju daje liječnik, a medicinska sestra ovlaštena je davati podatke s gledišta zdravstvene njege i sestrinskih dijagnoza. Često bolesnici i njegova obitelj traže informacije osobe koje ih nisu ovlaštene dati (administrativno osoblje, pomoćno osoblje, osoblje u laboratoriju), što je kažnjivo (Prlić, 2014), a u praksi vrlo često.

U sestrinskoj svakodnevnoj praksi, javlja se problem kada se informacije traže telefonom, što je čest slučaj na svim radilištima medicinskih sestara pa tako i na psihijatrijskim odjelima. Uvažavajući odredbe etičkog Kodeksa o zaštiti informacija od

njihova neprimjerenog ponašanja, medicinske sestre nikada ne bi smjele informacije davati preko telefona (Prlić, 2014).

Vežano uz otkrivanje profesionalne tajne koje je određeno Zakonom, ona je regulirana ZZODS-a u čl. 14.: „Medicinska dokumentacija dostupna je isključivo sudu za potrebe postupka koji je u tijeku i sadržava samo one podatke koji su prijeko potrebni za ostvarenje svrhe zbog koje se zahtijeva njezina dostava”. Najčešće je to u slučajevima počinjenja nekoga kaznenog djela gdje su pacijenti s mentalnim bolestima uključeni u kazneno-pravni postupak (NN, 74/14).

Vrlo je česti događaj u praksi medicinskih sestara, ali i ostalog zdravstvenog osoblja, da ih kontaktiraju predstavnici medija pokušavajući doći do određenih informacija o teškim duševnim bolesnicima koji su u stanjima smanjive ubrojivosti počinili teška kaznena djela. Kao jedan zanimljiv slučaj koji se može pronaći na internetskim stranicama je slučaj udruge „Sjaj” (udruga koja promiče afirmaciju osoba s psiho-socijalnim teškoćama). Udruga se tijekom 2009. godine, obratila s pritužbom Pučkom pravobranitelju protiv Neuropsihijatrijske bolnice dr. Ivan Barbot u Popovači sa sumnjom da su odgovorni djelatnici Zavoda za forenzičku psihijatriju dopustili novinarskoj ekipi Jutarnjeg lista da fotografira, ispituje pacijente te im dali uvid u njihovu medicinsku dokumentaciju isključivo zato jer se radi o pacijentima koji su u neubrojivom stanju počinili teška kaznena djela. Udruga Sjaj smatrala je, da je odavanje profesionalne tajne i propuštanje poštivanja bolničkih pravila radi izlaganja njihove privatnosti javnosti zbog prirode duševnih bolesti tih pacijenata predstavljalo diskriminaciju, a odavanje profesionalne tajne i informacija o pacijentima, apsolutno nedopustivo za zdravstvene djelatnike. Udruga Sjaj još uvijek očekuje odgovor Pučkog pravobranitelja (Udruga za društvenu afirmaciju osoba s psiho-socijalnim poteškoćama „Sjaj”, n.d.) .

Steći i sačuvati povjerenje pacijenata jedan je od prioritetnih zadataka u sestriškom poslu. Na to upućuju svi etički kodexi, pa tako i ovaj izdan od strane HKMS-a. Čuvanje profesionalne tajne je za sestru moralna dužnost i zakonska obveza.

IV. *Trajno usavršavanje.* Prema etičkom kodeksu, da bi medicinska sestra mogla kompetentno raditi, mora posjedovati stručna znanja, vještine i sposobnosti koje traže siguran i djelotvoran rad, pri čemu se nalaže održavanje znanja i vještina u toku sa suvremenim znanjima kroz cijeli radni vijek uz redovito sudjelovanje u obrazovnim

aktivnostima kojima se razvijaju njene sposobnosti i vještine za rad (HKMS, 2005). Tu je primjenjen princip „cjeloživotnog usavršavanja” (Kalauz, 2012).

Učenje je i osobno uzdizanje te čovjekova bezuvjetna dužnost i moralna obaveza, jer od uspjeha svakog pojedinca ovisi i uspjeh cijelog tima. Znanje i razvijanje kompetencija za medicinske sestre ima značaj u razvijanju moralnih osobina i formiranju karaktera, a kroz razvijanje spretnosti i upornosti razvija se smislo za kolektiv i zajednicu, humanizaciju i socijalizaciju. Samo dobro educirana i motivirana medicinska sestra, a po potrebi u praksi samostalna, može biti ravnopravan član tima u procesu liječenja bolesnika (Delibašić, 2017).

Nadalje, Kodeksom je određeno da medicinska sestra mora odrediti granice svoje stručne kompetencije te tako raditi i prihvatiti odgovornost za aktivnost za koje je osposobljena. Ako je neki postupak izvan djelokruga njenog rada, mora zatražiti pomoć i nadzor kompetentnih stručnjaka, a ne smije provoditi takav postupak, ako bi mogla izravno ili neizravno naštetiti bolesniku. Kodeks obvezuje i na obvezu pomaganja učenicima i studentima sestrinstva (HKMS, 2005).

Razmjena informacija iz medicinske struke u timu je od velike važnosti za uspješan timski rad što se postiže na primopredajama i/ili stručnim sastancima, gdje je potrebno prisutstvo svih članova tima. Uz poštovanje hijerarhije, svakoj sestri treba pružiti šansu za što potpunije potvrđivanje svoje ličnosti, a posebno na onom području koje ona smatra značajnim i za koje ima interes, a koje je i od značaja za postizanje kolektivnog cilja. To medicinskoj sestri daje odgovarajući položaj u timu, ali od nje zahtijeva da svoja znanja medicinske etike i tehnike svakodnevno dopunjuje i u praksi primjenjuje, kao i da radna iskustva prenosi drugima (Delibašić, 2017).

Kako je već naznačeno u jednom dijelu ovog rada, kompetencije medicinske sestre, rezultat su razine obrazovanja koje su medicinske sestre postigle.

Sve medicinske sestre koje rade u području psihijatrijske skrbi, imaju obvezu trajnog usavršavanja u području mjera prisila. Na to ih obvezuje i Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama koji kaže kako je svaka ustanova obvezna organizirati edukacije za medicinske sestre/tehničare iz komunikacijskih tehnika i primjene deeskalacijskih tehnika za postupanje u kriznim situacijama, obuku i trening osnovnih vještina samoobrane i tehnike fizičkog

sputavanja pacijenata, organizaciju interventnih timova za postupanje u kriznim situacijama te dogovoren sustav poziva u pomoć od tehnologije do kompetencija (NN, 76/14). Edukacija je teorijska i praktična u vidu demonstracija i vježbi pri čemu se vizualizira koncept korištenja mjera prisile. I o tome slijedi detaljnija razrada u nastavku.

V. Ugled sestara. Kodeks nalaže medicinskoj sestri da svojim radom i ponašanjem podiže ugled profesije.

Svaka sestra svojim radom i ponašanjem doprinosi ili šteti svome ugledu i ugledu svojih kolega, odnosno njeno ponašanje i rad se odražavaju na cjelokupne rezultate rada. Sestra uvijek mora znati šta treba raditi i kako će izvesti određenu radnju. Svi postupci i aktivnosti koje provodi moraju biti točne, promišljene i smirene, bez panike i nedoumica, kako bolesnici ne bi posumnjali u njene sposobnosti. Bolesnik od sestre očekuje da mu pomogne u liječenju, zato njeno držanje i samopouzdan stav kod njega stvaraju povjerenje i sigurnost. Sestra na radnom mjestu mora izbjegavati grube riječi, galamu, preglasno slušanje muzike, stvaranje zvukava zbog nošenja neprikladne obuće, posebno noću i šaputanje pred pacijentom. Od velikog je značaja sačuvati mir bolesniku i izbjeći sve ono što bi ga moglo uznemiriti. Sigurno je da će sestra koja je uredne kose, nenapadno namazanog lica, urednih ruku, čistih i njegovanih, podrezanih noktiju bez laka i bez prodornih mirisa u prikladnoj, udobnoj, čistoj i ispeglanoj uniformi s identifikacijskom iskaznicom, imati pozitivan efekat na i na bolesnika i na ostale suradnike u okruženju (Delibašić, 2017, Prlić, 2000; 2014).

VI. Zaštita pacijenata od rizika. Etički kodeks nalaže medicinskim sestrama rad s ostalim članovima tima na siguran, terapijski i etički način. U okolnostima u kojima se ne mogu otkloniti posljedice koje ugrožavaju standarde struke, medicinska je sestra dužna o tome obavijestiti nadređenu osobu pisanim putem. U Kodeksu se ističe posebna odgovornost glavnih medicinskih sestara i voditelja timova zdravstvene njege prema pacijentima i kolegicama, te interes i sigurnost pacijenata koji mora biti na prvom mjestu. Sve medicinske sestre imaju profesionalnu dužnost pružiti hitnu medicinsku pomoć u ugrozama života čovjeka bez obzira gdje se nalaze (na radu ili izvan njega) vodeći računa o svojim kompetencijama (HKMS, 2005).

Sigurnost liječenja psihijatrijskih bolesnika treba promatrati kao rezultat utjecaja različitih faktora. Ti faktori mogu biti: individualni poput ljudskih pogrešaka, faktori

okoline poput načina na koji je uređen odjel, heterogenost bolesnika, dostupnost strukturiranih aktivnosti, protokol ponašanja u određenim situacijama, načelna politika mentalnog zdravlja i procedura u postupanju. Specifičnost sigurnosti u psihijatriji povezana je s činjenicom da neki bolesnici zbog prirode svoje bolesti aktivno smanjuju sigurnost za svoje liječenje, odnosno povećavaju nesigurnost svog liječenja, tuđeg ali i nesigurnost osoblja koje radi s njima, uključujući ponajprije medicinske sestre i tehničare na psihijatrijskim odjelima, budući da upravo oni provode najviše vremena s njima. Ugrožavanje sigurnosti liječenja u sustavu mentalnog zdravlja trebalo bi definirati kao nepotrebnu štetu za bolesnika i osoblje. Nažalost u RH ne postoje sustavni podaci o incidentima koji ugrožavaju sigurnost liječenja na razini ustanova niti na nacionalnoj razini, također ne postoje nacionalne smjernice za postupanje u incidentima koji ugrožavaju sigurnost liječenja bolesnika, kao ni sigurnost osoblja. Ipak, postoje važne specifične smjernice (protokoli, procedure) za smanjenje rizika poput procjene suicidalnog i agresivnog rizika, kao i evaluacija efikasnosti (Štrkalj-Ivezić, Mužinić i Gruber, 2010). Stoga ih medicinske sestre u svom svakodnevnom radu s psihijatrijskim bolesnicima trebaju znati primjenjivati, prepoznati i sukladno njima, adekvatno reagirati. O njima će još pisati.

VII. *Osiguranje od odgovornosti.* Preporuka koja stoji u Kodeksu je da medicinska sestra za obavljanje svoje djelatnosti i njege pacijenata ima osiguranje od odgovornosti, koje je u interesu pacijenata, medicinske sestre i poslodavca (HKMS, 2005). Zakon o zdravstvenoj zaštiti, odredio je da se zdravstveni radnik može osigurati od odgovornosti, ali je nije odredio kao obvezu (NN, 100/18). Neki drugi strateški zakoni imaju obvezu osiguranja od odgovornosti, no u strateške zdravstvene zakone takva odredba nije uvrštena (Kalauz, 2012).

Odgovornost medicinskih radnika, jedan je od oblika, tzv., profesionalne odgovornosti i ona je najznačajnije obilježje humanosti (Vuletić, 2013). Medicinske sestre su osim odgovornosti prema sebi i svom radu, odgovorene prema bolesniku, njegovoj obitelji te suradnicima (Vuletić, 2013; Prlić, 2014).

VIII. *Rješavanje etičkih pitanja.* Kodeks je obuhvatio nekoliko bitnih etičkih dilema, odnosno problema koje u svom radu može imati svaka medicinska sestra.

Ako uoči da je njena kolegica svojim ponašanjem, nehajem ili neznanjem prekršila etička načela dužna ju je najprije upozoriti, a ako ne uspije mora je prijaviti Etičkom

povjerenstvu Komore (HKMS, 2005; Kalauz, 2012).

Uloga medicinske sestre u psihijatrijskom timu odnosi se na suradnju svih zdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u dijagnostici i liječenju mentalno oboljelih osoba, gdje ona sudjeluje kao ravnopravan član, a ne samo kao pasivni izvršilac i nijemi promatrač. Nadovezujući se jedno od četiri temeljna principa bioetike, dobročinstva, a uzimajući u obzir tzv. „odvjetnički model” sestrinstva, medicinska sestra može naći i u neprijateljskoj ulozi u odnosu na svoje kolegice i ostale suradnike na poslu, jer štiteći svoje pacijente od svega što im može naštetiti, ona ih mora zaštititi i od eventualnih loših postupaka drugih medicinskih sestara, dakle svojih kolegica, ali i svih drugih članova zdravstvenog tima, što ponekad može uključivati čak i osobe koje su joj nadređene. Time se dovodi u pitanje njezina kolegijalnost, dobronamjernost, lojalnost nasuprot odnosa povjerenja i suradnje unutar tima (Šegota, 1997).

Bitna odrednica Kodeksa je i u tome da se medicinske sestre ne smiju koristiti mogućnošću prijave ako nekoga žele povrijediti ili poniziti (HKMS, 2005), zato Kodeks i određuje da se medicinska sestra može obratiti Komori u slučaju problema nastalog zbog neprimjerenog i neprofesionalnog ponašanja kolegice koji ne može sama riješiti (Kalauz, 2012), te je dužna surađivati s disciplinskim tijelima Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS, 2005).

IX. *Odnos prema drugim medicinskim sestrama.* U Kodeksu stoji da će se medicinska sestra odnositi prema drugim medicinskim sestrama onako kako bi željela da se one odnose prema njoj, a svojim će učiteljicama iskazivati poštovanje i zahvalnost za znanje, vještine i odgoj koje je od njih primila. Ako druga medicinska sestra od nje zatraži stručni savjet i pomoć, pružit će joj pomoć nesebično i prema svom najboljem znanju (HKMS, 2005).

Temeljna bi misao svake medicinske sestre trebala biti *zlatno pravilo*: „Sve, dakle, što želite da ljudi vama čine, činite i vi njima” (Mt. 7,12) i tada će se ona odnositi prema drugim medicinskim sestrama i ostalim suradnicima onako kako bi se željela da se oni odnose prema njoj. Suradnja između medicinskih sestara i odnos s drugim zdravstvenim djelatnicima te suradnicima drugih zanimanja mora se temeljiti na društveno-profesionalnim odnosima koji pretpostavljaju iskrenost, istinu, poštovanje i samopoštovanje. Staleška pripadnost obvezuje medicinsku sestru da ne odbije

stručnu pomoć drugoj medicinskoj sestri ako je zatraži. Odnosi prema drugim zdravstvenim djelatnicima moraju se temeljiti na poštovanju i korektnosti, pri čemu su medicinske sestre obvezne poštovati životna i stručna iskustva starijih i nadređenih, i svojih učitelja koji mlađima trebaju biti uzor i putokaz, kao što je to davnih dana rekao Hipokrat: „*Svoga ću učitelja ...štovati kao svoje roditelje*” (Prlić, 2014).

X. *Odnos prema Hrvatskoj Komori medicinskih sestara.* Kodeks daje naputke o poželjnom ponašanju medicinske sestre kad je riječ o Komori. Prema tom naputku, medicinska sestra HKMS-a mora smatrati svojom stručnom maticom, čuvajući i promičući joj ugled, kako u struci tako i u široj javnosti, poštivajući opće akte, sve druge odluke, upute i obveze (HKMS, 2005).

Vezano uz zaključna promišljanja o vrijednosti kodeksa medicinskih sestara, ona su različita. Neki misle da sestrinska profesija još uvijek nije u cijelosti utemeljena, da nema jasan identitet, da su teorije i modeli preuzeti iz drugih znanosti, da sestrinstvo nije prepoznato u javnosti kao profesija vrijedna poštovanja te da sestrinska etika nije koherentna normativnoj etici jer se više ili manje referira na moralnu instituciju (Edgar, 1994). Pojedini autori smatraju da želja za kodeksom nastaje iz potrebe za percepcijom sestrinstva kao istinske profesije, odnosno profesije autonomne u prosuđivanju i djelovanju. No svakodnevna praksa pokazuje da medicinske sestre samo participiraju u donošenju moralnih prosudbi, a da su liječnici voditelji tima i samim time najodgovorniji za donošenje odluka, što medicinske sestre teško prihvaćaju (Badman i Badman, 1990). Drugi smatraju da etički kodeks daje lažnu sigurnost medicinskim sestrama jer većina misli da ih rad u skladu s kodeksom može zaštititi od procesuiranja propusta, pogrešaka ili nemara. Zakon odbacuje kodeks kao autoritet, pa sestre koje su učinile propust ili su pogriješile u poslu, čak i kad su djelovale prema svojem kodeksu, moraju biti procesuirane. Međutim, kodeks medicinske sestre ipak štiti u legalnoj obrani i može se uporabiti u slučaju optužbi pri utvrđivanju propusta. Nažalost, akti koji daju smjernice nisu obvezujući zakonom, kao što je to Etički kodeks medicinskih sestara i najčešće se objavljuju kako bi se zadovoljili formalni uvjeti potrebni za osnivanje određenog tijela, primjerice Komore medicinskih sestara. (Kalauz, 2012).

Bez obzira na različitost tumačenja i shvaćanjima sestrinstva, svi oni koji se na ovaj ili onaj način bave sestrinstvom, morali bi se složiti da je osnovna dužnost medicinskih

sestara briga bolesnika na temelju cjelovitog, holističkog pristupa, uz uvažavanje osnovnih bioetičkih principa.

3.3. Strategije prevencije nasilnih incidenata i neželjenih ponašanja

Strategije prevencije neželjenih ponašanja u psihijatriji imaju za cilj anticipirati i prevenirati pojavu agresivnog ponašanja u psihijatrijskim službama, svesti primjenu mjera prisile na najmanju moguću mjeru, spriječiti psihičke i fizičke ozljeda pacijenata i osoblja te stvaranje sigurnog terapijsko okruženje u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja.

To se može postići kroz osiguranje kvalitete terapijskog pristupa, ranom prepoznavanju znakova agresivnosti, procijeni rizika i ranim preventivnim postupcima, osobito primjeni deeskalacijskih tehnika i medikamentoznog smirivanja, a tek kada preventivni postupci nisu uspješni primijeni mjera prisile (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

Prema čl. 19, Pravilnika o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama (NN, 16/2015) sve psihijatrijske službe moraju imati strategije prevencije agresivnog ponašanja uključujući i smjernice za primjenu mjera prisile:

„Ustanova je obvezna donijeti detaljne pisane upute o pravilima postupanja radnika ustanove u situacijama agresivnog ponašanja pacijenta prije, u tijeku i nakon primjena mjera prisile. Ustanova je obvezna donijeti strategiju prevencije nasilja na radnom mjestu i kontinuirano educirati zdravstvene radnike u svrhu ranog prepoznavanja eskalacije ponašanja pacijenta i stjecanja vještina brzog postupanja u slučaju incidenta (organiziranje edukacije za medicinske sestre/medicinske tehničare iz komunikacijskih vještina i primjene deeskalacijskih tehnika za postupanje u kriznim situacijama, obuka i trening osnovnih tehnika samoobrane i tehnike fizičkog sputavanja pacijenata, organizacija „interventnih” timova za postupanje u kriznim situacijama, dogovoren sustav poziva u pomoć od tehnologije do kompetencija.”

Medicinske su sestre najbrojnija skupina zdravstvenih djelatnika i po naravi posla najviše borave s bolesnicima (Sedić, 2006), stoga ne čudi podatak kako je više od

polovine zaposlenika u zdravstvenom sektoru izloženo agresivnosti, od kojih su najviše izložene upravo medicinske sestre (Lanza, 1992; Jones i Lyneham, 2000; Fernandes i sur., 2002; Benvenista i sur., 2005). Rizik za agresivnost raste na psihijatrijskim odjelima (Jones i sur., 1998; Carmel i Hunter, 1993), što utječe na ishod, kako u liječenju psihijatrijskih pacijenata, tako i na zdravlje zdravstvenih radnika (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016). Zato se u sustavu zdravstvene zaštite preporučuje promocija kulture sigurnosti, aktivnosti na područjima najvećeg rizika za sigurnost bolesnika, razvijanje standarda i smjernica za način detektiranja rizika, te suradnja s bolesnicima s ciljem reduciranja rizika za buduće slučajeve (Štrkalj-Ivezić, 2010). O njima će se govoriti u nastavku rada.

3.3.1. Strategija prevencije nasilja na radnom mjestu – stvaranje pozitivnog terapijskog okruženja

U svijetu rada često se spominje apsentizam radnika uvjetovan nasilnim događajima na poslu. U tome posebno prednjači zdravstveni sustav. Prema službenim statistikama u 2013. godini u Sjedinjenim Američkim Državama od svih ozbiljnih nasilnih incidenata u zdravstvenom sektoru koji su doveli do spriječenosti za rad, čak 80 % se dogodilo u interakciji s pacijentima. Ostali incidenti su uključivali posjetitelje, suradnike i druge. Nešto manje od polovice incidenata uzrokovano je nenamjerno (pri premještanju ili sputavanju) ili bez poznate namjere, a najveća stopa ozljeda uzrokovanih nasiljem s posljedičnim odsustvom s posla događa se u psihijatrijskom okruženju. Iako u istraživanjima nedostaju relevantne procjene psihičkog stanja bolesnika u danom momentu, ocjena okolinskih precipitirajućih čimbenika, sposobnosti i kompetencija zdravstvenih i drugih profesionalaca u zdravstvu, moguće je promišljati da su specifične situacije dovele do takvih promjena psihičkog stanja u kojima bolesnik nije mogao upravljati svojom agresijom (Šendula Jengić, 2017).

Suvremeni pristup u zbrinjavanju psihijatrijskih bolesnika teži ka uspostavi terapijskog okruženja koje u velikoj mjeri utječe na doživljavanje, ponašanje i uspješnost liječenja psihijatrijskih pacijenata (Sedić, 2006).

Terapijsko okruženje u kojem se liječe psihijatrijski pacijenti uključuje fizičku okolinu – arhitekturu i dizajn prostora u kojem se odvija psihijatrijsko liječenje od prijema do otpusta, broj osoblja, organizaciju rada, međusobne odnose osoblja i terapijski

program koji svi zajedno sačinjavaju terapijsku kulturu koja može smanjiti rizik agresivnog ponašanja (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

Uređenje fizičke okoline koja uključuje dizajn, dekoraciju i ambijent na odjelu, djeluje u smislu izgradnje pozitivne terapijske sredine za pacijente i osoblje. Odjel bi trebao biti terapijsko mjesto koje potiče oporavak putem organiziranog terapijskog programa i aktivnosti tijekom cijelog tjedna. Za terapijsku je atmosferu odjela, važna izgradnja konstruktivnih terapijskih odnosa između osoblja i pacijenata. Uređenje fizičke okoline u kojoj se liječe oboljeli od psihičkih poremećaja treba osigurati sigurnost liječenja i pridonijeti stvaranju pozitivne terapijske atmosfere, što je razlogom donošenja smjernica za fizičko uređenje psihijatrijskih odjela koje uključuju ova oba elementa (Royall Collage of Psychiatrists, 2011).

Smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile u području psihijatrije (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016) donose preporuke za postupke s agresivnim pacijentom, ponašanje osoblja i uređenje terapijske sredine u cilju prevencije agresivnog ponašanja. U preporuke su ovog dokumenta implementirane i mnoge druge različite smjernice europskih psihijatrijskih društava te se njihova primjena preporuča kao strategija u svim psihijatrijskim ustanovama. Preporuke se odnose na uređenje psihijatrijskih odjela, sustav signaliziranja i alarmni sustav, osoblje, dokumentaciju i administrativne procedure te terapijski program i okolinu.

I. *Fizička okolina*. Prema preporukama, sobe i dnevni boravci unutar psihijatrijskog odjela moraju biti dovoljno prostrane, a hodnici dovoljno široki. Dizajn zidova i namještaja mora pružati ugodnu atmosferu, vodeći računa o namjeni odjela s aspekta sigurnosti poput primjerice dekoracije na akutnim odjelima koja mora biti sigurna i fiksirana na zid. Prozori trebaju imati stakla koja se ne mogu razbiti i trebaju biti s ograničenim brojem otvaranjem pri čemu bi kvake trebalo u potpunosti izbjegavati. Spavaonice i toaletni prostori moraju biti odvojeni za muškarce i žene. Zatvoreni odjeli moraju imati dostupnost izlaza na svjež zrak. Na odjelima gdje se primaju agresivno rizični pacijenti kao što su to akutni odjeli, namještaj mora biti minimalan i postavljan na način da se prevenira ozljede osoblja i drugih pacijenata, a sobe moraju imati mogućnost da se predmeti zaključavaju. Odjeli moraju imati sobe u kojima se provodi terapijski program koji uključuje različite aktivnosti jer su neaktivnost i dosada povezani s rizikom agresivnog ponašanja. Potrebno je osigurati

dostupnost mirnih prostora i soba u kojima se mogu smjestiti agitirani bolesnici da bi se odvojili od ne agitiranih poput sobe za „time-out” sobe za uznemirene pacijente. Kamere se mogu koristiti za sobe i područja u kojima se mogu dogoditi krizne situacije uz uvjet da „time-out” sobe i izolacijske sobe trebaju uz osiguranje nadzora poštivati privatnost pacijenata. Namještaj u „time out“ sobama mora biti minimalan i/ili fiksiran za pod. Izolacijska soba, soba za izdvajanje mora biti dobro ventilirana, da se može dobro nadgledati, da ima pristup toaletu i da je uređena na način da je otporna na napade i štetu. Mora biti dostupna mogućnost korištenja dnevnog boravka tokom noći za bolesnike koji ne mogu spavati. Vezano uz prijemnu ambulanta ili sobu za intervjuiranje osoba s povećanim agresivnim rizikom, treba imati dva izlaza koja predstavljaju sigurnost za osoblje i za pacijenta te dovoljno velika s minimalnim namještajem da se može primijeniti sputavanje. Potrebno je osigurati privatnost za intervju s pacijentom uz izbjegavanje izolacije osoblja kao i dostupnost tihog alarma kao način komunikacije osoblja u opasnosti. Područje prijemne recepcije treba biti zaštićeno sigurnosnim staklom, a sobe u kojima se odvija razgovor kod prijema ili s rizičnim pacijentom moraju biti organizirane na način da se osoblje nalazi u blizini vrata s lako dostupanim alarmnim sustavom.

II. *Sistem signaliziranja i alarmni sustav.* Smjernice nalažu kako sistem signaliziranja u slučaju krizne situacije mora biti poznat svim članovima osoblja i obavezan je u svim psihijatrijskim službama. Alarmni sustav koji se oslanja samo na uporabu telefona, zviždaljke ili povike osoblja je neefikasan i opasan, stoga mora postojati alarmni sistem za informiranje osoblja koje može pružiti pomoć u svim kriznim situacijama. To može biti tihi alarm i/ili personalni alarm. Od posebne je važnosti osobni alarmni sustav za osoblje koje radi na odjelima s većim rizikom agresivnog ponašanja. Sistem alarma može biti tihi u sobi u kojoj se razgovara s pacijentom, a glasan na mjestima gdje se oglašava, locirajući sobu/odjel koji treba asistenciju. Sve vrste alarmnih sustava treba redovito testirati na ispravnost.

III. *Osoblje.* Osoblje na odjelu gdje se može očekivati agresivno ponašanje mora biti u dovoljnom broju u odnosu na broj pacijenata. Mora postojati hitni tim neovisno o broju osoblja na pojedinim odjelima koji u kriznim situacijama pruža podršku osoblju. Kada je identificiran agresivni rizik za pacijenta koji se prima u bolnicu, mora postojati uvijek tim koji će odvesti pacijenta na odjel gdje će biti liječen. Informacije o agresivnom pacijentu prenose se drugim članovima osoblja po predaji smjene. U

slučaju agresivnosti pacijenta, na odjelima koji nemaju dovoljni broj osoblja potrebno je pacijenta premjestiti na odjel s dovoljnim brojem osoblja osposobljenih za rad s agresivnim bolesnikom. Nijedan član osoblja ne bi smio raditi sam na odjelu osim kad je u kriznim situacijama moguće odmah pozvati pomoć. Kada god je to moguće potrebno je osigurati i dostupnost radnika službe sigurnosti (zaštitara) koji ima edukaciju iz humanog pristupa i postupanja s agresivnim bolesnikom. Odjeća koju nosi osoblje mora biti prikladna, ne smije biti provokativna i mora biti sigurna (primjerice niske pete). Nikada u izolacijsku sobu ne smije ulaziti samo jedan član osoblja. Smjernice naglašavaju kako je dovoljan broj osoblja potreban da bi se osigurala isključivo optimalna terapijska, a ne „čuvarska” aktivnost.

IV. *Dokumentacija i administrativne procedure.* Strategija prevencije mora postojati kao pisani obvezujući dokument, a provođenje strategije mora biti kontinuirano provjeravano uključujući provođenja svih elemenata strategije prevencije agresivnog ponašanja. Na nivou ustanove mora postojati tijelo zaduženo za kontrolu provođenja strategije i redovito godišnje izvješće o provedenom internom nadzoru. Strategija prevencije mora biti poznata svim zaposlenicima i prihvaćena kao dokument na sjednici upravnog vijeća i/ili drugih tijela prema statutu ustanove. Podaci o agresivnim incidentima i primjenama mjera prisile prikupljaju se na dnevnoj osnovi koje je potrebno redovito analizirati u smislu istraživanja razloga i poboljšanja postupaka prevencije. Svi dokumenti i obrasci povezani s provođenjem strategije moraju biti u tiskanom obliku s istaknutim naslovom i informacijama koje se moraju bilježiti. Dokumentacija mora biti pregledna kako bi se jasno moglo identificirati što je poduzeto u prevenciji agresivnog ponašanja, što je razlog primjene mjera prisile, tko je odredio primjenu, koliko dugo je trajala, koliko često su bili obilasci i produženja mjere, što je tijekom primjene mjera prisile terapijski poduzeto i druge informacije koje su opisane u podnaslovu 2.3. Specifičnost vođenja medicinske dokumentacije pri primjeni mjera prisile. Potrebno je redovito provoditi i dokumentirati edukaciju osoblja u području prevencije agresivnosti i primjena mjera prisile s preporukama o edukaciji o prevenciji agresivnog ponašanja najmanje 1x godišnje. Nadalje se preporuča kontinuirano pratiti provođenje strategije prevencije i najmanje jedanput godišnje evaluirati efekte provođenja strategije putem parametara koji se prate kao što su: broj agresivnih incidenata, broj primjena mjera prisile, trajanja mjera prisile, razloga mjera prisile, broj ozljeda osoblja i pacijenata povezan s agresivnim

bolesnikom kao i oštećenja fizičke okoline, efikasnosti mjera prevencije, broj provedenih edukacija i drugih parametara koji su važni za procjenu. U svakoj ustanovi mora postojati protokol o postupanju s agresivnim pacijentom i jasnom politika/protokol postupanja u kojim kriznim situacijama je potrebna pomoć policije. Broj telefona policije mora biti jasno istaknut, a upućivanje agresivnog pacijenta na liječenje treba imati transparentnu proceduru. Pacijentima moraju biti na raspolaganju pisane informacije o pravima osobama sa slušnim, vidnim i intelektualnim oštećenjima, kao i strancima koji ne govore hrvatski kojima treba posvetiti posebnu pozornost u komunikaciji. Kada god je to potrebno treba im osigurati osobu koja će pomoći u komunikaciji.

V. Terapijski program i terapijska okolina. Smjernice preporučuje terapijski program koji mora omogućiti pacijentima da budu uključeni u različite terapijske aktivnosti prema planu liječenja koje uključuju različite terapijske aktivnosti poput grupne psihoterapijske i socioterapijske aktivnosti, fizičku aktivnost te rekreaciju. Terapijski program mora dozvoliti uključenje u aktivnosti prema vlastitom izboru bolesnika. Za prevenciju agresivnog ponašanja nakon identificiranja rizika važan je individualni plan liječenja koji će pomoći pacijentu da bolje kontrolira agresivno ponašanje. Terapijsku okolinu sačinjava fizička okolina, osoblje i pacijenti, njihove međusobne interakcije i struktura terapijskih postupaka koji se provode u svrhu liječenja. Za terapijsku je sredinu, nužno pružiti osjećaj sigurnosti bolesniku od strane osoblja, ali se i zaposlenici moraju osjećati sigurno. Nažalost, mnogi bolesnici izjavljuju kako se ne osjećaju sigurno u bolničkoj sredini, a postoje i faktori koji pridonose povećanju rizika za agresivnost koji su povezani s prevelikim brojem bolesnika i premalo vremena za bolesnike, lošom komunikacijom između osoblja, osoblja i bolesnika, osoblja i obitelji, te ponašanjem prema strahu (Brickell i sur., 2009). Da bi se stvorila sigurna okolina na odjelu potrebno je dobro educirano osoblje koje efikasno komunicira i koje se odnosi s poštovanjem prema pacijentima i međusobno.

Medicinske sestre imaju važnu ulogu u osmišljavanju i iskorištavanju terapijskih potencijala cjelokupnog okruženja. Kada je riječ o fizičkom okruženju, važno je osigurati financijska sredstva za opremanje i održavanje prostora, međutim treba naglasiti kako je još važnije znati iskoristiti ono što se ima. Primjerice, uvijek se nađe nekoliko stolica na odjelu, ali je bitno rasporediti ih tako da podržavaju interakciju. Kalendari kao važno pomagalo za održavanje orijentacije u vremenu i prostoru često

se mogu nabaviti besplatno. S istim ciljem i malo sredstava mogu se imati i oglasne ploče s raznim obavijestima, radovima pacijenata i planom aktivnosti. Raznim dobrotvornim akcijama mogu se nabaviti časopisi, knjige, društvene igre, itd. Činjenica da okruženje ima terapijski učinak dobar je argument kada se traže sredstva za uređenje prostora. Svatko tko razumije da za psihijatrijske bolesnike treba platiti lijekove, morao bi moći razumijeti nužnost ulaganja i u uređenje psihijatrijskih odjela. Medicinske sestre upravo zbog naravi i djelokruga svoga rada, imaju osobito veliku odgovornost za stvaranje pozitivne klime na odjelu na koju utječu mnogi čimbenici poput odredbi i pravila, komunikacijske vještine, stavovi osoblja, osmišljavanje aktivnosti pri kojima su pacijenti često pasivni poput gledanja televizije, organizacija aktivnosti koje potiču interreakciju i sl. Unapređenje terapijskih potencijala okruženja za bolesnike tijekom njihove hospitalizacije predstavlja izazov za medicinske sestre i zahtjeva stručno znanje jer sve u okruženju mora biti osmišljeno s razlogom (Sedić, 2006).

3.3.2. Kontinuirana edukacija zdravstvenih djelatnika u svrhu ranog prepoznavanja i prevencije eskalacije neželjenog ponašanja

Postoji obaveza psihijatrijskih institucija da educiraju osoblje iz psihosocijalnih postupka u cilju prevencije i redukcije primjene mjera prisile, kao i primjena mjere prisile najmanje 1 puta u godini. Cilj edukacije u postupku s agresivnim pacijentima je osposobljavanje osoblja da se bolje nosi s agresivnim pacijentima u službama za mentalno zdravlje (Štrkalj-Ivezić, 2010).

Edukacija treba omogućiti osoblju da postigne znanja i vještine koje će dovesti do uspješne komunikacije i postupanja s agresivnim pacijentom, koja je neophodan dio u prevenciji agresivnog ponašanja, te mora biti kontinuirana i provođena u redovitim vremenskim razmacima. Ona pokazuje učinak na promjenu stavova osoblja, poboljšanje atmosfere na odjelu i smanjenje učestalosti agresivnih incidenata (Collins, 1994; Mortimer 1995; Leather i Zarola, 2006; Hills, 2008).

U edukaciju treba uključiti različita područja, dakle treba biti multidimenzionalni pristup kao što je pristup u razumijevanju agresivnosti, prepoznavanje ranih znakova agresivnosti i postupanja s njima, procjena rizika, tehnike komunikacije s agresivnim pacijentom/deeskalizacijske tehnike, tehnike primjene mjera prisile, pokazivanje

empatije, reakcije na agresivno ponašanje/ kontratransfer i kontrola emocionalnog reagiranja, osjećaji i stavovi prema agresivnom bolesniku i postupak s njima, poznavanje legislative i rizika fizičke okoline, dokumentiranje postupaka i evaluaciju, osiguranje vlastite sigurnosti i sigurnosti okoline, dokumentiranje incidenta (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

I. *Aдекватno reagiranje* uključuje postupak *neutralizacije agresivnog ponašanja*, a to je *deeskalacijski postupak* koji se definira kao skup psihosocijalnih intervencija usmjerenih na usmjeravanje pacijenata prema mirnijem interpersonalnom prostoru (NICE, 2014). Pripada smirujućim terapijskim tehnikama koja je ujedno i prva linija pristupu agresivnom pacijentu. Kada ne uspijeva, potrebna je primijena najmanje restriktivne mjere prisile kroz što kraći vremenski period primjene. Deeskalacijski postupak označava komunikaciju s osobom u krizi obilježenu efikasnim korištenjem verbalnih i neverbalnih komunikacijskih vještina, koje se uče i teorijski i praktično. Pomaže smanjiti uznemirenost agresivne osobe ili osobe s rizikom agresivnog ponašanja te prevenira mogućnost za agresivno ponašanje ili daljnje napredovanje agresivnog ponašanja (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

Cilj psihološkog pristupa je pomoći pacijentu povećati kapacitete za kontrolu nad svojim agresivnim ponašanjem. Prednost u primjeni deeskalacije treba dati osoblju kojeg pacijent poznaje i s kojim ima dobro razvijeni terapijski odnos od ranije. Izglednije je da će pacijent povećati kapacitete za bolju kontrolu agresivnosti ako doživljava da je tretiran kao osoba s kojom se može razgovarati, čak i u situaciji u kojoj pokazuje agresivnost (Meehan, McIntosh i Bergen, 2006).

Deeskalacijski postupak započinje se predstavljanjem pacijentu. Kratkim i jasnim rečenicama objašnjava se situacija i namjera, čime se cjelokupan proces nastoji učiniti fleksibilnim. Empatičnim se pristupom stvara odnos s pacijentom. Bazična pretpostavka deeskalacijske komunikacije je: „niti prijetim nasiljem, niti ga koristim”. Osnovni cilj verbalne i neverbalne komunikacije je smanjenje pacijentovog osjećaja straha i ugroženosti. Takav pristup uključuje izbjegavanje bilo kakvih verbalnih ili neverbalnih poruka članova zdravstvenog tima, koje bi mogle biti krivo shvaćene od strane pacijenta i koje bi mogle pojačati njegove negativne osjećaje kao i samu uzbuđenost. Određeni čimbenici okoline također imaju utjecaj kod primjenjivanja deeskalacijskih metoda agresivnog pacijenta. Primjerice, druge osobe mogu

predstavljati okidač za pacijentovo nasilničko ponašanje te ih je potrebno odmaknuti. Okolina treba biti smirujuća, pacijentu je potrebno više osobnog prostora te treba izbjegavati prilaziti mu s leđa ili mu okretati leđa. Poželjno je ne približavati se pacijentu, već zadržati razmak, a eventualni fizikalni pregled i tjelesni kontakt najaviti. Zbog osobne sigurnosti i zaštite, komunikacija treba biti u razini pacijenta, dakle, ako stoji pacijent i osobe koje sudjeluju u deeskalaciji moraju stajati. Osoba kojoj je povjerena uloga neutralizacije pacijentove agresije trebala bi u svom cjelokupnom držanju, izgledu, gestama, govoru i kretnjama paziti da ne iskaže elemente prijetnje, nadmoći i poricanja pacijentovih stajališta i ultimativnih naredbi. Nužno je izbjegavati bilo kakvu konfrontaciju te osvijestiti kontratransferne emocije. Deeskalacijske metode uključuju spremnost zdravstvenog djelatnika da se krizna situacija riješi nenasilnim metodama: da sasluša pacijenta, da mu se dopusti iskazivanje emocija i misli, da se uvažavaju njegovi argumenti te da se smanji pacijentov osjećaj ugroženosti. Bitno je ne davati lažnu nadu i obećanja, nego pronaći rješenja koja su realna i najpovoljnija za pacijenta. Ako je moguće može se i razgovarati o motivima i razlozima nasilnog ponašanja te sklopiti savez s pacijentom. Davajući mu do znanja jasne granice tolerancije nasilnog ponašanja pacijentu treba pojasniti njegovu odgovornost za takvo ponašanje. Voditelj tima koji je određen za razjašnjavanje kriznih situacija, treba osigurati i eventualne dodatne ljudske resurse, koji mogu biti brzo mobilizirani u slučaju eskalacije nasilja. On je i osoba koja donosi odluke temeljene na brzim procjenama. Glavni pregovarač s agresivnim pacijentom ne mora nužno biti voditelj tima, već osoba od većeg povjerenja za pacijenta. Svaki član tima ima zadatke dobivene od voditelja te u najboljem slučaju krizna situacija završava potpunom deeskalacijom. Tada pacijent ponovno dobrovoljno akceptira daljnji tretman ili se dogovor korigira prema elementima temeljenim na iskustvu proizašlom iz netom razriješene ugrožavajuće situacije. Ako se krizna situacija intenzivira daljnjom eskalacijom, primjenjuje se jedna od prisilnih mjera prisile (Goreta, 2019).

Kod dijagnosticiranja najvećeg stupnja opasnosti, primjerice kada pacijent ima vatreno oružje, potrebna je policijska intervencija te se provode najnužnije mjere koje direktno štite živote i fizičku sigurnost svih uključenih u razrješenje krizne situacije. Nakon neutralizacije agresivnom se pacijentu radi prevencije eskalacije propisuje farmakološka terapija te se provodi fizičko sputavanje ili ga se privremeno smješta u sobu za izolaciju (Goreta, 2009).

Psihijatrijske medicinske sestre i tehničari često u kriznim situacijama svjesno ne osjećaju strah, budući da je on obrambeno prekriven i uvjetovan ulogom „spasitelja“ te se takvim poricanjem realne situacije dovode izravno u opasnost subjektivne procjene i donošenje neodgovarajućih odluka. Korištenje deeskalacijskih tehnika kod medicinskih sestara i tehničara primjer je složenih intervencija, koje nisu moguće bez adekvatne educiranosti osoblja i timskog rada. Njihovom primjenom se sprječava porast nasilničkih incidenata u zdravstvenim ustanovama što ujedno smanjuje rizik takvih incidenata spram pacijenata, osoblja i ustanove (Goreta, 2009).

U izravnoj komunikaciji s uznemirenim i potencijalno opasnim pacijentom svakako je preporučljivo koristiti i sljedeće „tehnike“ za smirivanje situacije (Rupp i Rauwald, 2007):

1. radije govoriti pretiho nego preglasno
2. posebno izbjegavati vikanje i psovanje
3. koristiti jednostavne i kratke rečenice
4. izbjegavati generalizacije i obezvrjeđivanja
5. prijete uvijek uzimati za ozbiljno
6. sugovornika uvijek „držati za riječ“
7. izbjegavati verbalno „guranje“ sugovornika u kut
8. ne izražavati lažno slaganje, ali se ne ni suprotstavljati
9. ostati u kontaktu
10. kod „nasukavanja“ privremeno se odmaknuti od „teme“
11. priuštiti si kratku stanku za predah
12. poduzimati uvijek jedan korak za drugim

Navedeni naputci su temeljne smjernice deeskalacijske komunikacije te njihova primjena osigurava veći stupanj uspjeha. Važno je pacijentove poruke prihvaćati na razini njihovoga jednoznačnog, što jednostavnijeg poimanja te im se ne treba dodavati neka druga dodatna značenja (Goreta, 2009).

Demonstracija snage predstavlja posljednji stupanj deeskalacijske tehnike, koji ako ne uspije otvara vrata prisilnim metodama neutralizacije agresije. Kod demonstracije snage psihološki se djeluje na pacijenta. Sama pojava više članova tima pacijentu sugerira fizičku nadmoć koja može djelovati smirujuće i time smanjiti pacijentov poriv

za nasiljem. Nakon toga se kroz empatičan odnos pacijenta zamoli za suradnju i pojasni mu se daljnja procedura (Goreta, 2009).

Psihijatrijska ustanova mora imati nedvosmislenu politiku da je deeskalacija prvi izbor u pristupu agresivnom pacijentu. Kada ne uspjeva potrebno je primjeniti najmanje restriktivne mjere prisile kroz što kraći vremenski period (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

II. *Razumijevanje agresivnog ponašanja* uključuje *manifestaciju agresivnog ponašanja* koje se procjenjuje kroz nekoliko koncepata koji mogu biti u kombinaciji:

- bolest povezana s psihičkim poremećajima poput težine simptoma i ranije anamneze o agresivnosti
- osobine ličnosti
- interpersonalnih faktora kao što je komunikacija s osobljem i drugim ljudima
- faktora okoline i obilježja fizičke bolničke sredine
- utjecaja faktora sredine npr. prisilni smještaj, ograničenje slobode kretanja, financijske teškoće, odnosi u obitelji i dr.

Način na koji pacijent ulazi u sistem liječenja kao što je nedobrovoljni prijem, organizacija liječenja, odjelna pravila, sve to može biti povezano s agresivnim incidentom (Irwin, 2006).

Nemogućnost pacijenta da kontrolira svoje agresivno ponašanje je kompleksni fenomen i zahtijeva poznavanje i prepoznavanje različitih faktora koji tome pridonose. Identificiranje uzroka agresivnog ponašanja u konkretnoj kliničkoj situaciji važno je za prevenciju i izbor adekvatnog postupka prevencije i kontrole agresivnog ponašanja (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

Karakterna obilježja pojedinaca koja se mogu povezati s eskalacijom nepoželjnog, agresivnog ponašanja bolesnika (Bowers, 2014) mogu se svrstati u tri grupe:

1. Simptomi:

- paranoja koja rezultira defanzivnom agresijom ili bježanjem
- specifične deluzije uz pojavu iracionalnog ponašanja
- auditorne halucinacije poput glasova koje instruiraju bolesnika da se ponaša na određeni način

- depresija koja vodi ka pokušajima suicida ili iritabilnosti
 - uporaba alkohola ili opojnih droga
2. Obilježja ličnosti:
- antisocijalni poremećaj ličnosti koji vodi ka agresiji
 - granični poremećaj ličnosti povezan sa samoozljeđivanjem
3. Demografske osobine:
- mlađi muškarci koji su skloniji konfliktnom ponašanju

III. *Obilježja i procjena rizika agresivnog ponašanja.* Plan smanjivanja agresivnog rizika uključuje prepoznavanje ranih znakova upozorenja koji mogu izazvati agresivno ponašanje i znakove agresije (tablica 2), komunikaciju u krizi te prevenciju agresivnog ponašanja. Bolesnik koji je identificiran da ima faktore rizika za agresivno ponašanje treba imati mogućnost i prije nego nastupi agresivno ponašanje da kaže svoje preferencije u slučaju ako se primijeni kontrola agresivnosti. To treba napisati u plan liječenja, također bi trebalo zabilježiti okidače i rane znake upozorenja te druge postupke kako smanjiti rizik (NICE, 2015).

Tablica 2. Znakovi upozorenja mogućeg agresivnog ponašanja i znakovi agresije

<p style="text-align: center;">Znakovi upozorenja (mogućeg agresivnog ponašanja)</p>	<p style="text-align: center;">Znaci agresije (gubitak kontrole od strane pacijenta)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ljutit i napeti izraz lica • pojačan nemir ili produženi period nemira, tjelesne napetosti i uznemireno kretanje • opći nemir - pojačano disanje i ubrzan puls, mišićna napetost i širenje zjenica • povećanje volumena govora i uznemireni pokreti • produženi kontakt pogledom • nezadovoljstvo, odbijanje komunikacije, povlačenje, strah i iritacija • nejasan način razmišljanja i slaba koncentracija • deluzije ili halucinacije s nasilnim sadržajem • verbalne prijetnje i gestikulacije 	<ul style="list-style-type: none"> • fizički napad na druge • velika oštećenje imovine • ozljede drugih ljudi • ozljeda sebe • govor tijela • stisnute šake • stisnuta čeljust • kruti stav tijela • intenzivan napor u kontroli emocija • agitacija • povećanje motorička aktivnost • elektrostimulacija • izražavanje prijetnje • posjedovanje potencijalnog oružja • provokativno ponašanje • raspravljanje • nezadovoljstvo

<ul style="list-style-type: none"> • ponavljanje ponašanja ili ponašanje slično onome koje je prethodilo ranijoj epizodi agresije • iznošenje ljutnje ili nasilnih osjećaja • blokiranje puta izlaza 	<ul style="list-style-type: none"> • pretjerano reagiranje • preosjetljivost • slaba kontrola impulsa
---	--

Izvor: (prema: Hrvatsko psihijatrijsko društvo (2016). *Strategija prevencije agresivnog ponašanja: smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile u području psihijatrije*. Zagreb. Preuzeto s <http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2017/03/Strategija-prevencije-agresivnosti.pdf>

Mjere da se reducira agresivno ponašanje moraju biti bazirane na *procjeni rizika i postupka s rizikom* koji uključuje cjelovitu strategiju postupanja s rizikom ugrađenu u plan liječenja. Procjena rizika agresivnog ponašanja je kompleksan zadatak za što su potrebne kliničke vještine procjene i pouzdani instrumenti procjene. Odnosi se prvenstveno na odgovornost osoblja koje mora imati edukaciju za procjenu rizika, stoga psihijatrijske institucije moraju imati jasno deklarirane postupke za procjenu rizika. Procjena rizika mora biti dio standarda liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja. Kod prijema na psihijatrijske odjele treba napraviti procjenu rizika za sve pacijente, bez obzira na dijagnozu, te po potrebi izraditi plan smanjenja rizika u suradnji s pacijentom i članom obitelji kada god je to prikladno. Procjena agresivnog rizika mora biti sastavni dio svih psihijatrijskih procjena kako bi se adekvatno procijenilo stanje, odredio rizik, planirali postupci za otklanjanje agresivnosti kada postoji rizik i primijenilo liječenje u adekvatnoj sredini primjerice na akutnom zatvorenom odjelu. Procjena rizika i plan smanjenja rizika moraju biti regularno evaluirani dok god traje rizik.

Individualni plan za smanjivanje rizika treba uključiti poznate okidače agresivnog ponašanja bazirane na poznavanju ranije povijesti bolesti i razgovora s pacijentom i članom obitelji. Procjena rizika bazira se na strukturiranom intervjuu s bolesnikom i kada je prikladno s osobom koja živi s njim. Kod bolesnika koji imaju teškoća s agresivnošću treba se potruditi da se dobiju podatci koji su njegovi okidači za pojavu ljutnje i rani znaci agresivnog ponašanja. U nalaz procjene rizika trebaju biti upućene sve relevantne osobe koji sudjeluje u procesu liječenja. Za procjenu rizika važna je procjena osobnih, kliničkih i situacijskih podataka kako je i prikazano u tablici 3. (Štrkalj-Ivezić, 2010; Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016; Ostojić i Čulo, 2018).

Tablica 3. Faktori procjene agresivnog rizika

Faktori procjene agresivnog rizika	
I.	<p>Osobna povijest</p> <ul style="list-style-type: none"> • povijest nasilnog ponašanja • povijest zlouporabe alkohola i droga • podaci dobiveni od obitelji o osjećajima ljutnje ili nasilju • ranije izjave o namjerama da se nekoga ozlijedi • podaci o boravištu i socijalnim nemiru • ranija uporaba oružja • negiranje ranijeg nasilja koje je počinjeno • poznati osobni trigger-faktori • nedavni stresni događaji, posebno značajni gubici ili prijetnja gubitkom
II.	<p>Klinički podaci</p> <ul style="list-style-type: none"> • zluporaba psihoaktivnih tvari ili alkohola • utjecaj lijekova, dezinhibicija, akatizija • aktivni simptomi shizofrenije, manije, osobito deluzije ili halucinacije koji su fokusirani na određenu osobu • komandne halucinacije • preokupacija s nasilnim fantazijama • deluzije kontrole posebno s nasilnim temama • uzbuđenje, agitacija, otvoreno neprijateljstvo ili sumnjičavost • loša suradnja s predloženim liječenjem • antisocijalni, eksplozivni poremećaj ličnosti ili impulzivne crte ličnosti
III.	<p>Situacijski faktori</p> <ul style="list-style-type: none"> • stupanj socijalne podrške • laka dostupnost oružja • odnos s potencijalnom žrtvom poput teškoća u odnosu • dostupnost potencijalne žrtve • ograničenje sredine u kojoj se liječi - moguće aktivnosti i izbor aktivnosti • odnos osoblja

Izvor: (prema: Štrkalj-Ivezić, S., Mužinić, L., i Gruber, E. (2010). Sigurnost liječenja bolesnika u sustavu mentalnog zdravlja. *Medix*, 16(86), 42-49.

Iako se agresivnost ne može predvidjeti sa 100 %-om sigurnošću, u novije se vrijeme posebna pozornost pridodaje skalama za procjenu agresivnog rizika kao što su „Brøset Violence Checklist” i „Overt Aggression Scale” koja se koristi u modificiranoj verziji kao MOAS (prilagođena skala za mjerenje iskazane agresivnosti). Skale za procjenu agresivnog rizika pomažu boljoj procjeni rizika, povećavaju osjećaj kompetencije i sigurnosti osoblja, te smanjuju potrebu za primjenom mjera prisila.

Više od 50% osoba s agresivnim ponašanjem poput verbalne agresivnosti, pretjerane aktivnosti i invazije personalnog prostora neće ići prema ozljedi osoblja. Stoga je važno razviti svijest o okidačima koji imaju veliku vjerojatnost da će dovesti do agresivnog ponašanja i ranog postupanja s agresivnim ponašanjem kako bi prevenirali daljnje pogoršanje i primjenu mjera prisile (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

IV. *Faktori procjene i prevencija rizika suicidalnog ponašanja.* Mjere se prisile koriste i u prevenciji suicidalnog rizika, stoga je važno poznavati karakteristike pacijenata sa suicidalnim rizikom (tablica 4), odnosno faktore procjene, prepoznavanje znakova koji ukazuju na mogućnost da bi osoba mogla izvršiti samoubojstvo i postupke smanjenja rizika kako bi se primjena mjera prisila svela na najmanju moguću mjeru.

Upozoravajući znakovi koji mogu upućivati na mogućnost suicida (Vuksan-Ćusa, 2012) su sljedeći:

- stalno pričanje ili razmišljanje o suicidu
- klinička depresija – duboka tuga, gubitak interesa, poremećaj sna i apetita
- želja za smrću – „iskušavanje sudbine”, rizično ponašanje (brza vožnja, prolazak na crveno na semaforu i sl.)
- gubitak interesa za stvari koje su nekad bile važne
- komentari o vlastitoj bespomoćnosti, bezvrijednosti i beznađu
- „sređivanje stvari”, pravljenje oporuke
- nagle promjene raspoloženja - duboka ruga, iznenadni mir, bezrazložna sreća
- opraštanje s bližnjima

Tablica 4. Faktori procjene suicidalnog rizika

Faktori procjene suicidalnog rizika	
I.	Predispozicija za suicidalno ponašanje
	<ul style="list-style-type: none"> • postojanje psihijatrijskog poremećaja s rizikom višim u slučaju komorbiditeta ili kronificiranja poremećaja • prethodna anamneza suicidalnog ponašanja s višim rizikom ako postoje suicidalni pokušaji visokog letaliteta • nedavni otpust s bolničkog liječenja • istospolna seksualna orijentacija • muški spol • pozitivna anamneza za ovisnosti
II.	Određivanje precipitirajućih čimbenika ili stresora
	<ul style="list-style-type: none"> • znatni gubici – financijski gubici, prekid ili promjena u interpersonalnim odnosima, kriza identiteta • akutni ili kronični zdravstveni problemi • nestabilnost u vezi s bliskim osobama
III.	Klinički simptomi
	<ul style="list-style-type: none"> • depresivni simptomi - anhedonija, pad samopouzdanja, tuga, poremećaj sna • bipolarni simptomi s višim rizikom BAP-a u ranijoj fazi bolesti • anksiozni simptomi s višim rizikom ako je naglašena anksioznost obilježje ličnosti • psihotični simptomi s višim rizikom kod shizofrenije nakon aktivne faze bolesti • granični simptomi - osobito simptomi graničnog i antisocijalnog poremećaja ličnosti
IV.	Prisutnost beznađa
	<ul style="list-style-type: none"> • procjena ozbiljnosti i trajanje beznađa
V.	Narav suicidalnih misli

	<ul style="list-style-type: none"> • učestalost, intenzitet i trajanje suicidalnih misli • postojanje suicidalnog plana s višim rizikom ako je plan specifičan • dostupnost sredstava za pokušaj suicida i njihovu letalnost • uvid u aktivno suicidalno ponašanje i eksplicitne suicidalne namjere
VI.	Prethodno suicidalno ponašanje
	<ul style="list-style-type: none"> • učestalost i kontekst prethodnog suicidalnog ponašanja • stupanj letalnosti • ishod prethodnih pokušaja • mogućnost pomoći i samopomoći
VII.	Impulzivnost i samokontrola
	<ul style="list-style-type: none"> • subjektivni osjećaj samokontrole • objektivna kontrola nad ponašanjem - ovisnosti, impulzivno ponašanje, agresivnost
VIII.	Protektivni čimbenici
	<ul style="list-style-type: none"> • socijalna podrška • vještina razrješavanja problema • postojanje aktivnog liječenja • prisutnost djece u obitelji i trudnoća • religiozna uvjerenja • zadovoljstvo životom • stupanj testiranja realnosti • strah od socijalnog neprihvatanja • strah od suicida i smrti

Izvor: (prema: Marčinko, D. (2011). Procjena rizika suicidalnosti. U D. Marčinko (ur.), *Suicidologija* (str.24-51). Zagreb: Medicinska naklada.

Nažalost, do sada nije identificiran čimbenik ili skupina čimbenika koji bi mogli predvidjeti suicid u pojedinca (Brečić, Bačeković i Vidović, 2018), stoga se u procjeni suicidalnog rizika mogu koristiti Beckova skala bespomoćnosti (BPS) i postavljanje standardnih pitanja o suicidalnom ponašanju (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

U Republici Hrvatskoj je 2016. godine provedeno istraživanje Bektić-Hodžić, Štrkalj-Ivezić i Radić vezano uz provođenje primjene mjera prisile prema pravilniku

Ministarstva zdravlja RH i usporedba sa europskim standardima (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016). U istraživanje je bilo uključeno 238 medicinskih sestara i tehničara iz, 16 psihijatrijskih institucija u RH. Dobiveni su sljedeći rezultati:

- 89% ispitanika smatra da postoji nedostatak osoblja, 50% ustanova nema video sustav, 88% ustanova nema alarmni sustav nego se oslanjaju na telefonsko pozivanje pomoći što se prema europskim standardima smatra rizičnim traženjem pomoći
- u 91% ustanova ne postoje „time out“ sobe kako se to preporuča u europskim standardima, a 61% ustanova nema sobe za izdvajanje
- gotovo 78% ispitanika smatra da odjeli ne zadovoljavaju standarde u pogledu sigurnosti, odnosno njih 38% smatra da djelomično zadovoljavaju standarde
- 69% medicinskih sestara i tehničara nije prošlo edukaciju iz postupka s agresivnim bolesnikom, a oni koji su prošli, naveli su da je ne obavljaju redovito
- većina ispitanika je navela da u primjeni mjera prisile najčešće učestvuju tri osobe, a ne pet kako je prema pravilniku i europskim standardima
- deeskalacijske metode prije primjene mjera prisile koriste se u 66% slučajeva, u 85% slučajeva koristi se magnetni remen, a odvajanje u 37% slučajeva
- U 24% slučajeva sputavanje traje do 3 h, u 52% slučajeva od 4 do 24 sata, a u 25 % slučajeva traje 24 sata ili više
- 57% medicinskih sestara smatra da sestrinska dokumentacija za praćenje psihijatrijskog bolesnika nije adekvatna
- alarmantan je podatak da je 58% medicinskih sestara ozlijeđeno prilikom primjene mjera prisile, u 84% slučajeva nije bilo ozlijeđe bolesnika ali je u 64% slučajeva došlo do ozlijeda drugih bolesnika
- 73% ustanova nema timski sastanak nakon sputavanja, a samo 56% ustanova vodi statistiku o primjeni mjera prisile

S obzirom na dobivene podatke, autori su uputili na potrebu za analizom svih faktora koji su prepreka primjeni pravilnika Ministarstva zdravlja o primjeni mjera prisile, kao i primjene europskih preporuka i planiranje i provođenje postupaka koji će doprinijeti prevenciji agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile. Njihova je preporuka donijeti strategije na nivou svih pojedinačnih psihijatrijskih institucija gdje je potrebno u svim psihijatrijskim službama analizirati faktore rizika za agresivno ponašanje i

implementirati postupanja koja dovode do smanjenja rizika (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

Nadalje, postoje istraživanja koja pokazuju da edukacija iz područja postupaka neželjenih ponašanja, poput agresije, ako je dobro planirana i kada se redovito provodi, dovodi do smanjenja agresivnih incidenata u psihijatrijskim bolnicama (Fernandes i sur., 2002), smanjenja ozljeda (Carmel i Hunter, 1993), smanjenja primjene izolacijskih soba (Morales i Duphorne, 1995), povećava znanje i vještine o postupcima s agresijom te mijenja stavove osoblja prema agresiji (Calabro i sur., 2002). Neka istraživanja su potvrdila da stavovi prema pacijentovoj agresiji poput „treba pokazati oštar stav“ (Morrison, 1990) i stavovi vezano za uzrok agresivnosti (Duxbury, 2002), utječu na način na koji se osoblje odnosi prema pacijentima. Većina istraživanja navodi pozitivne učinke edukacije kao što su redukcija mjera prisile i konflikata s pacijentima, bolji odnosi osoblje – pacijenti, poboljšana atmosfera na odjelima i povećano samopouzdanje osoblja (Collins, 1994).

Stoga je nužno da osoblje koje radi u psihijatrijskim službama treba imati edukaciju o postupcima prevencije agresivnog ponašanja i primjeni mjera prisile. Svi koji rade u psihijatrijskim službama osobito oni koji primjenjuju mjere prisile moraju biti upoznati sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i Pravilnikom o primjeni mjera prisile Ministarstva zdravlja. Svi članovi multidisciplinarnog tima moraju imati edukaciju za procjenu agresivnog rizika i postupak deeskalacije s pacijentom s agresivnim rizikom kao dio edukacijskog programa. Najpopularniji tip edukacije je trening trenera, gdje obučeni edukatori dalje u svojim sredinama educiraju osoblje. Edukacija treba omogućiti vježbanje efikasnog ponašanja kroz igranje uloga i demonstraciju sigurne primjene mjera prisile (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2016).

Zaključak

Primjena mjera prisile neizbježan je postupak koji se primjenjuje u psihijatrijskom tretmanu u zbrinjavanju onih pacijenata u kojih dolazi do eskalacije agresivnog ponašanja koje može biti usmjereno prema sebi, drugima ili okolini koja ga okružuje.

Etički gledano, takvo postupanje zadire u jedno od osnovnih ljudskih prava, a to je pravo svakoga čovjeka na slobodu kretanja i pravo na slobodu izbora, čime se vrlo duboko zadire u autonomiju onoga nad kim se provodi. Na pojavu nasilnog ponašanja kod duševno oboljelih utječu razni biološki, psihodinamski i socijalni čimbenici, te su zahtjevi za postupanje i primjenu prisilnih mjera često žurni i neodgodivi.

Osjetljivost primjene svih vidova mjera prisile regulirano je u velikom broju međunarodnih dokumenata, kojima se istodobno regulira i cijeli niz drugih pitanja koja se odnose na ljudska prava i temeljne slobode psihijatrijskih pacijenata. Ta se pitanja danas obvezno reguliraju i u svim nacionalnim zakonodavstvima s područja mentalnog zdravlja, pa tako i u Hrvatskoj zakonskoj regulativi, u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, 76/2014) i Pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobama s težim duševnim smetnjama (NN, 16/2015) koji dodatno štite prava oboljelih, propisuju vrste i način primjene prisile i procedure za postupanje.

Smanjenje broja prisilnih psihijatrijskih intervencija postiže se kvalitetnim prethodnim prepoznavanjem i neutralizacijom čimbenika koji uvjetuju povišenu spremnost na agresivno reagiranje. Kada ono postane manifestno, nastoje se primjeniti deeskalirajuće tehnike kao prva, a primjena mjera prisile kao druga linija postupanja. U slučajevima kada deeskalirajući postupak ostaje neuspješan, opasno ponašanje treba neutralizirati fizičkom intervencijom s najmanjim mogućim rizikom za bilo kojeg sudionika te intervencije.

Kontinuirana dobro planirana i provođena edukacija svih zdravstvenih djelatnika, uključujući i medicinske sestre i tehničare unutar psihijatrijskih odjela, dovodi do smanjenja agresivnih incidenata u psihijatrijskim bolnicama, smanjenja ozljeda, mijenjanja stavove prema agresiji, smanjenja primjene izolacijskih soba, te nadasve

povećava znanje i vještine potrebne za visoko profesionalno obavljanje prisilnih intervencija.

Svaka intervencija koja uključuje korištenje prisile prema čovjeku, osim što mora imati svoje egzistencijalno sigurnosno i terapijsko opravdanje, mora proizvesti najmanju moguću štetu po duševni i tjelesni integritet osobe nad kojom se prisila vrši, ali i svih sudionika u postupanju uz poštovanje zakonskih normi i visokih etičkih načela.

Izvršnost medicinskih sestara u radu s psihijatrijskim bolesnicima očituje se kroz preispitivanje odgovornosti i dužnosti koje medicinske sestre imaju u donošenju etičkih odluka. Kako ne postoji jednostavna, jedinstvena formula ni savršeni recept za donošenje takvih odluka, u psihijatrijskoj sestrinskoj praksi svaka bi medicinska sestra trebala u svoj rad uključiti sva etička znanja i vrijednosti, životno iskustvo, kognitivne sposobnosti, moralnu osjetljivost, sposobnost razmišljanja i osobnu moralnu motivaciju kako bi zajedno s bolesnikom kroz proces promišljanja došla do najbolje odluke i djelovala polazeći od temeljne spoznaje da je svaki čovjek jedinka za sebe, jedinstvena i neponovljiva.

„U duševnom bolesniku valja gledati prije svega čovjeka jednako vrijednog drugom čovjeku, tek momentalnog bolesnog, takovog koji je „izvan sebe”, koji „nije kod sebe” ali koji se uvijek može „povratiti“, koji može „doći k sebi“, postati „priseban“ i koji može u etičkom ili intelektualnom pogledu eventualno biti vrjedniji od nas.”

Dr. Stanislav Župić, Stenjevec, 1933.

Literatura

1. Anić, V. (2000). Prisila. U I. Pranjković i M. Samardžija. (ur.), *Rječnik hrvatskoga jezika*. Zagreb: Novi liber. str. 895.
2. Anić, V. (2000). Restrikcija. U I. Pranjković i M. Samardžija (ur.), *Rječnik hrvatskoga jezika*. Zagreb: Novi liber. str.1002.
3. American Nurses Association. (1940). A tentative code. *American Journal of Nursing* 40(9), 977-980.
4. American Nurses Association. (1960). The code for professional nurses. *American Journal of Nursing* 60(9), 1287.
5. American Psychiatric Association. (2010). *The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry*. United States of America. Preuzeto s https://www.vpul.upenn.edu/caps/files/ethics-principlesMD-2010_1344281377.pdf (01.05.2019.)
6. Američka psihijatrijska udruga (1994). *Dijagnostičko-statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
7. Badman, I. i Badman, B. (1990). *Nursing Ethics trough the Life Span* (4th) . London: Appleton and Lang.
8. Bamburač, J. (1995). Urgentna stanja u psihijatriji. U M. Jakovljević. (ur.), *Psihijatrija*. (str.127-135). Samobor: A.G.Matoš.
9. Beauchamp, T. L. i Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4th Edition). New Yourk: Oxford University Press.
10. Beauchamp, T. L. (1996). Načela u bioetici. *Društvena istraživanja*, 3-4(23-24), 533-544.
11. Benvenista K., Hibbert, P. i Runciman, WW. (2005). Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *Medical Journal of Australia*, 183(7), 348- 351.
12. Bojić, M. (1998). Dokumentacija za primjenu Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. U M. Goreta, V. Jukić i K. Turković (ur.) *Psihijatrija i zakon*. (str. 153-173). Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče.

13. Bowers L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6):499-508.
14. Božičević, M. (2004). Specifičnosti u komunikaciji s psihijatrijskim bolesnikom. *Komunikacije u sestrinstvu* (str. 62). Zagreb: Visoka zdravstvena škola, Hrvatska udruga viših medicinskih sestara i Hrvatska udruga medicinskih sestara.
15. Brečić, P., Bačeković, A. i Vidović, A. (2018). Suicidalnost. U V. Jukić i D. Ostojić (ur.), *Hitna stanja u psihijatriji* (str. 34-50). Zagreb: Medicinska naklada i Klinika za psihijatriju Vrapče.
16. Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., Sahlstrom, K. J., Tomita, T. M., & Wang, E. (2009). Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association.
17. Buzina, N., Goreta M. (2010). Zakonski propisi i krizne situacije. U R. Golubić i K. Petir Bratuša. (ur.), *Sestrinstvo i stres. 16. dani psihijatrijskog društva* (str. 14-25). Pula: Hrvatska udruga medicinskih sestara.
18. Calabro, K., Mackey, T. A. i Williams, S. (2002). Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 3-15.
19. Carmel, H. i Hunter, M. (1993). Staff injuries from patient attack: five years' data. *Bulletin of American Academy of Psychiatry Law*, 21(4), 485–493.
20. Collins, J. (1994). Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at a "The prevention and management of aggressive behaviour programme". *Journal of Advanced Nursing*, 20, 117-131.
21. Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., Kubiak, M.A. (2001). Tree strategies for changing attributions about severe mental illness. *Scizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-95. Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11354586> (01.05.2019.)
22. Čukljek, S. (2007). Etičke promjene kroz povijest sestrinstva. U *Bioetika kao temeljna dimenzija sestrinstva* (str. 17-22). Zagreb: Zdravstveno Veleučilište.
23. Delibašić, V. (2017). Medicinska sestra u psihijatrijskom timu i faktori koji utječu na njen rad. *Medical*, 8(94), 64-66.
24. Edgar, A. (1994). The Value of Codes of Conduct. In G. Hunt (ed.). *Ethical Issues in Nursing* (pp.148). London: Routledge.

25. Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) (1998). Standardi CPT-a. *Prisilni smještaj u psihijatrijskim ustanovama*. CPT/Inf/(98) 12-part. Preuzeto s <http://www.cpt.coe.int/croatian.htm> (01.05.2019.)
26. Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) (2002). *Europska konvencija o sprečavanju mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Tekst konvencije i njeno obrazloženje*. Preuzeto s <https://rm.coe.int/16806dbabf> (01.05.2019.)
27. Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) (2010). Strasbourg. Preuzeto s <https://rm.coe.int/16806dbabf> (07.05.2019.)
28. Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (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. Preuzeto s <http://www.cpt.coe.int/documents/hrv/2014-09-inf-eng.htm> (01.05.2019.)
29. Frančišković, M., Moro, L.J. i sur. (2009). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
30. Fernandes, C. M. B., Raboud, J. M., Christenson, J. M., Bourhilette, F., Bullock L., Ouellet, L. i Moore C. C. F. (2002). The effect of an education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 39(1), 47-55.
31. Filipac, V. (2011). Prisilna hospitalizacija u kliničkoj praksi. U S. Štrkalj-Ivezić (ur.) i sur. *Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim poremećajima: smjernice za primjenu prisilne hospitalizacije u praksi* (str. 119-134). Zagreb: Hrvatski liječnički zbor i Udruga Svitjanje.
32. Finzen, A., Haug, J.-J., Beck, A., Lüthy, D., (1993). Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. *Psychiatrie Verlag*. Bonn.
33. Galić, K., Bušić, K., Muk, B., Borojević A. (2015). Što je meni važno? Očekivanja bolesnika od psihijatrijskog tima. *21. dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara HUMS-a: Istraživanje u psihijatrijskom sestrinstvu. Multidisciplinarni pristup psihijatriji*. Opatija: Psihijatrijsko društvo medicinskih sestara i tehničara.
34. Gerson, R., Malas, N., Feuer, V., Silver, G. H., Prasad, R. i M. M. Mroczkowiaki. (2019). Best Practices For Evaluation and Treatment of Agitated

- Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association For Emergency Psychiatry. *West Journal of Emergency Medicine*. 20(2), 409-418. Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6404720/> (21.04.2019.)
35. Goreta M. (1999). Kritički osvrt na primjenu Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u forenzičnoj psihijatriji. *Socijalna psihijatrija*, 27(1-2), 66-71.
 36. Goreta, M. (2000). Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama - od plemenite ideje do trijumfa birokratskog uma. U M. Goreta i V. Jukić. (ur.), *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama: ideje - norme - implementacija - evalvacija*. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče i Medicinska naklada.
 37. Goreta, M. (2009). *Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu*. Zagreb: Naklada Zadro i Psihijatrijska bolnica Vrapče.
 38. Goreta, M. (2013). Etička pitanja na području tretmana nasilničkog ponašanja. *Socijalna psihijatrija*, 41 (3), 204-207.
 39. Grozdanić, V. (ur.) (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 Sveučilišta u Rijeci.
 40. Grozdanić, V., Tripalo, D. (2013). Novosti u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*. 20, 795-820.
 41. Gosić, N. (2005). *Bioetika in vivo*. Zagreb: Pergamena.
 42. Haralambos, M., Holborn, M. (2000). *Sociologija: teme i perspektive*. Zagreb: Golden marketing.
 43. Harding, T. W. (1989). The Application of The European Convention of Human Rights to the Fields of Psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 12, 254-262.
 44. Harding, T. W. (2000). Human rights law in the field of mental health: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 24-30.
 45. Hills, D. (2008). Relationship between aggression management training, perceived selfefficacy and rural general hospital nurses' experiences of patient aggression. *Contemporary Nurse*, 31, 20-31.
 46. Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. *Medical Journal Australia*, 178, 47-48. Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12720521> (09.05.2019.)

47. Hotujac, L.J. i Jukić V. (2006). Hitna stanja u psihijatriji. U L.J. Hotujac (ur.) *Psihijatrija* (str. 297-319). Zagreb: Medicinska naklada.
48. Hotzy, F., Kerner, J., Maatz, A., Jaeger, M., Schneeberger, A. R. (2018). *Cross-Cultural Notions of Risk and Liberty: A Comparison of Involuntary Psychiatric Hospitalization and Outpatient Treatment in New York, United States and Zurich, Switzerland*. *Front Psychiatry*, 9, 267.
49. Hrvatska komora medicinskih sestara (2005). *Etički kodeks medicinskih sestara*. Preuzeto s http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf (10.05.2019.)
50. Hrvatsko psihijatrijsko društvo (2016). *Strategija prevencije agresivnog ponašanja: smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile u području psihijatrije*. Zagreb. Preuzeto s <http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2017/03/Strategija-prevencije-agresivnosti.pdf> (10.05.2019.)
51. Hrvatsko udruženje medicinskih sestara (1995). *Etički kodeks udruženja medicinskih sestara*. Zagreb.
52. Irwin, A. (2006). The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 309-318.
53. Ivezić, S. i Koštan-Pintarić, I. (2003). Što kažu bolesnici. Simpozij o stigmati. Zbornik radova. Pula.
54. Jakovljević, M. (1995). Uvod u psihijatriju. U M. Jakovljević (ur.) *Psihijatrija* (str.1). Samobor: A.G.Matoš.
55. Jakovljević, M. (1995). Vještine i umjeća više medicinske sestre: Sestrinska skrb za pojedinačnog bolesnika. U M. Jakovljević (ur.) *Psihijatrija* (str.194). Samobor: A.G.Matoš.
56. Johansson, P., Oleni, M., Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.
57. Jokić-Begić, N., Kamenov, Ž. i Lauri Korajlija, A. (2005.) Kvalitativno i kvantitativno ispitivanje sadržaja stigme prema psihičkim bolesnicima. *Socijalna psihijatrija*, 33 (1), 10-19.
58. Jones, J. i Lyneham, J. (2000). Violence: Part of the job for Australian nurses? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 27-38.
59. Jones, M., Owen, C., Tarantello, C. i Tennant, C. (1998). Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric Services*, 49(11), 1452-1457.

60. Jukić, V., Goreta M. (1999). Hrvatski psihijatri i njihov odnos prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Socijalna psihijatrija*, 27(1-2),54-60.
61. Jukić, V. (2015). Forenzična psihijatrija. U D. Begić, V. Jukić i V. Medved (ur.) *Psihijatrija* (str. 405). Zagreb: Medicinska naklada.
62. Jukić, V. (2015). Hitna stanja u psihijatriji. U D. Begić, V. Jukić i V. Medved (ur.) *Psihijatrija* (str. 322-338). Zagreb: Medicinska naklada.
63. Jukić, V., Ostojić, D. i sur. (2018). *Hitna stanja u psihijatriji*. Zagreb: Medicinska naklada i Klinika za psihijatriju Vrapče.
64. Jukić, V. (2018). Uvod u problem hitnih stanja u psihijatriji. U V. Jukić i D. Ostojić (ur.) *Hitna stanja u psihijatriji* (str. 1-17). Zagreb: Medicinska naklada.
65. Kadri, N., Sartorius, N. (2005). The Global Fight againts the Stigma of Schizophrenia. *PLOS Medicine* 2(7), 136. Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1181868/> (06.05.2019.)
66. Kalauz, S. (2012). *Etika u sestinstvu*. Zagreb: Medicinska naklada.
67. Kalauz, S. (2013). Etička promišljanja medicinskih sestara u zajednici. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 9(33), 22-38.
68. Knox, D.K., Holloman, G.H. Jr. (2012). Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. 13(1), 35-40. Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22461919> (03.05.2019.)
69. Koić, E. (2006). *Priručnik za medicinske sestre-tehničare*, Vol 4. Psihijatrija i mentalna higijena.
70. Kos, S. (2018). Zakonski okviri u zbrinjavanju hitnih stanja u psihijatriji. U V. Jukić i D. Ostojić. (ur.) *Hitna stanja u psihijatriji* (str.125-142). Zagreb: Medicinska naklada i Klinika za psihijatriju Vrapče.
71. Kosić, R. (2004). Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika. U LJ. Moro i T. Frančisković (ur.) *Psihijatrija*. (str.253-282). Rijeka: Glosa.
72. Kozarić-Kovačić, D., Grubišić-Ilić, M., Grozdanić, V. (2005). *Forenzička psihijatrija* 2.izd. Zagreb: Medicinska naklada.
73. Kozumplik, O. (2005). *Čimbenici u primjeni mjera prisilnog liječenja osoba s duševnim smetnjama*. (Doktorska disertacija). Preuzeto s <http://medlib.mef.hr/187/1/kozumplik.pdf> (13.05.2019.)

74. Krešić, V. (2013). Komunikacija u sestinstvu - međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. *Sestrinski glasnik*, 18(1), 41-43.
75. Kukić, Ž., Cvitkušić, M., Jovičić, T. (2015). Stavovi medicinskih sestara primarne zdravstvene zaštite prema stigmatizaciji duševnih bolesnika. U *Istraživanje u psihijatrijskom sestinstvu: multidisciplinarni pristup u psihijatriji. 21. dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara HUMS-a*. Opatija: Psihijatrijsko društvo medicinskih sestara i tehničara.
76. Kullgren, G., Jacobson, L., Lynoe, N., Kohn, R., Levav, I. (1996). Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethich of compulsory treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 389-96.
77. Lanza, M. L. (1992). Nurses as patient assault victims: An update, synthesis, and recommendations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(3), 163-171.
78. Leather, P. i Zarola, A. (Eds.). (2006). Violence and aggression management training for trainers and managers: A national evaluation of the training provisions in healthcare settings. (First published). England: University of Nottingham. Preuzeto s <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr440.pdf> (13.05.2019.)
79. Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizin stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
80. Marčinko, D. i sur. (2011). *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
81. McLachaln, A. J., Mulder, R. T. (2000). Criteria for involuntary hospitalisation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 337-339.
82. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja. (2012). U *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10)* (2 izd.). Zagreb: Medicinska naklada.
83. Medved, V. (2015). Etika u psihijatriji. U D. Begić, V. Jukić i V. Medved (ur.) *Psihijatrija* (str. 419-427). Zagreb: Medicinska naklada.
84. Meehan, T., McIntosh, V. i Bergen, H. (2006). Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 19-25.
85. Mihaljević-Peleš, A., Begić D. (2006). Psihijatrijska povijest bolesti. U LJ. Hotujec (ur.), *Psihijatrija* (str.37-36). Zagreb: Medicinska naklada.
86. Mindoljević Drakulić, A. (2013). Suicid, fenomenologija i psihodinamika. Zagreb: Medicinska naklada.

87. Mojsović, Z. i sur. (2004). *Sestrinstvo u zajednici*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.
88. Morales, E. i Duphorne, P. L. (1995). Least Restrictive Measures: Alternatives to Four-point Restraints and Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(10), 13-16.
89. Morrison, E. F. (1990). Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 4(1), 65-82.
90. Mortimer, A. (1995). Reducing violence on a secure ward. *Psychiatric Bulletin*, 19, 605-608.
91. Narodne novine (1997). Kazneni zakon Republike Hrvatske (110/97).
92. Narodne novine (2003). Zakon o sestrinstvu (121/03).
93. Narodne novine (2003). Zakon o zdravstvenoj zaštiti (100/18).
94. Narodne novine (2015). Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama (16/15).
95. Narodne novine (2014). Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (76/14).
96. Narodne novine (2010). Ustav Republike Hrvatske (85/10).
97. Narodne novine-Međunarodni ugovori (2010). Zakon o sklapanju i izvršavanju međunarodnih ugovora (18/97; 6/99-proč.tekst; 8/99-ispr. i 14/02) Preuzeto s <https://www.usud.hr/hr/europska-konvencija-o-ljudskim-pravima> (13.05.2019.)
98. National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. Preuzeto s [nice.org.uk/guidance/ng10](https://www.nice.org.uk/guidance/ng10) (02.05.2019.)
99. Nedeljković, S. i Rančić, I. (2015). Psihijatrijski pristup oboljelima od malignih bolesti u terminalnom stadiju bolesti. *Medicina familiaris Croatica*, 23 (1), 55-60. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/138060> (17.05.2019.)
100. Newton-Howes, G. (2010). Coercion in psychiatric care: where are we now, what do we know, where do we go?. *The Psychiatrist*, 34(6), 217-20.
101. Nijman, H. L. I. i Rector, G. (1999). Crowding and Aggression on Inpatient Wards. *Psychiatric Services* 50, 830-831.
102. Moravek, D. (2000). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
103. Muk, B. (2014). *Etika u sestrinstvu*. Zagreb: Školska knjiga.

104. O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, N.M., Tanney, B.L., Silverman, M.M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicid Life Treat Behav.* 26(3),237-57. Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8897663> (17.05.2019.)
105. Okasha, A. (2003). The Declaration of Madrid and its implementation. An update. *World Psychiatry,* 2(2), 65-67. Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525091/> (01.05.2019.)
106. Occupational Safety and Health Administration (2015). *Workplace Violence in Healthcare: Understanding the Challenge.* Preuzeto s <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3826.pdf> (21.04.2019.)
107. Ostojić, D. i Čulo, I. (2018). Hitni psihijatrijski bolesnik - agitacija i agresija. (2018). U U V. Jukić i D. Ostojić (ur.) *Hitna stanja u psihijatriji* (str. 18-33). Zagreb: Medicinska naklada.
108. Ostojić, D., Goreta, M. (1998). Značenje "informativnog pristanaka" prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. U M. Goreta, V. Jukić i K. Turković (ur.) *Psihijatrija i zakon* (str.109-115). Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče i Medicinska naklada
109. Perković, M. (2014, 5. veljače). Etika u psihijatriji. *Medical.* Preuzeto s <http://www.medicalcg.me/autori/etika-u-psihijatriji/> (10.05.2019.)
110. Prlić, N. (2000). *Zdravstvena njega.* Zagreb: Školska knjiga.
111. Prlić, N. (2014). *Etika u sestrinstvu.* Zagreb: Školska knjiga.
112. Prlić, N., Rogina, V., Muk, B. (2008). *Zdravstvena njega 4.* Zagreb: Školska knjiga.
113. Ribarić, S., Vidoša, A. (2014). *Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja.* Zagreb: Medicinska naklada.
114. Roth, L. H. (1979). A commitment law for patients, doctors, and lawyers. *American Journal of Psychiatry.* 136(9), 121-127.
115. Royal College of Psychiatrists. (2011). Do the right thing: how to judge a good ward; Ten standards for adult in-patient mental healthcare (OP79). Preuzeto s <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/OP79.pdf> (11.05.2019.)
116. Rupp, M. i Rauwald, C. (2007). Von der Aggressivität zur Eskalation - Klärung einiger Grundbegriffe. U R. Ketelsen, M. Schulz i C. Zechert. (ur.), *Seelische Krise und Aggressivität: Der Umgang mit Deeskalation und Zwang* (str. 12-26). Bonn: Psychiatrie Verlag.

117. Sartorius, N. i Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association*. New York, Cambridge University Press.
118. Sedić, B. (2006). *Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika*. Zagreb: Zdravstveno Veleučilište.
119. Steinert, T. (1998). Chancen und Risiken von Dokumentationsmethoden zur Anwendung von Zwangsmassnahmen. U J. Kebbel i N. Porksen (izd.), *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie*. (str.145-140). Koln: Rheinland Verlag GmbH.
120. Stone, A. A. (1975). *Mental health and law: A system in transition*. National Institute of Mental Health. DHEW Publication No. (ADM) 75-176. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
121. Šagud, M. (2018). Uvod u problem hitnih stanja u psihijatriji. U V. Jukić i D. Ostojić (ur.) *Hitna stanja u psihijatriji* (str. 92-103). Zagreb: Medicinska naklada.
122. Šegota, I. (1997). *Etika sestinstva*. Zagreb: Pergamena i Medicinski fakultet u Rijeci.
123. Šendula Jengiđ, V. i Katalinić, S. (2017). Krizna stanja i primjena mjera prisile u psihijatriji. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38 (3), 1225-1240.
124. Šepec, S. (2011). *Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege*. Zagreb: HKMS.
125. Štrkalj-Ivezić, S. (2006). *Promocija i zaštita mentalnog zdravlja: Psihička bolest: vodič kroz vaša prava*. Zagreb: Svitanje.
126. Štrkalj-Ivezić, S. (2010). Stigma psihičke bolesti. *Medix*, 64, 108-110.
127. Štrkalj-Ivezić, S. (2010). Stigma psihičke bolesti. U S. Štrkelj-Ivezić (ur.) i sur. *Rehabilitacija u psihijatriji: Psihobiosocijalni pristup* (239-255). Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče i Udruga "Svitanje".
128. Štrkalj-Ivezić, S. (2011). *Psihoza, Shizofrenija, Shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psihoedukacija između informacije i psihoterapije*. Zagreb: Medicinska naklada i Klinika za psihijatriju Vrapče.
129. Štrkalj-Ivezić, S. (2015). *Prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim bolnicama prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama*. Zagreb: Udruga Svitanje.
130. Štrkalj-Ivezić, S., Bauman, L. (2009). *Shizofrenija put oporavka: Stigma i diskriminacija*. Zagreb: Udruga za promicanje i zaštitu mentalnog zdravlja

- Svitanje, Hrvatski liječnički zbor i Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju
Sekcija za psihoterapiju i psihosocijalne metode liječenja psihoza.
131. Štrkalj-Ivezić, S., Mužinić L., Gruber E. (2010). Sigurnost liječenja bolesnika u sustavu mentalnog zdravlja. *Medix*, 16(86), 42-49.
 132. Treffert, D. A. (2006). "Dying with Their Rights On". *American Journal of Psychiatry*, 130(9), 1041.
 133. Turković, K., Dika, M., Goreta, M., Đurđević, Z. (2001). *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarima i priložima*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Psihijatrijska bolnica Vrapče.
 134. Udruga za društvenu afirmaciju osoba s psiho-socijalnim poteškoćama "Sjaj" (n.d.). *Diskriminacija*. [Web blog] Preuzeto s <http://sjaj.hr/pravna-zastita/diskriminacija/> (24.04.2019.)
 135. Ujedinjeni narodi (1966). Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima. Preuzeto s <https://pravosudje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Pravo%20na%20pristup%20informacijama/Zakoni%20i%20ostali%20propisi/UN%20konvencije/Medju narodni pakt o gradjanskim i politickim pravima HR.pdf> (07.04.2019)
 136. Ujedinjeni narodi (1987). Konvencija protiv torture i drugih surovih, neljudskih ili ponižavajućih kazni i postupaka. Preuzeto s <http://www.unmikonline.org/regulations/unmikgazette/05bosniak/BConAgainst Torture.pdf> (07.04.2019.)
 137. United Nation (1991). *Principles for the Protection of Pearson with Mental Illenes and the Improvement of Mental Healt Care*. A/RES/46/119. Preuzeto s <https://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (06.05.2019.)
 138. Ujedinjeni narodi (1984). Opća deklaracija o ljudskim pravima. Preuzeto s http://www.mvep.hr/custompages/static/hrv/files/081210_deklaracija_ljudska_prava.pdf (06.05.2019.)
 139. Vijeće Europe (1953). (Europska) Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda. Preuzeto s [https://www.zakon.hr/z/364/\(Europska\)-Konvencija-za-za%C5%A1titu-ljudskih-prava-i-temeljnih-sloboda](https://www.zakon.hr/z/364/(Europska)-Konvencija-za-za%C5%A1titu-ljudskih-prava-i-temeljnih-sloboda) (23.05.2019.)
 140. Vuletić, S. (2013). *Etika u sestinstvu: Medicinska sestra i klinička stvarnost*. (Scripta ad usum privatum). Zagreb: Medicinski fakulstet Sveučilišta u Zagrebu.
 141. Vuletić, S. (2013). *Znanost, filozofija i teorija u sestinstvu: Profesionalna autonomija sestinstva utemeljena na znanstveno-humanističkoj odgovornosti*.

(Scripta ad usum privatum). Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

142. Vuksan-Ćusa, B. (2012). Suicidalnost i afektivni poremećaji. U Z. Bradaš, Z. Božičević i Marčinko D. *Suicidologija* (str. 40-49). Zagreb: Hrvatska udruga medicinskih sestara.
143. Wachenfeld, M.G. (1991). The Human Rights of the Mentally Ill in Europe. *Nordic Journal of International Law*, 60, 110-192.
144. World Health Organization. (1991). *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care*. 17. prosinac. Preuzeto s <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (23.04.2019.)
145. World Psychiatric Association. (1983). *Declaration of Hawaii. Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna*. Austria, on 10th July.
146. World Psychiatric Association. (1996). *Declaration of Madrid. Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Madrid*. Spain, August 25.
147. Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 124-44.
148. Zvonarević, M. (1998). *Socijalna psihologija* (5. izdanje). Zagreb: Školska knjiga.
149. Žarković-Palijan, T., Kovač, M., Sarilar, M., Narić, S. (2012). Etička načela u kliničkim ispitivanjima na forenzičko-psihijatrijskoj populaciji. *Medix*, 12(98/99), 220-225.

Životopis

Nikolina Ferenčak, rođena je 09.05.1984. godine u Zaboku. Živi u Sv. Križu Začretje. Nakon završenog osnovnoškolskog obrazovanja u Bedekovčini, upisuje Srednju školu Bedekovčina, u zanimanju medicinska sestra - medicinski tehničar gdje je maturirala 2003. godine. 2007. polaže stručni ispit pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi u Zagrebu nakon čega dobiva odobrenje za samostalan rad na poslovima medicinska sestra/tehničar općeg smjera. 2008. završava dodiplomski stručni studij sestrinstva pri Zdravstvenom Veleučilištu u Zagrebu, te stječe naziv prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva. Na istom Veleučilištu, završava i specijalistički diplomski stručni studij „Javno zdravstvo” te 2014. stječe naziv diplomirana medicinska sestra. 2016. godine završava Program za stjecanje kompetencija nastavnika pri Hrvatskom katoličkom Sveučilištu u Zagrebu. Iste godine, polaže stručni ispit za nastavnicu. Težnja za osobnim rastom i razvojem kao i želja kontinuiranog profesionalnog usavršavanja dovodi je na Sveučilišni diplomski studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Od 2006. godine radila je u službi za školsku i preventivnu medicinu Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar” u Zagrebu. Od 2015. godine radi kao nastavnik stručnih predmeta u zdravstvu Srednje škole Bedekovčina u obrazovanju medicinskih sestara i medicinskih tehničara opće njege. Nositelj je predmeta iz Etike u sestrinstvu, Komunikacije u sestrinstvu, Zdravstvene njege u zaštiti mentalnog zdravlja i Zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika, te mentor u izradbi i obrani završnih učeničkih radova za stjecanju kvalifikacije medicinskih sestara i tehničara nakon završenog srednjoškolskog obrazovanja. U razdoblju od 2007. do 2008. radila je kao asistent u nastavi na katedri za zdravstvenu njegu Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu.

Sudjelovala je na mnogobrojnim tečajevima, simpozijima, konferencijama, stručnim sastancima i edukacijama u organizaciji Hrvatske komore medicinskih sestara, Hrvatske udruge medicinskih sestara, Agencije za strukovno obrazovanje i obrazovanje odraslih ali i mnogih drugih.

Ostvarila je veliki broj predavanja za medicinske sestre i tehničare iz različitih, multidisciplinarnih tema u sklopu trajne edukacije medicinskih sestara bodovanih i licenciranih od strane Hrvatske komore medicinskih sestara.

Članica je Hrvatske komore medicinskih sestara i tajnica podružnice Hrvatske udruge medicinskih sestara Srednje škole Bedekovčina.

Ponosna je supruga i majka dvojice sinova, Dorijana i Marcela.